

Sygn. akt **XXVII Ca 2214/18**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 grudnia 2019 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXVII Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący:	Sędzia Maja Smoderek
Sędziowie:	Iwona Grzegorzewska (spr.) del. Katarzyna Małysa
Protokolant:	st. sekr. sąd. Małgorzata Andrychowicz

po rozpoznaniu w dniu 11 grudnia 2019 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa A. G. (1)

przeciwko (...) S.A. z siedzibą we W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy- Śródmieścia w Warszawie

z dnia 26 czerwca 2018 r., sygn. akt I C 1248/18

I. zmienia zaskarżony wyrok w ten sposób, że nadaje mu następujące brzmienie:

„1. zasądza od (...) z siedzibą we W. na rzecz A. G. (1) kwotę 7445,05 (siedem tysięcy czterysta czterdzieści pięć 05/100) złotych wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 14 czerwca 2017 r. do dnia zapłaty;

2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;

3. ustala, że A. G. (1) przegrała sprawę w 78% a (...) z siedzibą we W. w 22 % i w takim stosunku zobowiązani są do poniesienia kosztów procesu, których szczegółowe rozliczenie pozostawia referendarzowi sądowemu.”;

II. oddala apelację w pozostałym zakresie;

III. zasądza od A. G. (1) na rzecz (...) z siedzibą we W. kwotę 2334 (dwa tysiące trzysta trzydzieści cztery) złote tytułem zwrotu stosunkowo rozliczonych kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt **XXVII Ca 2214/18**

## UZASADNIENIE

Powódka A. G. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanego (...) we W. (dalej: pozwany, (...)) 33.993,79 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 14 czerwca 2017 r. do dnia zapłaty.

Powódka wywodziła swoje roszczenie z okoliczności nieważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie. W dalszej kolejności powódka wskazywała na abuzywny charakter postanowień umownych w zakresie opłaty likwidacyjnej oraz opłaty administracyjnej.

Pozwany w sprzeciwie od wydanego w postępowaniu upominawczym nakazu zapłaty wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Pozwany zanegował zarówno zarzut nieważności umowy, jak i podnoszone przez powódkę argumenty w zakresie abuzywności niektórych jej postanowień.

**Wyrokiem z 26 czerwca 2018 roku Sąd Rejonowy dla Warszawy - Śródmieścia w Warszawie zasądził od pozwanego na rzecz powódki 33.993,79 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 14 czerwca 2017 roku do dnia zapłaty oraz 5.317 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.**

Powyższe rozstrzygnięcie zostało oparte na następującym stanie faktycznym:

Dnia 8 sierpnia 2010 r. sporządzono certyfikat (seria i nr (...)) potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...). Ubezpieczającym był (...) S.A. w W., ubezpieczonym: A. G. (1). Okres odpowiedzialności rozpoczynał się 8 września 2010 r., a miał zakończyć 8 września 2025 r. Wysokość składki zainwestowanej oznaczono na: 101.250,00 zł, natomiast wysokość składki pierwszej - 20.250,00 zł, wysokość składki bieżącej została oznaczona na kwotę 558,00 zł. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu: 1% składki zainwestowanej + (liczba jednostek uczestnictwa w dacie umorzenia \* wartość rachunku w dacie umorzenia) + wartość składki pierwszej lub składek bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie ubezpieczonego. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia do końca okresu odpowiedzialności wynosiła 100% wartości rachunku w dacie umorzenia. Płatność kolejnych składek bieżących przypadała na 8. dzień każdego miesiąca kalendarzowego. Jednostki uczestnictwa w funduszu nabywane były 24. dnia każdego miesiąca kalendarzowego. Środki pieniężne były alokowane w Funduszu Kapitałowym (...). Ochrona ubezpieczeniowa udzielana była na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym klientów (...) S.A. (...) zawartej dnia 12 lipca 2010 r. pomiędzy (...) we W. i ubezpieczającym - (...) S.A. w W.. Certyfikat został podpisany przez członków zarządu (prezesa i wiceprezesa) (...) we W..

Następnie dnia 17 sierpnia 2010 r. sporządzono deklarację przystąpienia (...). Jako ubezpieczającego oznaczono: (...) S.A. w W., jako ubezpieczyciela: (...) we W.. Ubezpieczoną była A. G. (1). Wysokość składki zainwestowanej oznaczono na: 101.250,00 zł, natomiast wysokość składki pierwszej - 20.250,00 zł, wysokość składki bieżącej została oznaczona na kwotę 558,00 zł. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu: 1% składki zainwestowanej + (liczba jednostek uczestnictwa w dacie umorzenia \* wartość rachunku w dacie umorzenia) + wartość składki pierwszej lub składek bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie ubezpieczonego. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia do końca okresu odpowiedzialności wynosiła 100% wartości rachunku w dacie umorzenia. Płatność kolejnych składek bieżących przypadała na 8. dzień każdego miesiąca kalendarzowego. Jednostki uczestnictwa w funduszu nabywane były 24. dnia każdego miesiąca kalendarzowego. Środki pieniężne były alokowane w Funduszu Kapitałowym (...).

W deklaracji przystąpienia znalazły się oświadczenia ubezpieczonej, dotyczące m. in.: zapoznania się z Warunkami Ubezpieczenia (...), wyrażenia zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową przez (...) we W., potwierdzenia odbioru: Warunków Ubezpieczenia (...), Regulaminu Funduszu Kapitałowego (...), Tabeli Opłat i Limitów Składek oraz załącznika nr 1 do deklaracji przystąpienia, wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych. Pracownik ubezpieczającego - doradca finansowy (...) S.A. stwierdził swoim podpisem, zgodność danych ubezpieczonej z okazanym wnioskiem oraz własnoręczność podpisu ubezpieczonej.

Zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia (...), całkowity wykup definiowany był jako zamiana przez ubezpieczyciela jednostek uczestnictwa funduszu zapisanych na rachunku na środki pieniężne na zasadach określonych w Rozdziale 14 (Rozdział 1 pkt 3); data umorzenia była datą zamiany przez ubezpieczyciela jednostek uczestnictwa funduszu na środki pieniężne (Rozdział 1 pkt 6); deklaracja przystąpienia była dokumentem zawierającym oświadczenie woli Klienta, mocą którego wyrażał on zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy (Rozdział 1 pkt 7); jednostki uczestnictwa funduszu stanowiły wyodrębnioną część aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego; jednostki uczestnictwa funduszu posiadały jednakową wartość i reprezentowały prawa majątkowe uczestników ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...); jednostki uczestnictwa funduszu nie stanowiły odrębnego od umowy prawa, nie mogły być zbywane na rzecz osób trzecich, nie były oprocentowane (Rozdział 1 pkt 11); składka bieżąca definiowana była jako składka wpłacana miesięcznie przez ubezpieczonego w wysokości określonej w deklaracji przystąpienia, nie niższa niż określona w „Tabeli Opłat i Limitów Składek” minimalna wysokość składki bieżącej (Rozdział 1 pkt 20); składka pierwsza była składką wpłacaną przez klienta do pierwszego dnia roboczego po zakończeniu okresu subskrypcji stanowiąca 20% składki zainwestowanej, w wysokości nie niższej niż określona w „Tabeli Opłat i Limitów Składek” minimalna wysokość składki pierwszej (Rozdział 1 pkt 21); składka zainwestowana - wskazana w deklaracji przystąpienia kwota, która miała być zainwestowana w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (...) w ciągu całego okresu odpowiedzialności, o którym mowa w Rozdziale 3 pkt. 1 (Rozdział 1 pkt 22); świadczenie ubezpieczeniowe było świadczeniem pieniężnym ubezpieczyciela wypłacane ubezpieczonemu lub uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego (Rozdział 1 pkt 23); ubezpieczający - (...) S.A. w W. (Rozdział 1 pkt 24); Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) (zwany dalej również ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) był wydzielonym funduszem aktywów ubezpieczyciela, inwestowanym zgodnie z przyjętą w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) strategią inwestycyjną (Rozdział 1 pkt 27); Umowa - umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) SA (...), zawarta w dniu 12 lipca 2010 r. pomiędzy (...) a Ubezpieczającym (Rozdział 1 pkt 28); wartość jednostki uczestnictwa funduszu - wartość obliczana zgodnie z poniższym wzorem:

wartość jednostki uczestnictwa funduszu = WAUFGK / JUF, gdzie:

WAUFGK - wartość aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;

JUF - liczba wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu (Rozdział 1 pkt 31); wartość rachunku - wartość obliczana zgodnie z wzorem:

Wartość rachunku = BLJUF \* WJUF gdzie:

BLJUF - bieżąca liczba jednostek uczestnictwa funduszu znajdująca się na Rachunku, WJUF - aktualna na dany dzień wartość jednostki uczestnictwa funduszu (Rozdział 1 pkt 32).

Przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa była udzielana przez ubezpieczyciela ubezpieczonemu na wypadek zgonu Ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub zajścia 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. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel miał spełnić świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Rozdziale 10, na zasadach określonych w Rozdziale 12, z zastrzeżeniem Rozdziału 9 (Rozdział 2 pkt 1). Ponadto celem ubezpieczenia było gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (Rozdział 2 pkt 2). Ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem pkt. 2 oraz pkt. 4-5, mógł być objęty każdy klient, który w dniu przystąpienia do ubezpieczenia ma ukończone 18 lat oraz którego wiek w dniu przystąpienia do ubezpieczenia nie przekracza 65 lat, po spełnieniu warunków objęcia ochroną tj.: złożenia za pośrednictwem ubezpieczającego podpisanej deklaracji przystąpienia (przystąpienie do ubezpieczenia), zapłacenia składki pierwszej oraz pierwszej składki bieżącej w wysokości zadeklarowanej w deklaracji przystąpienia, jednak nie niższej niż minimalna wysokość Składki Pierwszej i Składki Bieżącej wskazana w „Tabeli Opłat i Limitów Składek” (Rozdział 4 pkt ppkt 1 i 2).

Zgodnie z Rozdziałem 8 pkt 1 Regulaminu ubezpieczyciel pobierał następujące opłaty: opłatę administracyjną, w ramach której pobierana była opłata za ryzyko (ppkt 1) oraz opłatę likwidacyjną (ppkt 2). Wysokości opłat wymienionych w pkt. 1 określała „Tabela Opłat i Limitów Składek” (Rozdział 8 pkt 2). Opłata administracyjna z wyłączeniem pobieranej w ramach niej opłaty za ryzyko, stanowiła opłatę przeznaczoną na pokrycie kosztów czynności zarządzania i administrowania ubezpieczeniem oraz kosztu zawarcia danego stosunku ubezpieczenia, a także stanowiła wynagrodzenie ubezpieczyciela za obsługę danego stosunku ubezpieczenia. Opłata administracyjna naliczana była procentowo zgodnie z „Tabelą Opłat i Limitów” od wartości składki zainwestowanej i pobierana była miesięcznie ze składki bieżącej w dniu zapłaty składki bieżącej. W skład opłaty administracyjnej wchodziła opłata za ryzyko (Rozdział 8 pkt 3). Opłata likwidacyjna była pobierana w przypadku całkowitego wykupu dokonanego w związku z rezygnacją ubezpieczonego z ubezpieczenia oraz w związku z rozwiązaniem stosunku ubezpieczenia w przypadkach o których mowa w Rozdziale 5 pkt 7-8. Pobranie opłaty likwidacyjnej miało 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 szczególnych 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 miała na celu pokrycie tej części kosztów poniesionych przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem stosunku ubezpieczenia z danym ubezpieczonym, których w związku z zawarciem stosunku ubezpieczenia ubezpieczyciel nie będzie mógł pokryć w przyszłości. Opłata likwidacyjna obliczana była w dwóch wartościach: osobno jako procent składki zainwestowanej wskazany w Tabeli Opłat i Limitów Składek, oraz osobno jako procent wartości rachunku wskazany w Tabeli Opłat i Limitów Składek. Opłata Likwidacyjna pobierana była w niższej z dwóch wartości: procent składki zainwestowanej wskazany w Tabeli Opłat i Limitów Składek albo procent wartości rachunku wskazany w Tabeli Opłat i Limitów Składek. Opłata Likwidacyjna pobierana była poprzez pomniejszenie kwoty otrzymanej w wyniku umorzenia jednostek uczestnictwa funduszu z rachunku o obliczoną zgodnie z „Tabelą Opłat i Limitów Składek” niższą wartość opłaty likwidacyjnej (Rozdział 8 pkt 4). Opłata za ryzyko była pobierana na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu zgonu ubezpieczonego, naliczana była procentowo zgodnie z „Tabelą Opłat i Limitów Składek” od wartości składki zainwestowanej i pobierana w ramach opłaty administracyjnej (Rozdział 8 pkt 5).

Klient w okresie subskrypcji lub ubezpieczony po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej mógł zrezygnować z ubezpieczenia z zachowaniem formy pisemnej (na przykład poprzez złożenie „Oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia”, którego wzór został pomocniczo przygotowany przez ubezpieczyciela). W okresie pomiędzy zakończeniem okresu subskrypcji a rozpoczęciem okresu odpowiedzialności ubezpieczyciel nie przewidywał możliwości rezygnacji klienta z ubezpieczenia (Rozdział 14 pkt 1). W przypadku całkowitego wykupu ubezpieczyciel wypłacał kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania pierwszej składki oraz składek bieżących) (Rozdział 14 pkt 6). W przypadku całkowitego wykupu wskutek rozwiązania stosunku ubezpieczenia, zgodnie z rozdziałem 5 pkt 7 i 8, umorzenie wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu następowało najpóźniej 30 dnia po dniu rozwiązania stosunku ubezpieczenia, według wartości jednostki uczestnictwa funduszu obowiązującej w dacie umorzenia. Wypłata środków dokonywana była przelewem na rachunek bankowy odpowiednio ubezpieczonemu, na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia albo na rachunek bankowy ubezpieczającego, z którego została dokonana wpłata środków, w terminie 35 dni od dnia rozwiązania stosunku ubezpieczenia (rozdział 14 pkt 8).

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), poszczególne opłaty:

<b>Minimalna wysokość składki bieżącej</b>	124 PLN
<b>Minimalna wysokość składki pierwszej</b>	Wysokość składki pierwszej stanowiła wielokrotność kwoty 2.250 PLN, przy czym minimalna składka pierwsza nie mogła być niższa niż 4.500 PLN
<b>Oплата administracyjna</b>	1,28 % w skali roku (naliczana od składki)
<b>Oплата za ryzyko</b>	0,0033% w skali roku (wliczona w opłatę administracyjną)

<b>Oплата likwidacyjna</b>	<b>Rok odpowiedzialności</b>	<b>Wysokość opłaty likwidacyjnej (pobierana od wartości rachunku)</b>
	<b>1.</b>	<b>100%</b>
	<b>2.</b>	<b>100%</b>
	<b>3.</b>	<b>100%</b>
	<b>4.</b>	<b>75%</b>
	<b>5.</b>	<b>50%</b>
	<b>6.</b>	<b>30%</b>
	<b>7.</b>	<b>20%</b>
	<b>8.</b>	<b>15%</b>
	<b>9.</b>	<b>10%</b>
	<b>10.</b>	<b>5%</b>
	<b>11.</b>	<b>4%</b>
	<b>12.</b>	<b>3%</b>

	<b>13.</b>	<b>2%</b>
	<b>14.</b>	<b>1%</b>
	<b>15.</b>	<b>1%</b>

W myśl Regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...), alokacja definiowana była jako nabycie jednostek uczestnictwa funduszu za składkę pierwszą oraz za składki bieżące pomniejszone o opłatę administracyjną (§ 2 ust. 1). Jednostki uczestnictwa funduszu stanowiły wyodrębnioną część aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jednostki uczestnictwa funduszu posiadają jednakową wartość i reprezentują prawa majątkowe uczestników ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...); jednostki uczestnictwa funduszu nie stanowiły odrębnego od ubezpieczenia prawa, nie mogły być zbywane na rzecz osób trzecich, nie były oprocentowane (§ 2 ust. 6). Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (...) - był wydzielonym funduszem aktywów ubezpieczyciela, inwestowany zgodnie z przyjętą w Regulaminie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...) strategią inwestycyjną (§ 2 ust. 9). Wartość aktywów netto - stanowiła wartość wszystkich aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, ustalone zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (§ 2 ust. 12). Wartość jednostki uczestnictwa funduszu była wartością równą ilorazowi wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i liczby wszystkich jednostek uczestnictwa (§ 2 ust. 13).

Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy był wydzieloną rachunkowo częścią aktywów ubezpieczyciela, składającą się z jednostek uczestnictwa funduszu o jednakowej wartości (§ 4 ust. 1). Aktywa netto funduszu UFK były wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny (§ 4 ust. 2). Środki (...) lokowane są do 100% w certyfikaty wyemitowane przez Bank (...), z których wypłata oparta była na indeksie (...) (kod bloomberg: (...) Index). Certyfikaty emitowane przez (...) wyceniane były w złotych polskich. Inwestycja w certyfikaty wiązała się z ryzykiem kredytowym emitenta. Przez ryzyko kredytowe emitenta rozumiano możliwość wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności emitenta do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu wyemitowanych certyfikatów (§ 4 ust. 3). Indeks (...) stworzony przez (...) zapewniał uzyskanie dynamicznie dostosowanej 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 miała zwiększać ekspozycję na ten rynek, natomiast w przypadku zanotowania trendu spadkowego miała zwiększać ekspozycję na rynek obligacji amerykańskich (§ 4 ust. 4). Wartość rachunku po zakończeniu okresu odpowiedzialności zostanie obliczona w oparciu o wartość certyfikatów o których była mowa w ust. 3 na dzień zakończenia okresu odpowiedzialności, certyfikaty zapewniają ochronę wartości nominalnej odpowiadającej składce zainwestowanej. Na dzień zakończenia okresu odpowiedzialności wartość certyfikatów miała być obliczona zgodnie z wzorem:

Wartość nominalna \* (1 + Max [0; Index<sub>finai</sub> / Index<sub>jntiai</sub> - 1]) gdzie:

Index<sub>finai</sub>- wartość indeksu w dacie t<sub>finai</sub> na zamknięcie dnia; Index<sub>jntiai</sub> - wartość indeksu w dacie W<sub>ai</sub> na zamknięcie dnia.

Data t<sub>finai</sub> i W<sub>ai</sub> wskazane były w Załączniku nr 1 do deklaracji przystąpienia (§ 4 ust. 5).

(...) S.A. w W. (ubezpieczający) przygotowywał dla klientów broszury informacyjno-promocyjne w zakresie oferowanego ubezpieczenia grupowego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...).

Zgodnie z przedstawioną broszurą reklamującą produkt (...) miał posiadać unikatowe na rynku finansowym w Polsce cechy takie jak: naliczanie zysku od zadeklarowanej kwoty inwestycji już od 1 dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową

(a więc także od wpłat, które dopiero zostaną dokonane, nawet jeśli nastąpi to dopiero za kilkanaście lat), a nie tylko od dokonanych wpłat. Opierając się na symulacjach taka konstrukcja miałaby przynieść efektywną stopę zwrotu, gdyby indeks istniał, bazującą na przeciętnej zyskowności za 15 lat z 11,06 % średniorocznie do 14,93 %, (wyniki osiągnięte w przeszłości nie były gwarancją osiągnięcia podobnych wyników w przyszłości); dogodne rozłożenie zadeklarowanej kwoty inwestycji na transze; 100% ochrona kapitału na zakończenie okresu inwestycji; unikatowość indeksu. Przedstawione w broszurze wyniki indeksu opierały się na historycznych symulacjach.

Metodologia dotycząca indeksu była poufna. (...) nie gwarantował ani poprawności ani kompletności metodologii indeksu, ani metod obliczania i miał nie ponosił odpowiedzialności za jakiegokolwiek błędy lub pominięcia w obliczaniu lub rozprowadzaniu indeksu, ani za jakiegokolwiek jego wykorzystanie, i (...) miał nie ponosić żadnej odpowiedzialności za jakiegokolwiek błędy lub pominięcia w indeksie. Metodologia indeksu opierała się na pewnych założeniach, określonych modelach centowych i metodach obliczania przyjętych przez (...) i posiadała pewne nieodłączne ograniczenia. Informacje przygotowywane były na podstawie różnych modeli, metod obliczania lub założeń i mogły przynosić różne wyniki. Na analizę mogły wpłynąć różne czynniki, które mogą nie być wzięte pod uwagę. W związku z tym, analiza informacji mogła znacznie różnić się od analizy pochodzącej z innych źródeł lub uczestników rynku.

(...) S.A. w W. otrzymywał wynagrodzenie za dokonywane na rzecz ubezpieczyciela czynności.

Dnia 27 lutego 2017 r. A. G. (1) rozwiązała stosunek ubezpieczenia, dokonując całkowitego wykupu ubezpieczenia. Na dzień 6 marca 2017 r. ilość jednostek uczestnictwa w UFK wynosiła (...), (...), wartość jednostki 36,69, wartość rachunku 37.225,26 PLN, wysokość opłaty likwidacyjnej 20% wartości rachunku tj. 7.445,05 PLN. A. G. (2) wypłacono 29.780,21 PLN. Kwota zainwestowana przez ubezpieczoną wynosiła 63.774,00 zł.

Dnia 29 maja 2017 r. radca prawny J. M. złożyła w imieniu A. G. (1) oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu wraz z wezwaniem do dobrowolnego spełnienia świadczenia. (...) S.A. we W. zostało wezwane do zapłaty kwoty 33.993,79 zł stanowiącej równowartość różnicy sumy składek wpłaconych przez A. G. (1) oraz kwoty wypłaconej jej po formalnym rozwiązaniu stosunku ubezpieczenia. W uzasadnieniu oświadczenia wskazano, że ubezpieczona została wprowadzona w błąd przez doradcę ubezpieczeniowego w przedmiocie warunków umowy ubezpieczenia, a w szczególności w przedmiocie gwarancji inwestycji. Ubezpieczyciel odmówił zwrotu ww. środków.

Na podstawie tak ustalonego stanu faktycznego Sąd Rejonowy dokonał następującej oceny prawnej:

Powództwo uwzględniono w całości.

Powódka dochodziła w niniejszej sprawie kwoty 33.993,73 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 14 czerwca 2017 r. do dnia zapłaty.

Powódka wywodziła swoje roszczenie z okoliczności nieważności umowy ubezpieczenia na życie i dożycie do której przystąpiła, bowiem w jej ocenie zawierała ona postanowienia sprzeczne z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności naruszała art. 353(1) k.c. Zobowiązanie pozwanego, tj. ubezpieczyciela nie zostało w umowie oznaczone w taki sposób, by można było jednoznacznie ustalić jak była ustalana wysokość świadczenia pozwanego w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego bądź też dokonania tzw. całkowitego wykupu. Ponadto umowa pozostawała sprzeczna z zasadami współżycia społecznego, bowiem całość ryzyka inwestycyjnego wynikającego z umowy zawartej przez dwa podmioty wyspecjalizowane w przeprowadzaniu operacji finansowych została przerzucona na powódkę będącą konsumentem. Powódka wskazywała również, że umowa została zawarta z obejściem przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym. W dalszej kolejności powódka wskazywała na niedozwolony charakter postanowień umowy w zakresie opłaty likwidacyjnej oraz administracyjnej.

Pozwany w toku postępowania zaprzeczył zarzutom stawianym przez powódkę, podnosząc, że powódka nie ma legitymacji procesowej do żądania stwierdzenia nieważności umowy, bowiem nie jest jej stroną, a jedynie przystąpiła do grupowej umowy ubezpieczenia. Pozwany przyznał, że umowa ubezpieczenia grupowego do której przystąpiła

powódka miała charakter umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek. Pozwany podkreślał, że powódka nie udowodniła swojego roszczenia, zarówno w zakresie twierdzeń o nieważności umowy, jak i twierdzeń o abuzywności niektórych jej postanowień.

W pierwszej kolejności Sąd Rejonowy odniósł się do kwestii legitymacji procesowej powódki do wystąpienia z żądaniem określonym w pozwie. Ustalenie, że powódka nie ma legitymacji procesowej prowadziło do oddalenia powództwa a limine, bez konieczności dalszego badania argumentacji przedstawionej przez strony.

Powódka miała legitymację procesową by podważać umowę grupowego ubezpieczenia, do której przystąpiła, bowiem treść tej umowy bezpośrednio wpływała na sferę jej praw i obowiązków. Ponadto powódka nie domagała się ustalenia nieważności umowy grupowego ubezpieczenia do której przystąpiła, a wystąpiła z roszczeniem dalej idącym tj. o zapłatę, co powoduje, że ewentualne ustalenie nieważności umowy byłoby w niniejszej sprawie tylko przesłanką do uwzględnienia powództwa, a nie treścią rozstrzygnięcia i byłoby skuteczne tylko pomiędzy stronami niniejszego postępowania.

Powództwo, w ocenie Sądu Rejonowego podlegało uwzględnieniu, z uwagi na nieważność samego przystąpienia do ubezpieczenia przez powódkę. Pozwany w toku sprawy nie odniósł się w żaden sposób do kwestii ważności przystąpienia do ubezpieczenia. Rację należy przyznać powódce w zakresie podnoszonych przez nią w odpowiedzi na sprzeciw argumentów odnośnie naruszenia art. 829 § 2 k.c. przy przystępowaniu przez nią do umowy grupowego ubezpieczenia, jednakże Sąd nie podzielił oceny przedstawionej przez pełnomocnika powódki w zakresie twierdzeń, że umowa jaką zawarła powódka nie stanowiła umowy ubezpieczenia grupowego.

Analiza zarówno czynności przystąpienia do umowy jak i konfiguracji podmiotowej w niniejszej sprawie doprowadziła Sąd do przekonania, że umowa do której powódka przystąpiła stanowiła umowę grupowego ubezpieczenia, jaką podmiot trzeci tj. (...) S.A. w W. zawarł na cudzy rachunek. Powódka decydując się na przystąpienie do umowy ubezpieczenia grupowego miała podpisać deklarację przystąpienia do umowy nie z ubezpieczycielem - pozwanym, a (...) S.A. w W. - ubezpieczającym. W ocenie Sądu taka konstrukcja przystąpienia do umowy oraz samej umowy przystąpienia do ubezpieczenia odpowiada zawarciu umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek art. 808 k.c. Konstrukcja ta polega na zawarciu umowy w interesie osoby innej niż ubezpieczający, a zatem w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową dóbr osobistych lub majątku innej niż ubezpieczający osoby.

Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek może przewidywać objęcie ochroną jedną lub kilku osób albo większej ich liczby tj. mieć charakter grupowy. Takie umowy określa się mianem "ubezpieczeń grupowych". Pojęciem tym posługuje się zresztą obecnie obowiązująca ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (jak również poprzednia ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej), choć nie definiuje go. Wspomniane ustawy konsekwentnie posługują się zwrotem "umowa ubezpieczenia zawierana na cudzy rachunek, w szczególności ubezpieczenia grupowego" z czego jednoznacznie wynika, że ustawodawca traktuje ubezpieczenia grupowe, jako rodzaj ubezpieczeń na cudzy rachunek.

W niniejszej sprawie można było odrębnie analizować ważność samej umowy ubezpieczenia grupowego z UFK, jak również ważność i skuteczność jednostronnego oświadczenia ubezpieczonego o wyrażeniu zgody na objęcie go ochroną ubezpieczeniową. Samo przystąpienie do umowy stanowiło odrębną czynność prawną. Analiza przedłożonej do akt sprawy deklaracji o przystąpieniu prowadzi do wniosku, że powódka nie przystąpiła skutecznie do umowy grupowego ubezpieczenia. Zaznaczyć należy, że w przypadku stwierdzenia nieważności przystąpienia do ubezpieczenia, nieważność tego oświadczenia skutkuje tym, że wszelkie świadczenia spełnione przez ubezpieczoną tj. powódkę, w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej stają się świadczeniami nienależnymi w rozumieniu art. 410 § 2 k.c.

Jednym z wymogów jakie stawia Kodeks cywilny umowie ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jest określony w art. 829 § 2 k.c. wymóg oznaczoności sumy ubezpieczenia. Zgodnie ze wspomnianym przepisem w umowie ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż



następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia.

Brak skutecznego prawnie oświadczenia woli ubezpieczonego, który wyraża zgodę na skorzystanie z ochrony ubezpieczeniowej, powoduje, że umowa ubezpieczenia pozostanie w stosunku do niego bezskuteczna. Wymóg określony w art. 829 § 2 zd. 2 k.c. tj. oznaczenie sumy ubezpieczenia stanowi ustawową przesłankę ważności czynności prawnej, a niespełnienie tego wymogu, z uwagi na treść art. 58 § 1 k.c., oznacza bezwzględną nieważność takiej czynności.

Podpisana przez powódkę deklaracja przystąpienia, jak również certyfikat potwierdzający objęcie ochroną ubezpieczeniową nie zawierają nigdzie określenia sumy ubezpieczenia. Oba wspomniane dokumenty określają tylko i wyłącznie wysokość składki zainwestowanej, składki bieżącej oraz składki pierwszej, których to nie sposób uznać za sumę ubezpieczenia. Ponadto żaden z Regulaminów mających zastosowanie do umowy ubezpieczenia grupowego z UFK nie zawiera chociażby definicji bądź odwołania do sumy ubezpieczenia. Dodatkowo w ocenie Sądu ani składki zainwestowanej, ani składki pierwszej, ani składki bieżącej, nie można utożsamiać z sumą ubezpieczenia, która określa górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela (art. 824 § 1 k.c.). Oczywiście jest, że umowa ubezpieczenia grupowego, do której powódka miała przystąpić ma charakter mieszany, występuje w niej zarówno element inwestycyjny, ale również ubezpieczeniowy. Regulamin definiował zdarzenia ubezpieczeniowe, które skutkowały wypłatą odpowiednich świadczeń na rzecz ubezpieczonego bądź uposażonego, a dożycie do końca okresu ochronnego nie było jedynym zdarzeniem aktualizującym odpowiedzialność ubezpieczyciela. Stąd w ocenie Sądu skuteczne przystąpienie w charakterze ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK, wymagało spełnienia wymogów określonych w art. 829 § 2 k.c., które w przypadku przystąpienia powódki do umowy nie były spełnione. Sumy ubezpieczenia, choćby w sposób pośredni, tj. za pomocą wzoru pozwalającego na ustalenie wysokości tej sumy, w żaden sposób nie oznaczono.

Przywołany wymóg wskazania sumy ubezpieczenia w oświadczeniu ubezpieczonego ma służyć ochronie ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia, które jest dla niego niekorzystne lub którego warunki nie są dla niego zrozumiałe. Niewątpliwym jest, że tego rodzaju ochronny cel omawianego przepisu znajduje zastosowanie w szczególności do umów tak złożonych i mogących rodzić dla ubezpieczonego tak nieoczekiwane skutki, jak umowa opisana wyżej. Stąd też nie ma żadnych przesłanek natury prawnej, aby twierdzić, iż wymóg ustawy wyraźnie określony w art. 829 § 2 zd. 2 k.c. nie miał zastosowania akurat do umowy wyżej opisanej (por. wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia 21 grudnia 2016 r., sygn. akt XXV C 2040/15, wyrok Sądu Rejonowego w Kutnie z dnia 27 czerwca 2017 r., sygn. I C 219/16, wyrok Sądu Rejonowego dla Łodzi - Widzewa w Łodzi z dnia 6 kwietnia 2017 r., sygn. II C 894/15).

W konsekwencji z uwagi na niespełnienie wymagań określonych w art. 829 k.c., Sąd Rejonowy uznał, że przystąpienie do ubezpieczenia przez powódkę było nieważne na gruncie art. 58 § 1 k.c., a przez to wszystkie świadczenia z tytułu składek ubezpieczeniowych jakie spełniła powódka były nienależne na gruncie art. 410 § 2 k.c. Już tylko z powyższych względów należało uznać, że powództwo jest zasadne.

Zasądając kwotę 33.993,79 zł, Sąd Rejonowy miał również na uwadze argumenty podniesione przez powódkę w zakresie nieważności samej umowy ubezpieczenia grupowego z UFK.

Powódka wskazywała na obejście przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Zgodnie z art. 2 ww. ustawy w brzmieniu mającym zastosowanie do niniejszej sprawy pośrednictwo ubezpieczeniowe polega na wykonywaniu przez pośrednika za wynagrodzeniem czynności faktycznych lub czynności prawnych związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia (ust. 1). Pośrednictwo ubezpieczeniowe jest wykonywane wyłącznie przez agentów ubezpieczeniowych lub brokerów ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem art. 3 (ust. 2). Pośrednictwo ubezpieczeniowe w zakresie reasekuracji jest wykonywane wyłącznie przez brokerów ubezpieczeniowych posiadających zezwolenie na wykonywanie działalności brokerskiej w zakresie reasekuracji (brokerów reasekuracyjnych) - ust. 3.

Zgodnie z art. 9 ust. 1 komentowanej ustawy czynności agencyjne mogą być wykonywane wyłącznie przez osobę fizyczną, która spełnia łącznie następujące warunki: posiada pełną zdolność do czynności prawnych (pkt 1); nie była prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo przeciwko życiu i zdrowiu, przeciwko wymiarowi sprawiedliwości, przeciwko ochronie informacji, przeciwko wiarygodności dokumentów, przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu, przeciwko obrotowi pieniędzmi i papierami wartościowymi, skarbowe (pkt 2 ppkt a-h), daje rękojmię należytego wykonywania czynności agencyjnych (pkt 3); posiada co najmniej średnie wykształcenie (pkt 4); odbyła szkolenie prowadzone przez zakład ubezpieczeń zakończone zdaniem egzaminem (pkt 5). Zgodnie z art. 9 ust. 1a ww. ustawy warunki, o których mowa w ust. 1, powinni spełniać również: agenci ubezpieczeniowi będący osobami fizycznymi; (pkt 1); w przypadku agentów ubezpieczeniowych będących spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej: wspólnicy tych spółek, o ile są osobami fizycznymi, w przypadku gdy współnikami tych spółek są osoby prawne - co najmniej połowa ich członków zarządu (pkt 2 ppkt a-b), w przypadku agentów ubezpieczeniowych będących osobami prawnymi - co najmniej połowa ich członków zarządu (pkt 3).

Ustawa o pośrednictwie ubezpieczeniowym wprowadza szereg szczegółowych wymogów prawnych względem podmiotów i osób świadczących na rzecz ubezpieczycieli usługi pośrednictwa w zawieraniu umów ubezpieczenia. Spełnienie wymogów ustawowych w zakresie możliwości świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego jest z jednej strony konieczne celem skutecznego zawierania umów na rzecz ubezpieczyciela, a z drugiej ma wymiar gwarancyjny dla ubezpieczonego, który zawiera umowę za pośrednictwem podmiotu o wysokim stopniu kwalifikacji i znajomości tematu. Powyższe znajduje potwierdzenie w art. 47 ustawy przewidującym odpowiedzialność karną za wykonywanie pośrednictwa ubezpieczeniowego bez wymaganego upoważnienia.

Powódka wskazywała, że pracownicy (...) S.A. w W. nie posiadali kompetencji do świadczenia usług pośrednictwa ubezpieczeniowego w rozumieniu ustawy z dnia 22 maja 2003 r. Pozwany nie odniósł się do powyższej kwestii, ograniczył się tylko do negowania legitymacji powódki do domagania się stwierdzenia nieważności umowy ubezpieczenia grupowego z UFK.

(...) S.A. w W., teoretycznie działając jako ubezpieczający zawierał umowy z osobami trzecimi na rzecz ubezpieczyciela. Działal ponadto jako podmiot rozprowadzający i dystrybuujący ubezpieczenie grupowe z UFK. W aktach sprawy (k. 28-34) znajduje się broszura informacyjno-reklamowa sporządzona przez (...) S.A. w W. dot. produktu ubezpieczeniowego do którego przystąpiła powódka. Ponadto (...) S.A., mimo że był podmiotem ubezpieczającym nie uiszczał składek z tytułu ubezpieczenia za powódkę, a jedynie wykonywał czynności w zakresie zawierania umów ubezpieczenia oraz reklamowania i oferowania go potencjalnym klientom.

Sąd Rejonowy powołał się na orzeczenie Sądu Okręgowego w Warszawie z dnia z dnia 21 grudnia 2016 r., sygn. akt XXV C 2040/15, w podobnym stanie faktycznym uznał, że działanie ubezpieczającego (będącego bankiem) oraz ubezpieczyciela stanowiło obejście ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, a w konsekwencji prowadziło do nieważności umowy grupowego ubezpieczenia.

Powódka powoływała się również na okoliczność, że umowa grupowego ubezpieczenia z UFK była sprzeczna z art. 58 k.c. w zw. z art. 353(1) k.c., bowiem w sposób zupełnie nieprecyzyjny określała zobowiązanie pozwanego zakładu ubezpieczeń, a ponadto wysokość wypłacanych świadczeń była przez niego ustalana w arbitralny sposób, który nie podlegał rzetelnej weryfikacji przez ubezpieczonego.

Sąd Rejonowy zważył, że ze zgromadzonych środków powódki tj. składki początkowej oraz składek bieżących po potrąceniu opłat administracyjnych nabywane miały być akcje powiązane z krajami rozwijającymi się oraz w obligacje amerykańskie, zgodnie ze strategią inwestycyjną indeksu. Jednakże ani z regulaminów, ani z dołączonej do akt sprawy broszury informacyjno-promocyjnej produktu (...) nie wynikała metodologia wyceny indeksu. W broszurze wielokrotnie wskazywano, że ma ona charakter „poufny” bądź „ściśle poufny” i jest oparta na „pewnych danych”, „pewnych założeniach” i „pewnych analizach”. Wszystkie przedstawione wyniki indeksu opierały się na historycznych symulacjach, które obrazowałyby jego notowania gdyby istniał, a metodologia jego wyceny była nieznana. Utworzony indeks nie miał charakteru jakiegoś jak chociażby WIG20, DJIA, DAX, NIKKEI, S&P500 czy NASDAQ bowiem

sposób jego wyliczenia nie był wprost zależny od kursu akcji określonych przedsiębiorstw (Regulamin posługiwał się pojęciami nieostrymi w zakresie rodzaju akcji i obligacji), będących przedmiotem obrotu na rynku regulowanym. W konsekwencji ubezpieczony nie wiedział, nawet przy założeniu że znał notowanie samego indeksu, o metodologii jego wyliczania, która pozostawała poufna.

W niniejszej sprawie ubezpieczona w okresie pomiędzy wpłatą pierwszej składki i wpłatą składki bieżącej po upływie zaledwie 4 miesięcy straciła ponad połowę wartości rachunku, zaś ustalenie tego przyczyny z podanych powyżej względów było niemożliwe. W rezultacie brak było możliwości weryfikacji rzeczywistych przyczyn zmiany wartości środków powódki. Prowadziło to do sytuacji, w której obniżenie wartości środków powódki mogło nastąpić pomimo braku jakichkolwiek obiektywnych przyczyn ku temu.

Jednostki uczestnictwa nie były oferowane na rynku i nie były przedmiotem obrotu. Powódka nie miała żadnego wpływu ani nawet żadnej wiedzy o tym, w jaki sposób wartość indeksu wpływała na wartość jednostek uczestnictwa.

Utajniony sposób wyceny aktywów UFK został przez Sąd Okręgowy w Warszawie w wyroku z dnia 12 listopada 2014 r. (sygn. akt III C 1453/13) uznany za sprzeczny z jakąkolwiek rozsądną interpretacją stosunku zobowiązaniowego.

Sąd nie wziął pod uwagę złożonego do akt sprawy oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych złożonego przez pełnomocnika powódki w jej imieniu. W pierwszej kolejności powódka nie powoływała się w uzasadnieniu swojego roszczenia na skuteczne złożenie oświadczenia, nie wykazała zachowania terminu z art. 88 § 2 k.c. oraz że jej pełnomocnik był umocowany do składania takiego oświadczenia w imieniu powódki. Nadto błąd na jaki wskazywało oświadczenie nie podlegał ochronie na gruncie art. 84 k.c. jako błąd dotyczący sfery przewidywania i wnioskowania, a nie postrzegania.

Niezależnie od powyższej argumentacji w zakresie zasadności zasądzenia od pozwanego na rzecz powódki całości dochodzonego przez nią roszczenia na skutek uznania nieważności czynności przystąpienia do ubezpieczenia, odnieść się należy, niejako ewentualnie, do kwestii abuzywności postanowień umowy w zakresie opłaty likwidacyjnej. Bowiernawet przy uznaniu, że powódka skutecznie przystąpiła do umowy ubezpieczenia grupowego z UFK i sama umowa grupowego ubezpieczenia pozostawała ważna, to zawierała niedozwolone postanowienia umowne na podstawie których od powódki pobrano kwotę 7.445,05 zł (k.39) w momencie skorzystania przez nią z możliwości wcześniejszego wykupu ubezpieczenia. Powódka wskazywała na abuzywność postanowień umowy - w zakresie opłaty likwidacyjnej i administracyjnej.

W ocenie Sądu Rejonowego postanowienia umowne, które przyznawały pozwanemu uprawnienie do pobrania opłaty likwidacyjnej stanowiły niedozwolone klauzule umowne w rozumieniu art. 385(1) k.c. w zw. z art. 808 § 5 k.c. Postanowienia te stanowiły część wzorca umownego przedstawionego powódce jako konsumentowi przez pozwanego będącego przedsiębiorcą. Nie ulegało przy tym wątpliwości, że powódka przystępując do umowy działała jako konsument w rozumieniu art. 221 k.c. (pозwany nie wykazał, aby powódka zawarła umowę w zakresie prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej), zaś pozwany zawarł umowę w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej.

Ponadto postanowienia dotyczące ustalenia wysokości opłaty likwidacyjnej nie określały „głównych świadczeń stron”, ponieważ nie dotyczyły świadczenia pozwanego w postaci wypłaty całkowitego wykupu, ale świadczenia ubezpieczonego, tyle, że potrącanego z wypłaty całkowitego wykupu w postaci opłaty likwidacyjnej pobieranej właśnie przed wypłatą wartości wykupu. Świadczenie zaś w postaci opłaty likwidacyjnej nie może stanowić głównego świadczenia stron umowy ubezpieczenia, także z tego powodu, że nie jest niezbędnym dla wypłaty całkowitego wykupu, a jedynie postanowieniem przewidzianym na wypadek przedwczesnego rozwiązania umowy.

W ocenie Sądu nie budzi również wątpliwości, że kwestionowane postanowienia zawarte w warunkach umowy nie zostały uzgodnione z powódką indywidualnie. Przemawia za tym chociażby fakt, iż stanowią one wzorzec umowy zaproponowany konsumentowi przez kontrahenta. Wzorce (w tym regulaminy) stanowią klauzule, opracowane przed zawarciem umowy i są wprowadzane do stosunku prawnego przez jedną ze stron w ten sposób, że druga strona

nie ma wpływu na ich treść. Opracowuje się je w oderwaniu od konkretnego stosunku umownego, tak by w sposób jednolity określały treść przyszłych umów. Z samej nazwy „Warunki Ubezpieczenia” wynika, że są one stosowane przy zawieraniu nieoznaczonej ilości umów i nie zostały ustalone w trakcie zawierania umowy z powódką. Przede wszystkim natomiast sam charakter postanowień warunków grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie, którego powódka nie był stroną, wykluczał możliwość indywidualnych uzgodnień pomiędzy stronami niniejszej sprawy w tym zakresie.

Zakwestionowane przez powódkę postanowienia umowne w zakresie opłaty likwidacyjnej kształtują jej prawa oraz obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszają jej interesy.

Postanowienia umowy dotyczące opłaty likwidacyjnej przynosiły wyłączną korzyść pozwanemu, a dla jego klientów wiązały się wyłącznie z koniecznością poniesienia strat finansowych w sytuacji, w której konsument decydował się na wcześniejsze wypowiedzenie umowy. Sama konstrukcja opłaty likwidacyjnej, która pobierana była w przypadku wypowiedzenia umowy przez całe 15 lat stosunku ubezpieczeniowego, budzi uzasadnione wątpliwości. Przez 15 lat trwania stosunku zobowiązaniowego konsument pozostawał niejako „przywiązany” do ubezpieczenia. Jeżeli sam produkt inwestycyjny przynosił straty, wysokość opłaty likwidacyjnej mogła powstrzymać konsumenta przed wypowiedzeniem stosunku umownego, który z ekonomicznego punktu widzenia był nieopłacalny. Taka konstrukcja postanowień umowy narusza uprawnienie konsumenta do wypowiedzenia stosunku zobowiązaniowego poprzez jego ograniczenie, a opłata likwidacyjna w istocie przybiera postać swoistej sankcji za wcześniejsze rozwiązanie umowy. Ponadto uzasadnieniem dla tak wysokich i tak ukształtowanych opłat nie mogły być ewentualne koszty związane z wydatkami pozwanego na promocję produktów finansowych, czy też obsługą umowy, które zresztą nie zostały wykazane w niniejszej sprawie. Klienci pozwanego nie mogą być przymusowo obciążani skutkami wybranej przez niego strategii marketingowej. Pozwany, stosując powyższą strategię, doprowadził do przerzucenia na konsumenta kosztów prowadzonej przez siebie działalności, a co za tym idzie również ryzyka jej prowadzenia.

W konsekwencji Sąd Rejonowy uznał, że postanowienie zawarte w rozdziale 8 § 1 pkt 2 warunków ubezpieczenia, rozdziale 8 § 4 warunków ubezpieczenia oraz w rozdziale 14 pkt 6 warunków ubezpieczenia w zakresie przewidującym pomniejszenie wartości rachunku o opłatę likwidacyjną, w związku z postanowieniami w zakresie opłaty likwidacyjnej zawartymi w „Tabeli Limitów i Opłat” stanowiły niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 3851 § 1 k.c. w zw. z art. 808 § 5 k.c., wobec czego, zgodnie z art. 3851 § 2 k.c. w zw. z art. 808 § 5 k.c., powyższe postanowienia nie wiązały powódki, a jednocześnie strony były związane umową w pozostałym zakresie. Tym samym pozwany był zobowiązany do wypłaty całkowitego wykupu, zgodnie z rozdziałem 14 pkt 6 warunków ubezpieczenia, bez pomniejszania go o opłatę likwidacyjną (do której pobrania nie było podstaw wobec braku związania powódki postanowieniami umownymi wskazanymi w rozdziale 8 § 4 warunków ubezpieczenia). W rezultacie pozwany nie wypłacając powódce całej wartości wykupu, ale pomniejszając ją o opłatę likwidacyjną, nieprawidłowo wykonał swoje zobowiązanie wynikające z rozdziału 14 pkt 6 warunków ubezpieczenia i wobec tego należało zasądzić od pozwanego na rzecz powódki pozostałą część należności z powyższego tytułu.

Sąd Rejonowy podkreślił, że podstawą roszczenia powódki i zarazem podstawą wyroku w niniejszej sprawie były wskazane postanowienia umowy, a nie przepisy o świadczeniu nienależnym (art. 405 k.c. w zw. z art. 410 k.c.). Te ostatnie mają bowiem charakter subsydiarny i znajdują zastosowanie tylko wówczas, kiedy świadczenia stron nie posiadają podstawy prawnej, co nie ma miejsca w niniejszym wypadku, w którym powódka przystąpiła do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z UFK, przewidzianym w art. 4 w zw. z art. 13 ust. 4 ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej w zw. z pkt 3 Dział I załącznika do tej ustawy, zaś podstawę roszczenia powódki stanowiły art. 808 § 1 i 3 k.c. i postanowienia umowy, to jest rozdział 14 warunków ubezpieczenia.

Charakteru niedozwolonych klauzul umownych nie miały jednak wskazywane przez powódkę postanowienia w zakresie opłaty administracyjnej. W ocenie Sądu Rejonowego pobieranie opłat administracyjnych było uzasadnione kosztami czynności zarządzania i administrowania ubezpieczeniem oraz kosztami jakie wynikały z samego zawarcia stosunku ubezpieczeniowego i wynagrodzenia ubezpieczyciela za inwestowanie składki pierwszej i bieżących. Podobny charakter miała również opłata za ryzyko stanowiąca część opłaty administracyjnej. Niewątpliwie zarządzanie produktem ubezpieczeniowym wymagało ze strony pozwanego podjęcia szeregu czynności

uzasadniających pobieranie dodatkowych opłat. Stąd nie można było uznać, że pobieranie wspomnianych opłat kształtowało prawa oraz obowiązki powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszając jej interesy. Powódka nie udowodniła ponadto, ani nawet nie twierdziła aby pobierana opłata administracyjna miała charakter nadmiernie wygórowany i jej wymiar był nieuzasadniony z punktu widzenia rzeczywistych kosztów obsługi ubezpieczenia ponoszonych przez ubezpieczyciela. Charakter wspomnianej opłaty był inny niż opłaty likwidacyjnej, opłata administracyjna pobierana była bowiem przy uiszczaniu przez ubezpieczonego składek i nie miała na celu - jak opłata likwidacyjna - zniechęcenie ubezpieczonego do rezygnacji ze stosunku ubezpieczenia.

W konsekwencji tylko pobrane przez pozwanego koszty opłaty likwidacyjnej w kwocie 7.445,05 zł można byłoby uznać za świadczenie nienależne, w sytuacji uznania, że nie zaszyły przesłanki do zasądzenia na rzecz powódki całości dochodzonego roszczenia z uwagi na nieważność przystąpienia do ubezpieczenia.

Wobec powyższego Sąd Rejonowy zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 33.993,79 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 14 czerwca 2017 r. do dnia zapłaty. Powyższa kwota stanowiła różnicę pomiędzy sumą składek wpłaconych przez powódkę celem wykonania umowy, a kwotą wypłaconą jej po rozwiązaniu stosunku ubezpieczenia przez stronę pozwaną. Sąd przychylił się do takiego określenia wysokości roszczenia mając na uwadze, że na skutek uznania, że przystąpienie do ubezpieczenia nie było skuteczne, wszystkie wpłacone przez powódkę składki podlegały zwrotowi na podstawie art. 405 k.c. w zw. z art. 410 § 2 k.c.

Rozstrzygnięcie o odsetkach ustawowych za opóźnienie Sąd Rejonowy oparł na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 455 k.c. Pozwany został wezwany do zapłaty w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania zapłaty. Powódka co prawda nie wykazała, kiedy strona pozwana otrzymała wezwanie do zapłaty, jednakże z pisma ubezpieczyciela z dnia 26 czerwca 2017 r. wynika, że o wezwanie do zapłaty zostało odebrane dnia 6 czerwca 2017 r. Licząc od tej daty siedmiodniowy termin na spełnienie świadczenia, roszczenie było wymagalne 14 czerwca 2017 r.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. Na koszty postępowania złożyły się kwoty: 1.700 zł tytułem opłaty sądowej od pozwu, 17 zł tytułem opłaty skarbowej od pełnomocnictwa oraz 3.600 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego. Sąd nie uwzględnił wniosku pełnomocnika powódki o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego w podwójnej stawce. Nie uzasadniał tego charakter sprawy oraz nakład pracy - w sprawie odbył się tylko jeden termin rozprawy, a pełnomocnik powódki złożył w trakcie postępowania dwa pisma procesowe. W konsekwencji nie zaszyły przesłanki uzasadniające przyznanie podwójnej stawki kosztów zastępstwa procesowego.

### **Apelację wniósł pozwany zaskarżając wyrok w całości zarzucając:**

1. nierozpoznanie istoty sprawy poprzez:

a) ustalenie, iż okoliczności związane z przystąpieniem powoda do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) nie miały kluczowego znaczenia dla sprawy z uwagi na podniesione przez powoda zarzuty dotyczące umowy łączącej strony, podczas gdy powód domagał się w pozwie kontroli incydentalnej wzorca umownego, tj. Warunków Ubezpieczenia w zw. z Tabelą Opłat i Limitów, a przesłanka naruszenia obyczajów polega na działaniach zmierzających do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania u klienta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności, ukształtowania stosunku zobowiązaniowego niezgodnie z zasadą równorzędności stron, zaś Sąd powyższych okoliczności nie zbadał w ogóle;

b) zasądzenie kwoty wskazanej w pozwie w oparciu o treść umowy ubezpieczenia, w której w związku z ingerencją Sądu i „wykasowaniem” postanowień określających Całkowity Wykup, takie świadczenie nie przysługuje, względnie brak jest możliwości określenia takiego świadczenia, co winno skutkować ograniczeniem zakresu świadczeń alternatywnych do świadczeń możliwych, a więc świadczenia z tytułu śmierci oraz świadczenia z tytułu dożycia, a w związku z brakiem śmierci i dożycia w okresie ubezpieczenia powyższe winno skutkować konkluzją, iż powodowi żadne

świadczenie z umowy ubezpieczenia nie przysługuje, a więc roszczenie powoda o zapłatę nie ma podstawy prawnej oraz umownej,

2. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 227 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z przesłuchania stron z ograniczeniem do powoda oraz przesłuchania świadków - T. K., M. S. oraz A. B. - podczas gdy dokonanie kontroli incydentalnej wzorca umownego poprzedzone musi zostać wyjaśnieniem wszelkich okoliczności związanych z zawarciem umowy, a jak wskazał Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 26 lutego 2018 r., sygn. akt VI ACa 1597/16, uchylając zaskarżone orzeczenie i przekazując sprawę do ponownego rozpoznania, pominięcie wniosków dowodowych wskazanych przez pozwanego powoduje nierozpoznanie istoty sprawy i niedokonanie przez Sąd kontroli indywidualnej wzorca umownego, wobec niezbadania okoliczności sprawy, a kontrola przeprowadzona przez Sąd z pominięciem wskazanych dowodów osobowych prowadzi do dokonania kontroli abstrakcyjnej do której orzekający Sąd nie jest uprawniony, postanowienie wzorca umownego stosowanego przez Pozwanego stanowi postanowienie niedozwolone pomimo braku przedstawienia takiego dowodu przez Powoda,

4. naruszenie prawa procesowego tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów oraz poczynienie ustaleń sprzecznych z osnową dokumentu polegające na:

a) uznaniu, iż Całkowity Wykup nie jest głównym świadczeniem z umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, pomimo, iż zarówno kontekst prawny, faktyczny, jak i systematyka i treść umowy wskazują, iż Wartość Wykupu jest świadczeniem głównym

b) błędnej ocenie Deklaracji Przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, polegającej na uznaniu, że brak wskazania w Deklaracji przystąpienia sumy ubezpieczenia stanowi o bezskuteczności przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia, podczas gdy z treści art. 805 §2 pkt 2. ustawodawca w samej treści przepisu regulującego obowiązek wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego nie wskazał, iż zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do wypłaty sumy ubezpieczenia ale do wypłaty umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia,

c) uznaniu, iż (...) S.A. działał w związku z przystąpieniem przez powoda do umowy grupowego ubezpieczenia jako pośrednik ubezpieczeniowy w rozumieniu art. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym, podczas gdy (...) S.A. był stroną umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym i nawiązał stosunek prawny z pozwanym we własnym imieniu i sam fakt otrzymania wynagrodzenia z tytułu administrowania umową na podstawie umowy z pozwanym, nie można uznać, iż w jakikolwiek sposób pośredniczył w przystąpieniu powoda do grupowej umowy ubezpieczenia,

d) uznaniu, iż pozwany zobowiązany jest do wskazania w Warunkach Ubezpieczenia stosowanej metodologii indeksu, podczas gdy zgodnie z ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, tj. ustawy obowiązującej w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia pozwany zobowiązany był do wskazania jedynie zasad wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, zaś pozwany w treści Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego wskazał, iż aktywa wyceniane są według wartości godziwej, czym nie naruszył powszechnie obowiązujących przepisów prawa,

5. naruszenie prawa procesowego tj. art. 278 § 1 KPC poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego - aktuarium, co doprowadziło do braku jakichkolwiek ustaleń Sądu w zakresie zasadności mechanizmu określania wysokości Całkowitego Wykupu w poszczególnych latach ubezpieczenia, podczas gdy rozstrzygnięcie sprawy wymaga wiadomości specjalnych tj. wiadomości o metodach aktuarialnych aby móc określić prawidłowość kalkulacji kosztów Pozwanego poniesionych w związku z ubezpieczeniem Powoda oraz w celu ustalenia czy wysokość Całkowitego Wykupu wynika z konieczności pokrycia przez Pozwanego kosztów wykonywania działalności poniesionych w wysokości rynkowej według cen obowiązujących w dacie przystąpienia powoda do umowy ubezpieczenia, z wpłaconej przez Powoda i innych ubezpieczonych składek,

6. Naruszenie prawa materialnego, tj. art. 829 § 2 k.c. w zw. z art. 805 k.c. poprzez jego błędne zastosowanie i przyjęcie, że brak wskazania w treści Deklaracji Przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym słów sumy ubezpieczenia stanowi o nieskutecznym przystąpieniu powoda do umowy i użycie w to miejsce świadczenie z tytułu zgonu, podczas gdy ustawodawca w samej treści przepisu regulującego obowiązek wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego nie wskazał, iż zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do wypłaty sumy ubezpieczenia ale do wypłaty umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia.

7. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 13 ust. 4 pkt 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, poprzez jego niezastosowanie i przyjęcie, że pozwany ma obowiązek informowania klientów o przyjętej metodologii wyceny aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, podczas gdy z rzeczowego przepisu wynika jedynie, iż zakłady ubezpieczeń mają obowiązek informowania o zasadach wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, a pozwany wskazany wyżej obowiązek zrealizował poprzez umieszczenie w treści Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego informacji, iż Aktywa Funduszu wycenia się według wartości godziwej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny, ma miejsca dzięki zastrzeżeniu obowiązku ubezpieczyciela do wypłaty ubezpieczonemu Wartości Wykupu,

b) Sąd na podstawie art. 385<sup>1</sup> k.c., może przyznać konsumentowi świadczenie, którego umowa nie przewiduje, czy też miarkować (zwiększyć) jego wartość, podczas gdy zgodnie z rzeczoną przepisem Sąd może co najwyżej usunąć część wzorca (klauzulę) z treści umowy, a więc nie może niczego do umowy dodać,

c) w przypadku stwierdzenia braku związania powoda postanowieniami dotyczącymi Całkowitego Wykupu na skutek uznania ich za abuzywne, powodowi przysługuje wypłata świadczenia w wysokości środków zgromadzonych na rachunku w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, podczas gdy prawidłowa wykładnia treści normatywnej warunków ubezpieczenia po usunięciu postanowień dotyczących Całkowitego Wykupu prowadzi do wniosku, iż w takim przypadku powodowi nie przysługuje żadne świadczenia w przypadku wcześniejszego rozwiązania umowy ubezpieczenia, względnie brak jest możliwości określenia wysokości takiego świadczenia oraz czy takie świadczenie z umowy ubezpieczenia w ogóle przysługuje, ponieważ takie świadczenie nie musi być zastrzeżone w umowie ubezpieczenia z ufk,

9. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 18 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2013 o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz. U. z 2013 roku poz. 950 z późn. zm.) („ustawa o działalności ubezpieczeniowej”), w zw. z art. 21 Dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r., dotyczącej ubezpieczeń na życie, z którego wynika obowiązek uwzględnienia w świadczeniu narzutu na koszty ubezpieczyciela ponoszone w związku z umowa ubezpieczenia, poprzez ich niezastosowanie, tj. pominięcie tych przepisów przy dokonywaniu oceny, czy analizowane postanowienia umowy stanowią niedozwolone postanowienia umowne i bezpodstawne uznanie, iż pozwany nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzenia przez siebie działalności ze środków wpłaconych przez ubezpieczających z tytułu składki ubezpieczeniowej, pomimo iż pozwany jako ubezpieczyciel jest do tego zobowiązany przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa;

10. naruszenie prawa materialnego, tj. § 2 ust. 1 pkt. 19-21 oraz art. 16 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. nr 226 poz. 1825) („Rozporządzenie”) poprzez błędną interpretację i uznanie, iż Pozwana nie ma prawa pokrycia kosztów związanych z prowadzoną przez siebie działalnością, w tym w szczególności koszty ponoszone przez Pozwaną nie są sprecyzowane i Pozwana nie ma prawa amortyzować kosztów akwizycji w czasie, pomimo, iż wyżej wspomniane Rozporządzenie zarówno określa szczegółowo koszty ponoszone przez Pozwaną i koszty które Pozwana ma rozliczyć z wpłaconych składek jak określa czas ich amortyzacji jak i termin jakich należy je rozliczyć,

11. naruszenie prawa materialnego tj. art. 830 §1 k.c., art. 813 §1 zd. 2 k.c. oraz art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez ich błędną wykładnię i uznanie, iż brak wypłaty świadczenia w wysokości żądanej przez powoda z długoterminowej umowy ubezpieczenia w przypadku wcześniejszego zakończenia ubezpieczenia stanowi sankcję za wcześniejsze rozwiązanie umowy, podczas gdy rzone prawo oznacza wyłącznie zwolnienie z obowiązku

dalszego opłacania składki, a więc z rzeczoności prawa wynika wyłącznie brak roszczenia ubezpieczyciela o zapłatę składki za okres pozostały do końca trwania umówionego okresu ubezpieczenia, w szczególności art. 830 § 1 k.c. oraz art. 813 §1 zd. 2 k.c. nie przyznaje uprawnienia do żądania wypłaty świadczenia, czy do żądania zwrotu składki uiszczonej i wymagalnej za okres przed zakończeniem ubezpieczenia, ponieważ powód nie nadpłacił składki za okresy jeszcze nie wymagalne, a więc brak było podstaw do zwrotu jakiegokolwiek części składki na rzecz powoda, a nadto powód nie wnosił o zwrot składki lecz o wypłatę wyższego świadczenia, jak również uznanie, iż Pozwana jako zakład ubezpieczeń nie ma prawa pokrycia kosztów prowadzonej działalności ze środków wpłaconych przez Powoda jako składka z tytułu ubezpieczenia oraz tym samym nie ma obowiązku prowadzenia działalności rentownej,

Wskazując na powyższe apelujący wniósł o rozpoznanie na podstawie art. 380 k.p.c. postanowienia Sądu I instancji oddającego wniosek dowodowy pozwanego o dopuszczenie dowodu z przesłuchania stron z ograniczeniem do powoda oraz zeznań świadków T. K., M. S., A. B. - na okoliczności wskazane w sprzeciwie od nakazu zapłaty oraz przeprowadzenie na podstawie art. 241 kpc w zw. z art. 382 kpc wnioskowanych przez pozwanego dowodu.

### ***Z uwagi na powyższe skarżący wniósł o:***

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości oraz poprzez zasądzenie na rzecz Pozwanego od Powoda kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za dwie instancje według norm przepisanych,

lub ewentualnie

2. uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie do ponownego rozpoznania Sądu I Instancji;

3. zasądzenie na rzecz Pozwanej od Powoda kosztów procesu, w tym postępowania apelacyjnego według norm przepisanych.

### ***Sąd Okręgowy zważył co następuje:***

Apelacja była częściowo zasadna i prowadziła do zmiany zaskarżonego wyroku.

Rekapitulując - powódka powoływała się na kilka podstaw do uwzględnienia powództwa, a mianowicie: na nieważność umowy: względną (oświadczenie o uchyleniu się od skutków oświadczenia woli o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia), bezwzględną (nieważność umowy z uwagi na nieważność oświadczenia o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia z uwagi na brak wskazanej w deklaracji sumy ubezpieczenia oraz na podstawie art. 58 k.c. w zw. z art. 353(1) k.c.) oraz na abuzywność postanowień na podstawie których zostały pobrane/zatrzymane kwoty z tytułu opłaty administracyjnej oraz tzw. świadczenia wykupu.

Sąd Rejonowy oparł ostatecznie swoje orzeczenie na ustaleniu nieważności oświadczenia powódki o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia (brak wskazanej sumy ubezpieczenia). Na tej podstawie zasądził zwrot na rzecz powódki wszystkich wpłaconych przez nią składek – tj. zwrot wszystkich świadczeń uiszczonych z tytułu tej umowy przez powódkę na rzecz pozwanego.

Sąd Rejonowy odniósł się również do pozostałych podstaw powoływanych przez powódkę, mimo, że nie oparł na nich rozstrzygnięcia. I tak:

– ustalił, że brak jest podstaw do ustalenia że doszło do uchylenia się od skutków prawnych oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy – Sąd Okręgowy w całości podziela w tym zakresie ustalenia faktyczne jak i ocenę prawną Sądu I instancji i przyjmuje za własną;

- ustalił, że w umowie zawarte były klauzule abuzywne na podstawie których pobrana/zatrzymana została opłata likwidacyjna, świadczenie wykupu w wysokości 7 445,05 zł - Sąd Okręgowy w całości podziela w tym zakresie ustalenia faktyczne jak i ocenę prawną Sądu I instancji i przyjmuje za własną,



- ustalił, że nie spełniają przesłanek abuzywności postanowienia umowne, na podstawie których pobrana została opłata administracyjna - Sąd Okręgowy w całości podziela w tym zakresie ustalenia faktyczne jak i ocenę prawną Sądu I instancji i przyjmuje za własną

- ustalił, że konstrukcja umowy oraz jej postanowienia, w szczególności niejasny i arbitralny sposób obliczania wartości świadczenia ubezpieczyciela powoduje jej nieważność na podstawie art. 58 k.c. w zw. z art. 353(1) k.c. – Sąd Okręgowy nie podziela, w tym zakresie ustaleń i oceny prawnej Sądu I instancji.

Podkreślić trzeba, że „jeżeli sąd drugiej instancji w pełni podziela ocenę dowodów, której dokonał sąd pierwszej instancji, to nie ma obowiązku ponownego przytaczania w uzasadnieniu wydanego orzeczenia przyczyn, dla których określonym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej. W takim wypadku wystarczy zdecydowane stwierdzenie, że podziela argumentację zamieszczoną w uzasadnieniu wyroku sądu pierwszej instancji, w którym poszczególne dowody zostały wyczerpująco omówione, i traktuje ustalenia pierwszoinstancyjne jako własne. Nie ma również przeszkód, by sąd drugiej instancji odwołał się także do oceny prawnej sądu pierwszej instancji, jeżeli w pełni ją podziela i uznaje za wyczerpującą. Natomiast jeśli sąd pierwszej nie rozważył wszystkich dowodów i okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy i stanowi to przedmiot zarzutu apelacyjnego naruszenia art. 233 § 1 KPC, sąd drugiej instancji jest zobowiązany do przedstawienia samodzielnych ustaleń faktycznych, po przeprowadzeniu własnej oceny dowodów”(zob. wyrok SN z dnia 06-11-2018 roku, I UK 285/17). Podobnie wypowiedział się Sąd Najwyższy w postanowieniu z dnia 27-06-2018 roku (IV CSK 73/18): „Jeżeli sąd drugiej instancji aprobuje sposób, w jaki sąd pierwszej instancji ocenił dowody, jak i wyniki postępowania dowodowego w postaci ustaleń faktycznych przyjętych za podstawę rozstrzygnięcia, to wystarczy, że da temu wyraz w uzasadnieniu własnego orzeczenia. Nie ma potrzeby, aby powtarzał argumentację, do której odwołał się sąd pierwszej instancji, tak samo, jak nie ma potrzeby, aby po raz kolejny relacjonował fakty, do których odniósł rozstrzygnięcie”.

Z tego punktu widzenia apelacja pozwanego w zakresie oceny Sądu I instancji co do braku abuzywności klauzul, na podstawie których został pobrana opłata likwidacyjna/ świadczenie wykupu stanowi jedynie nieuzasadnioną polemikę z prawidłowymi ustaleniami Sądu Rejonowego. Wobec obszerności wywodów w uzasadnieniu wyroku nie ma potrzeby ich powielania.

Rację ma natomiast pozwany co do dwóch kwestii – w realiach niniejszej sprawy brak było podstaw do ustalenia, że nieważne było oświadczenie powódki o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia (z uwagi na brak w deklaracji wskazanej sumy ubezpieczenia) oraz do ustalenia, że umowa jest w całości nieważna na podstawie art. 58 k.c. w zw. z art. 353(1) k.c.

Odnosząc się do powyższego zważyć należy że:

Powódka opiera swoje żądanie m.in. na zarzucie nieważności stosunku prawnego, jaki powstał na skutek przystąpienia przez niego do ubezpieczenia grupowego (...). Argumenty przemawiające za brakiem nieważności wspomnianego stosunku ponownie przedstawił w apelacji od wyroku pozwany.

Zarzuty powódki co do ważności umowy skupiają się na kilku zagadnieniach, w których na pierwszy plan wysuwają się zastrzeżenia co do jej treści określającej, a według powódki nieokreślającej, wzajemnych praw i obowiązków stron. Powódka podkreśla w szczególności, że kwestionowana umowa daje stronie pozwanej prawo jednostronnego ukształtowania wysokości należnych powódce świadczeń co wynika z faktu, iż nie precyzuje ona czynników, które mają wpływ na wartość certyfikatów, w jakie lokowane są środki powódki, jaki jest ich rodzaj, charakter oraz stopień wpływu na wspomnianą wartość.

Odnosząc się do powyższych zarzutów należy przyznać powódce rację, że ocena zasadności podniesionych przez niego zarzutów musi odbywać się z uwzględnieniem treści łączącego strony stosunku prawnego, wyznaczonego zapisami Warunków ubezpieczenia oraz Regulaminu UFK. Sąd Okręgowy wskazuje także, że zgodnie z art. 65 § 2 k.c. w umowach należy raczej badać, jaki był zgody zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu.

Słusznie więc Sąd Rejonowy w pierwszej kolejności rozważył i ustalił charakter łączącego stosunku prawnego, wskazując, że rozpatrywana umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ma charakter mieszany z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Wywód prawny Sądu Rejonowego w tej kwestii czyni zbędnym ponowne przytaczanie jego tezy.

Sąd Okręgowy wskazuje nadto, że rozstrzygnięta kwestia była także przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego w uchwale z dnia 10 sierpnia 2018 r., III CZP 20/18. Sąd Najwyższy wskazał, że umowy ubezpieczeniowe z UFK zostały wymienione w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (ówcześnie tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm w dziale I ("Ubezpieczenia na życie") grupie 3 ("Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym"), odrębnie od wskazanych jako grupa 1 - "ubezpieczeń na życie" (por. też uprzednio dział I grupa 3 załącznika do ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, tekst jedn.: Dz. U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62 z późn. zm.). 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 wskazano elementy obligatoryjne, które zakład ubezpieczeń jest obowiązany określić lub zawrzeć w umowach UUFK, 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 założeniu ustawodawcy umowa ubezpieczenia UFK to umowa "ubezpieczenia", w której strony uzgadniają, iż 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 (ewentualnie) na koszt i ryzyko "ubezpieczającego", i której koniecznym elementem - obok świadczeń "ubezpieczeniowych" zakładu ubezpieczeń - jest możliwość wykupu "ubezpieczenia". Ustawodawca zdaje się przy tym zakładać, że lokowanie składek w UFK, a tym samym umowa ubezpieczenia z UFK, ma - a w każdym razie może mieć - cel inwestycyjny (oszczędnościowy), także zdecydowanie dominujący, analogicznie do celów innych instrumentów inwestycyjnych (np. uczestnictwa w funduszu inwestycyjnym, prowadzenia rachunku papierów wartościowych czy też rachunku bankowego), i wyraźnie odróżniany od celu w postaci udzielenia ochrony ubezpieczeniowej.

Sąd Najwyższy wskazał, że zawieranie umów ubezpieczenia z UFK przez zakłady ubezpieczeń wchodzi w zakres ich dozwolonej działalności ubezpieczeniowej (art. 3 ust. 1 i 2 u.d.u.), co dotyczy także umów, w których cel inwestycyjny (oszczędnościowy) ma charakter zdecydowanie dominujący. Umowa ubezpieczenia z UFK jest szczególnym rodzajem (podtypem) umowy ubezpieczenia osobowego, o którym mowa w art. 805 § 2 pkt 2 k.c.

Wskazać przy tym należy, że ustawa o działalności ubezpieczeniowej kwestii tej jednak nie przesądza, ponieważ zasadniczym jej celem nie jest normowanie praw i obowiązków stron uwzględnionych w niej umów, lecz określenie warunków wykonywania działalności w zakresie ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych (art. 1 ust. 1 pkt 1 u.d.u.), a więc kwestii o charakterze w zasadzie publicznoprawnym. Bezpośrednia doniosłość ustawy dla określenia reżimu praw i obowiązków stron ma charakter szacunkowy, ograniczony jedynie do art. 13 ust. 4. Według jednego z poglądów, do którego przychylił się Sąd Okręgowy w składzie rozpoznającym niniejszą sprawę, w przypadku umowy ubezpieczenia z UFK mamy do czynienia z umową mieszaną (nienazwaną), do której w zasadzie należy stosować przepisy kodeksu cywilnego dotyczące umowy ubezpieczenia na życie z zastrzeżeniem wyjątków uzasadnionych szczególną naturą umowy ubezpieczenia z UFK (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13, OSNC 2014, nr 10, poz. 103). W wyroku z dnia 22 listopada 2017 r., IV CSK 61/17 (nie publ.) Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że "z perspektywy funkcjonalnej" tego rodzaju umowa opiera się na połączeniu elementów umowy ubezpieczenia z elementami umowy inwestycyjnej, przy czym natężenie cech umowy ubezpieczenia lub umowy o inwestowanie umówionej sumy pieniężnej kształtuje się różnie, w zależności od woli stron. Zarazem zwrócił uwagę, że umowy ubezpieczenia z UFK zostały "genetycznie" oparte na konstrukcji umowy ubezpieczenia, przewidując -

obok elementu zarządzania przez ubezpieczyciela kapitałem ubezpieczającego - także typowe elementy wskazane w art. 805 k.c. jako essentialia negotii tej umowy. Wskazał, umowy te stanowią umowę ubezpieczenia "wzbogaconą" o element inwestycyjny - polegający na zarządzaniu przez ubezpieczyciela środkami wpłaconymi w ramach składek w celu wypracowania zysku dla ubezpieczającego. W świetle postanowień umowy stosunek ubezpieczenia pozostaje wyłącznie "formą", w której ramach miał być realizowany cel inwestycyjny - mający z reguły podstawowe znaczenie dla umowy ubezpieczenia z elementami umowy inwestycyjnej.

Kwestia kwalifikacji prawnej umowy ubezpieczenia z UFK była także przedmiotem zainteresowania Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej w wyroku z dnia 1 marca 2012 r., C-166/11, Á. L. G. A. przeciwko (...), w którym Trybunał odniósł się do wątpliwości Sądu hiszpańskiego dotyczącej interpretacji art. 3 ust. 2 lit. d dyrektywy Rady 85/577/EWG z dnia 20 grudnia 1985 r. w sprawie ochrony konsumentów w odniesieniu do umów zawartych poza lokalem przedsiębiorstwa (Dz. Urz. L 372 z dnia 31 grudnia 1985 r., s. 31 z późn. zm.), wyłączającego jej zastosowanie do "umów ubezpieczeniowych". Wątpliwość Sądu odnosiła się do kwalifikacji umowy ubezpieczenia na życie z minimalnym kapitałem ubezpieczenia w wysokości 3000 EUR w przypadku śmierci, w której jako beneficjentów ubezpieczający oznaczył samego siebie i swoje dzieci, i dodatkowo uzgodniono świadczenia odpowiadające produktowi inwestycji finansowej, wykraczające poza charakterystyczne cechy umowy ubezpieczenia na życie i przekształcające ją w umowę mieszaną. Trybunał zwrócił uwagę, że sporna umowa przewiduje "w szczególności" ubezpieczenie na życie w ścisłym tego słowa znaczeniu, i w związku z tym uznał, że kwalifikacja tej umowy jako "umowy ubezpieczenia" w rozumieniu dyrektywy 85/577 "nie jest (...) w sposób oczywisty błędna". Zarazem stwierdził, że postanowienia umowne przewidujące ubezpieczenie na życie w zamian za miesięczną płatność składek inwestowanych w inwestycje o oprocentowaniu stałym i o oprocentowaniu zmiennym, a także w produkty finansowe, których ryzyko finansowe jest ponoszone przez ubezpieczającego, "nie są niezwykcyjne" (pkt 28). Przeciwnie, umowy określane jako "unit linked", "wyrażone w jednostkach przeliczeniowych" lub "związane z funduszami inwestycyjnymi", takie jak sporna umowa, są powszechne w prawie ubezpieczeń (pkt 29). Trybunał zauważył ponadto, że prawodawca unijny uznał, iż ten typ umowy należy do grupy ubezpieczeń na życie, tak jak to wyraźnie wynika z pkt III załącznika I do dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie (Dz. Urz. WE L 345 z dnia 19 grudnia 2002 r., s. 1 z późn. zm.) w związku z art. 2 pkt 1 lit. a) tej dyrektywy, wskazującym, że ma ona zastosowanie m.in. do ubezpieczeń na życie (w pkt III załącznika I wymieniono jako "grupę" ubezpieczeń bezpośrednich objętych dyrektywą "ubezpieczenia określone w art. 2 ust. 1 lit. a) i b), powiązane z funduszami inwestycyjnymi"). Przypomnił również, że jeszcze przed wejściem w życie dyrektywy 85/577 ubezpieczenia związane z funduszami inwestycyjnymi były uważane, zgodnie z art. 1 pkt 1 lit. a dyrektywy Rady 79/267/EWG z dnia 5 marca 1979 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych dotyczących podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie bezpośrednich ubezpieczeń na życie (Dz. U. L 63 z dnia 13 marca 1979 r., s. 1), w związku z pkt III załącznika do niej, za należące do grupy ubezpieczeń na życie. W ocenie Trybunału, przyjmując dyrektywę 85/577 prawodawca unijny nie ograniczył pojęcia umowy ubezpieczenia w ten sposób, aby nie obejmowała ona ubezpieczeń związanych z funduszami inwestycyjnymi (pkt 30).

Fenomen umów UUFK został uwzględniony także w obowiązującym od dnia 6 stycznia 2010 r. art. 185 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wyplacalność II) (Dz. Urz. UE L 335 z dnia 17 grudnia 2009 r., s. 1 z późn. zm.), gdzie wśród obligatoryjnych informacji, które mają być przekazane ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie, wyszczególniono m.in. "w przypadku ubezpieczeń wyrażonych w jednostkach funduszy inwestycyjnych", definicję jednostek, z którymi świadczenia są związane" (ust. 3 lit. h) oraz wskazanie rodzaju podstawowych aktywów dla "ubezpieczeń związanych z funduszem inwestycyjnym" (ust. 3 lit. i) (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 10 sierpnia 2018 r., III CZP 20/18). Jak wskazał Sąd Najwyższy w cytowanej uchwale, w wielu przypadkach umowa ubezpieczenia z UFK jedynie w ograniczonym - niekiedy wręcz symbolicznym - zakresie realizuje podstawowy cel umowy ubezpieczenia, jakim jest przejście przez ubezpieczyciela ciężącego na ubezpieczonym (ewentualnie uposażonym) ryzyka związanego z zajściem określonego wypadku w życiu ubezpieczonego. Jest to szczególnie wyraziste w sytuacji, w której suma ubezpieczenia wypłacanego na wypadek śmierci lub dożycia

określonego wieku odpowiada w zasadzie wartości zgromadzonych jednostek funduszu. Zdecydowanie dominujący jest wówczas cel inwestycyjny, który wiąże się z inwestowaniem płaconych przez ubezpieczającego składek, na ryzyko ubezpieczonego, i możliwością wypowiedzenia przezeń umowy i wycofania wartości jednostek funduszu zgromadzonych na rachunku (wartości wykupu). Przy czym nie chodzi tu - jak w przypadku tradycyjnego wykupu ubezpieczenia osobowego - o zwrot części składki nadpłaconej w początkowym okresie w związku z nierównomiernym rozłożeniem ryzyka ochrony ubezpieczeniowej (wzrastającym z biegiem czasu), 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, będący obligatoryjnym elementem umowy ubezpieczenia z UFK (por. art. 13 ust. 4 pkt 2 u.d.u.). Świadczenie ubezpieczeniowe ma charakter drugorzędny i w aspekcie przedmiotowym tylko w ograniczonym stopniu różni się od wypłaty wartości wykupu.

Względy te skłaniają do wniosku, że umowa ubezpieczenia z UFK, zawierająca w mniejszym czy większym stopniu element ubezpieczeniowy, ma charakter mieszany w tym sensie, iż przy wykorzystaniu konstrukcji umowy ubezpieczenia może realizować - także w dominującym stopniu - cel inwestycyjny. Zgodnie z wolą ustawodawcy nawet ów dominujący cel inwestycyjny nie prowadzi do absorpcji umów ubezpieczenia z UFK do reżimu prawnego umów inwestycyjnych. Przeciwnie, z omawianych przepisów wyłania się wola traktowania takich umów, jako umów ubezpieczenia osobowego, co jednak nie powinno być odczytywane jako decyzja co do ich pełnej absorpcji w kodeksowe ramy takich ubezpieczeń. Wprawdzie do umów takich należy w zasadzie stosować przepisy kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia (ubezpieczenia osobowego, ubezpieczenia na życie), jednakże - ze względu na ich cel inwestycyjny (zwłaszcza dominujący) - z wyłączeniem albo ograniczeniem zastosowania tych unormowań, które nie przystają do tego inwestycyjnego charakteru. Wśród tych przepisów w doktrynie wskazuje się np. art. 813 k.c., zwracając uwagę, że może on mieć zastosowanie jedynie do tej części płaconej składki, która stanowi ekwiwalent ochrony udzielanej przez ubezpieczyciela i nie jest przeznaczana do zainwestowania. Z kolei do wypłaty wartości wykupu nie mogą znaleźć zastosowania przepisy, które zakładają zaistnienie wypadku ubezpieczeniowego (np. art. 817 k.c.).

Mając na uwadze powyższe rozważania stwierdzić należy, że to okoliczności konkretnej sprawy decydują o tym, któremu z elementów umowy - ubezpieczeniowemu czy też inwestycyjnemu strony nadały podstawowe znaczenie. Jak wynika z niekwestionowanych w tym zakresie ustaleń Sądu Rejonowego, powódka zapoznała się z ofertą strony pozwanej, chcąc zainwestować oszczędności. Powódka podjęła decyzję o zainwestowaniu swych środków w przedmiotowe produkty, miała też świadomość, że są to produkty długoterminowe i zamierzała je kontynuować do samego końca. Założenia te znalazły odzwierciedlenie w postanowieniach Warunków ubezpieczenia, gdzie wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu określono na 1 % zainwestowanej składki plus liczba jednostek uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia przy uwzględnieniu wartości jednostek uczestnictwa funduszu w dacie zgonu (rozdział 10 ust. 3). Wysokość świadczenia z tytułu dożycia zbiegająca się z końcowym okresem, na jaki zawarto umowę, odzwierciedlała natomiast ostateczny wynik finansowy inwestycji z zastrzeżeniem gwarancji wypłaty 100 % zainwestowanych środków. W tych okolicznościach nie zasługiwały na uwzględnienie zarzuty powódki, które skupiały się na elementach stricte ubezpieczeniowych umowy.

Wbrew ustaleniom Sądu I instancji, złożenie przez powódkę oświadczenia na deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie skutkowało powstaniem stosunku prawnego pomiędzy powódką a stroną pozwaną w ramach, ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 808 k.c.).

Koncepcja ta jest utrwalona w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.09.2013 r., sygn. akt IV CSK 91/13). Z uwagi na mieszany charakter zwartej umowy, przy uwzględnieniu przeważającego w niej elementu inwestycyjnego, wysokość należnych powodowi świadczeń nie mogła być ściśle określona. W umowach ubezpieczenia z UFK suma wypłacana po ustaniu stosunku ubezpieczenia nie stanowi sumy ubezpieczenia lecz pewną, nieokreśloną wartość przyszłą uzyskaną wskutek inwestycji w fundusze. Przepis art. 829 § 2 k.c. w zakresie wymogu określenia sumy ubezpieczenia może mieć zastosowanie jedynie odpowiednio. Innymi słowy, złożenie przez konsumenta oświadczenia woli, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej na

warunkach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia rodzi po stronie ubezpieczyciela i ubezpieczonego obowiązki i prawa określone w umowie zawartej przez ubezpieczyciela z ubezpieczającym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2015 r., V CSK 234/15).

Jak wynika z treści deklaracji przystąpienia przez powódki do grupowego ubezpieczenia (...), wyraziła ona zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową przez stronę pozwaną zgodnie z Warunkami ubezpieczenia (...). Te zaś, określały, sposób ustalenia wysokości należnego powódce świadczenia na wypadek dożycia czy zgonu.

Niezasadne są tezy, zgodnie z którymi strona pozwana miałaby prawo do jednostronnego, arbitralnego ustalania przez stronę pozwaną wysokości należnych mu świadczeń czy wręcz ich nieokreślenie w umowie. Wskazać należy na postanowienia Warunków ubezpieczenia oraz Regulaminu UFK które w sposób szczegółowy określały zasady ustalania wysokości należnych powodowi świadczeń – świadczenia z tytułu dożycia, świadczenia na wypadek zgonu oraz tzw. świadczenia wykupu na wypadek rezygnacji z kontynuowania umowy. Nadto Warunki ubezpieczenia określały sposób ustalania wartości jednostki uczestnictwa funduszu, w tym sposób określenia wartości netto aktywów UFK. Powódka nie udowodniła, iż strona pozwana wpływała na wycenę jednostek uczestnictwa UFK, wycenę obligacji czy też ostateczną wartość rachunku będącego podstawą ustalenia wartości należnych powódce świadczeń. Sam zaś brak wiedzy specjalistycznej, pozwalającej na samodzielne oszacowanie wartości rynkowej aktywów netto UFK nie przesądza o nieważności umowy i w żaden sposób nie podważa natury zawiązanego pomiędzy stronami stosunku zobowiązaniowego. Przyjęcie odmiennej koncepcji oznaczałoby, iż tylko osoby posiadające wysoce specjalistyczną wiedzę w zakresie rynków finansowych mogłyby skutecznie zawierać umowy inwestycyjne.

Wbrew zarzutom powódki Regulamin UFK w § 4 szczegółowo przedstawia przyjętą przez stronę pozwaną strategię inwestycyjną. W pierwszej kolejności zakłada ona, że aktywa netto UFK są wyceniane według wartości rynkowej. Odmienne twierdzenia powódki nie znalazły potwierdzenia w zebranych materiale dowodowym.

Środki (...) lokowane są do 100% w certyfikaty wyemitowane przez Bank (...), z których wypłata oparta była na indeksie(...) (kod bloomberg: (...) Index). Certyfikaty emitowane przez (...) wyceniane były w złotych polskich. Wspominany indeks został opracowany i powiązany z notowaniami akcji krajów rozwijających się i obligacjami amerykańskimi, przy czym przyjęta strategia dawała możliwość alokacji aktywów w zależności od sytuacji na rynkach. W czasie trendu wzrostowego na giełdzie, zwiększa ekspozycję na ten rynek i może generować atrakcyjne stopy zwrotu. W momencie zmiany trendu na rynku, indeks przerzuca kapitał do obligacji amerykańskich.

Powódka przystępując do umowy znała powyższą strategię i godziła się na nią, wiążąc z nią tym samym ryzyko inwestycyjne. Założenia, co do możliwości ingerowania i arbitralnego ustalenia wartości Certyfikatów czy też wartości netto aktywów UFK nie zostały poparte żadnym materiałem dowodowym a ocena zarzutu niemożliwości weryfikacji wyceny aktywów UFK wymagała wiadomości specjalnych.

Metodologia wyliczenia Indeksu nie musi być opisana w umowie. Brak ten w żaden sposób nie wpływa na ważność umowy, nie narusza natury stosunku prawnego ani zasad doświadczenia życiowego ze wskazanych już powyżej względów. Może on co najwyżej mieć znaczenie dla oceny sposobu wykonywania umowy przez stronę pozwaną, także przez pryzmat podnoszonych przez powoda zasad lojalności wobec kontrahenta, co nie było jednak objęte przedmiotem sporu.

Nie można zgodzić się także z tezą, iż Warunki ubezpieczenia w powiązaniu z postanowieniami regulaminu UFK nie zawierają postanowień określających essentialia negoti umowy.

Przywoływany przepis art. 13 mającej zastosowanie w sprawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1206, 1273 i 1348) stanowi, że uinformacje o jednostce

mowa ubezpieczenia na życie, powinna określać definicję świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, wysokość składki odpowiadającej poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym, zasady ustalania świadczeń, sposób kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziału w zyskach, sposób określenia stopy technicznej,

wskazanie wartości wykupu, wskazanie wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku zamiany umowy na ubezpieczenie bezskładkowe, określenie kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez ubezpieczyciela przy wypłacie świadczeń, metody kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, w tym na premie i rabaty (czynniki mające wpływ na wysokość świadczenia - w wypadku zmiany rezerw) oraz informację, czy świadczenie ubezpieczyciela będzie podlegało opodatkowaniu ze wskazaniem zasad opodatkowania. Analizując charakter powyższych postanowień ustawowych nie można stwierdzić, aby wszystkie one stanowiły essentialia negotii umowy ubezpieczenia. Niewątpliwie będą nimi określenie stron umowy, po stronie powódki obowiązek uiszczenia składki, określenie przedmiotu ubezpieczenia a także po stronie pozwanej obowiązek spełnienia świadczeń na wypadek zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych czy świadczenia wykupu a w zakresie części inwestycyjnej – podjęcie czynności związanych z zarządzaniem wpłacanymi składkami w sposób określony w umowie. Pozostałe elementy wskazane w art. 13 powołanej ustawy należy uznać za ustawowy nakaz informacyjny. Niezastosowanie się od niego może być rozpatrywane z punktu widzenia transparentności wzorca umowy (art. 385 k.c.) czy jako jedna z przesłanek abuzywności postanowienia (art. 385<sup>1</sup> k.c.). Nie wpływają natomiast na ważność umowy ubezpieczenia z UFK.

Ostatecznie należy stwierdzić, że konstrukcja umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym została zawarta w zgodzie z art. 805 k.c., jak i art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej oraz brak podstaw do stwierdzenia jej nieważności na podstawie art. 58 § 1 k.c.

Odnosząc się do tezy, że zawarta umowa narusza zasady współzycia społecznego albowiem wprowadza rażącą dysproporcję praw i obowiązków ubezpieczonego i ubezpieczyciela, narusza zasadę równowagi kontraktowej, równości faktycznej stron, słuszności kontraktowej oraz proporcjonalności świadczeń, zasady wzajemnej lojalności stron kontraktu, zaufania do partnera, dbania o interesy (art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 § 2 k.c.), wskazać należy, że nie została ona potwierdzona. Brak było bowiem podstaw do ustaleń co do swobody strony pozwanej w wycenie aktywów UFK. W żadnym razie nie można zgodzić się nadto z zarzutem swobody w zmianie strategii inwestycyjnej czy też swobody likwidacji funduszu. Jak wynika z treści przytoczonych już zapisów Regulaminu UFK środki UFK były lokowane do 100 % certyfikatami (...), w rzeczywistości - w owych 100 %. Trudno więc mówić o naruszeniu przywołanych wyżej zasadach. Postanowienia Regulaminu UFK nie przewidywały nadto możliwości swobodnej likwidacji funduszu. W ogóle tej kwestii nie dotyczyły. Uregulowano w nich natomiast sytuację, jaka by powstała, gdyby taki indeks został zlikwidowany, co wyraża raczej dążenie do całościowego i precyzyjnego określenia obowiązków strony pozwanej. Ich wykonanie, jak już wspomniano, pozostaje poza oceną niniejszej sprawy. Powódka nie precyzowała bliżej na czym miałyby polegać rażąca dysproporcja świadczeń stron, skoro w umowie tego typu, do której przystąpiła powódka tj. ze zdecydowaną dominacją elementu inwestycyjnego - nie może być mowy o ekwiwalentnych świadczeniach. Jej celem nie jest wymiana dóbr lecz uregulowanie praw stron i obowiązków w zakresie lokowania w celach inwestycyjnych środków wpłacanych przez powódki w formie składki ubezpieczeniowej. Jak już wspomniano, obciążenie powódki ryzykiem nieosiągnięcia zamierzonego wyniku finansowego w tego typu umowach nie może być uznane za sprzeczne z zasadami współzycia społecznego.

Mając powyższe na uwadze zasadnie podniesione w apelacji zarzuty co do braku nieważności umowy z obu opisanych wyżej przyczyn prowadziły do zmiany zaskarżonego wyroku choć nie w stopniu postulowanym przez apelującego.

Jak wyżej wspomniano, Sąd Okręgowy podziela i przyjmuje za własne rozważania Sądu I instancji co do abuzywności postanowień, na podstawie których pozwany zatrzymał kwotę 7 445,05 zł (świadczenie wykupu, opłata likwidacyjna).

Sąd Rejonowy prawidłowo ocenił, że powódka zawarła sporną umowę jako konsument, a analizowane świadczenie jako uboczne podlegało kontroli pod kątem przepisów o klauzulach abuzywnych. Jak trafnie wskazał Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 29 czerwca 2007 roku, sygn. akt III CZP 62/07, brzmienie art. 385<sup>1</sup> k.c. nie pozwala na szeroką interpretację formuły postanowień określających główne świadczenia stron i z tego powodu postuluje się, aby sformułowanie to rozumieć wąsko i wszelkie wątpliwości rozstrzygać na rzecz objęcia klauzuli kontrolą merytoryczną. Za główne powinny być zatem uznawane tylko te świadczenia, bez których stosunek zobowiązaniowy danego typu w ogóle by nie powstał, które determinują jego charakter i cel. Obowiązek uiszczenia wartości wykupu w razie

rozwiązania umowy przez konsumenta przed określonym minimalnym okresem jej trwania niewątpliwie nie spełnia ww. wymogów. Ponieważ w uzasadnieniu Sąd Rejonowy precyzyjnie wyłożył przesłanki uznania tych postanowień za niedozwolone Sąd Okręgowy przyjmując je za własne nie widzi potrzeby ich ponownego powielania.

Z uwagi na powyższe na podstawie art. 386§1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok i obniżył zasądzoną kwotę do 7 445,05 zł, która w ocenie jest zasadna na podstawie art. 385(1) k.c. w związku z art. 405 k.c. i art. 410 § 2 k.c. w pozostałym zakresie żądanie powódki oddalił.

Ponieważ dalej idąca apelacja nie była zasadna, na podstawie art. 385 k.p.c. – została oddalona.

Orzeczenie o kosztach postępowania przed Sądem I Instancji oraz apelacyjnego wydano na podstawie art. 100 k.p.c. – poprzez stosunkowe ich rozliczenie w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 w zw. z § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. 2015, poz. 1801).