

Sygn. akt **XXVII Ca 50/20**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 listopada 2020 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXVII Wydział Cywilny Odwoławczy w składzie:

Przewodniczący:	<b>Sędzia Jan Bołonkowski (spr.)</b>
Sędziowie:	Ada Sędrowska del. Renata Drozd-Sweklej
Protokolant:	sekr. sądowy Magdalena Kacprzyk

po rozpoznaniu w dniu 20 listopada 2020r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa **R. N.**

przeciwko **Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą we W.**

### **o zapłatę**

na skutek apelacji powoda

od wyroku Sądu Rejonowego w Pruszkowie

z dnia 26 września 2019 r., sygn. akt I C 479/18

1. oddala apelację;
2. zasądza od R. N. na rzecz Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą we W. kwotę 450 (czterysta pięćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej.

Sygn. akt XXVII Ca 50/20

## UZASADNIENIE

Powód R. N. żądał zasądzenia na jego rzecz od Towarzystwa (...) (...) (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą we W. kwoty 5.929,04 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 19 grudnia 2017 r. do dnia zapłaty oraz kosztów procesu.

Sąd Rejonowy w Pruszkowie wyrokiem z dnia 26 września 2019 r. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.841,84 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 19 grudnia 2017 r. do dnia zapłaty, oddalił powództwo w pozostałym zakresie, zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 148,50 zł tytułem zwrotu połowy opłaty od pozwu, a pozostałe koszty procesu zniósł między stronami.

Sąd oparł powyższe rozstrzygnięcie na następujących ustaleniach faktycznych.

W dniu 20 maja 2010 r. R. N. korzystając z usług (...) Bank S.A. przystąpił jako ubezpieczony do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) zawartej pomiędzy ubezpieczającym (...) Bank S.A. a ubezpieczycielem Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą we W. na okres odpowiedzialności od dnia 11 czerwca 2010 r. do dnia 11 czerwca 2025 r., przy czym wysokość składki zainwestowanej określona została na kwotę 22.500 zł, wysokość pierwszej składki na kwotę 4.500 zł, wysokość składki bieżącej na 124 zł, wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu na 1 % składki zainwestowanej + 100 % wartości rachunku w dacie umorzenia + wartość składki pierwszej lub składek bieżących zapłaconych, a niealokowanych na dzień wpłynięcia do ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie ubezpieczonego, zaś wysokość świadczenia z tytułu dożycia do końca okresu odpowiedzialności – na 100 % wartości rachunku w dacie umorzenia.

Zgodnie z postanowieniami zawartymi w Warunkach Ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej zrezygnuje z ubezpieczenia, ubezpieczyciel w terminie 35 dni wypłaca mu środki z tytułu całkowitego wykupu, tj. kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych. Wysokość opłaty likwidacyjnej została określona w Tabeli opłat i limitów stanowiącej załącznik do umowy. W szóstym roku odpowiedzialności wysokość opłaty likwidacyjnej wynosiła 30 % wartości rachunku.

R. N. wpłacił ubezpieczycielowi kwotę 4.500 zł tytułem pierwszej składki oraz w okresie od czerwca 2010 r. do października 2015 r. łącznie kwotę 8.060 zł tytułem składek bieżących.

W wyniku rezygnacji powoda z ubezpieczenia w październiku 2015 roku pozwane Towarzystwo Ubezpieczeń wypłaciło mu kwotę 6.630,96 zł stanowiącą różnicę pomiędzy wartością rachunku na dzień 30 listopada 2015 r. (9.472,80 zł) a opłatą likwidacyjną w wysokości 2.841,84 zł stanowiącą 30 % wartości rachunku.

Pismem z dnia 1 grudnia 2017 r., doręczonym w dniu 11 grudnia 2017 r., R. N. wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 5.929,04 zł w terminie 7 dni. Pozwany odmówił zapłaty.

Powód wyjaśnił, że kwota dochodzona pozwem w niniejszej sprawie odpowiada różnicy pomiędzy sumą składek wpłaconych przez niego a kwotą otrzymaną od pozwanego wskutek rezygnacji z ubezpieczenia. W ocenie powoda, brak było podstawy prawnej do zapłaty składek ubezpieczeniowych, ponieważ postanowienia Warunków Ubezpieczenia były sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami art. 808 § 2 i art. 830 § 2 k.c., a co za tym idzie stosunek ubezpieczenia był nieważny w świetle art. 807 § 1 k.c. Powód powołał się także na sprzeczność treści i celu stosunku prawnego między stronami z naturą umowy ubezpieczenia, a nawet naturą stosunku zobowiązaniowego jako takiego. Jego zdaniem, świadczenia pozwanego zostały uregulowane w sposób, który umożliwiał dowolne i jednostronne ich kształtowanie przez samego pozwanego, bez możliwości ich weryfikacji i kontroli przez powoda. Skoro powód wpłacał składki na rzecz pozwanego bez podstawy prawnej, to pozwany powinien je zwrócić powodowi zgodnie z art. 405 w zw. z art. 410 k.c.

Dokonując oceny prawnej ustalonego stanu faktycznego Sąd Rejonowy uznał, iż deklaracja powoda przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest dotknięta nieważnością, jednakże powództwo częściowo zasługuje na uwzględnienie, gdyż zawarte w Warunkach Ubezpieczenia i Tabeli opłat i limitów postanowienia regulujące pobranie opłaty likwidacyjnej przy rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia były niedozwolonymi postanowieniami umownymi w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i nie wiązały powoda, wobec czego pobrana na ich podstawie opłata likwidacyjna była świadczeniem nienależnym.

Na podstawie art. 410 § 1 i § 2 w zw. z art. 405 oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Sąd Rejonowy zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.841,84 zł, oddalając powództwo

w pozostałym zakresie jako niezasadne. O odsetkach ustawowych za opóźnienie od zasądzonej kwoty Sąd orzekł na mocy art. 481 § 1 i 2 oraz art. 455 k.c., zaś o kosztach procesu – na podstawie art. 102 w zw. z art. 100 k.p.c.

Powód zaskarżył wyrok Sądu Rejonowego w części oddalającej powództwo i znoszącej między stronami pozostałe koszty procesu. W apelacji zarzucił naruszenie:

- 1) art. 353<sup>1</sup> k.c. poprzez uznanie umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy pozwanym a (...) Bank S.A. oraz stosunku ubezpieczenia, w ramach którego pozwany udzielał ochrony ubezpieczeniowej na rzecz powoda, za ważne, podczas gdy stosunek ten ułożony został przez strony tej umowy w taki sposób, że jego treść oraz cel sprzeciwiają się właściwości (naturze) stosunku ubezpieczenia, ustawie oraz zasadom współżycia społecznego;
- 2) art. 805 § 1 w zw. z art. 808 § 2 k.c. poprzez uznanie, że normy zawarte w tych przepisach nie stanowią przeszkody do przeniesienia ciężaru finansowego opłacania składek na ubezpieczonego niebędącego stroną umowy, podczas gdy już z wykładni literalnej tych przepisów wynika, że jedynym podmiotem zobowiązanym do zapłaty składki w umowie ubezpieczenia jest ubezpieczający;
- 3) art. 807 § 1 k.c. poprzez uznanie, że postanowienia wzorca umowy regulującego treść umowy ubezpieczenia są ważne i wiążące dla powoda, podczas gdy ze względu na nałożenie bezpośrednio na ubezpieczonego obowiązku zapłaty składki są one oczywiście sprzeczne z przepisami tytułu XXVII Kodeksu cywilnego, a tym samym nieważne;
- 4) art. 405 w zw. z art. 410 k.c. poprzez uznanie, że kwoty przekazywane pozwanemu przez powoda nie stanowią świadczenia nienależnego, a co za tym idzie – że nie powinny zostać przez pozwanego zwrócone;
- 5) art. 829 § 2 k.c. poprzez uznanie, że dla ważności umowy ubezpieczenia nie jest konieczne wskazanie w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia sumy ubezpieczenia;
- 6) zasądzenie przez sąd koszty procesu, w tym także koszty zastępstwa procesowego.

Apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku:

- w pkt 2 poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 3.087,20 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 19 grudnia do dnia zapłaty,
- w pkt 4 poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego.

Powód żądał także zasądzenia na jego rzecz kosztów postępowania apelacyjnego.

Odpowiadając na apelację, pozwany wniósł o jej oddalenie i obciążenie powoda kosztami postępowania apelacyjnego.

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

Apelacja nie zasługuje na uwzględnienie.

Sąd odwoławczy podziela ustalenia faktyczne Sądu Rejonowego i przyjmuje je za własne. Akceptuje również wnioski wywiedzione z tych ustaleń i ocenę prawną przedstawioną przez Sąd pierwszej instancji w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

Podniesione w apelacji zarzuty są niezasadne. Wbrew stanowisku skarżącego, brak jest podstaw do uznania, że umowa była nieważna z uwagi na jej sprzeczność z naturą stosunku prawnego, niemożność ustalenia wysokości świadczeń, do których wypłaty był zobligowany ubezpieczyciel, czy też z tego powodu, iż ustalenie wartości świadczenia uzależnione było od arbitralnej i nieweryfikowalnej decyzji ubezpieczyciela.

Powód przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie

z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Celem takiej umowy jest z jednej strony uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej, z drugiej natomiast gromadzenie i inwestowanie kapitału przez ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy. Każdorazowo to okoliczności konkretnej sprawy decydują o tym, któremu z elementów umowy – ubezpieczeniowemu, czy też inwestycyjnemu strony nadały podstawowe znaczenie. Jest możliwa i prawnie dopuszczalna taka umowa, w której cele inwestycyjne mają charakter dominujący. Jak wynika z treści Warunków Ubezpieczenia w łączącym strony stosunku prawnym, zdecydowanie przeważał element inwestycyjny, skoro wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu określono na 1 % zainwestowanej składki plus 100% wartości rachunku w dacie umorzenia plus wartość składki pierwszej lub składek bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie ubezpieczonego. Wysokość świadczenia z tytułu dożycia zbiegająca się z końcowym okresem, na jaki zawarto umowę, odzwierciedlała natomiast ostateczny wynik finansowy inwestycji z zastrzeżeniem wypłaty 100 % wartości rachunku.

Przystąpienie powoda do ubezpieczenia grupowego na warunkach w nim określonych skutkowało powstaniem stosunku prawnego pomiędzy powodem a pozwanym w ramach ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 808 k.c.). Koncepcja ta jest utrwalona w orzecznictwie. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17 grudnia 2015 r., V CSK 234/15, stwierdził, iż 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.

Wbrew stanowisku skarżącego, treść i cel powstałego w ten sposób stosunku prawnego nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku ubezpieczenia, ustawie ani zasadom współżycia społecznego (art. 353<sup>1</sup> k.c.).

Umowa nie była sprzeczna z art. 805 § 1 i art. 807 § 1 k.c. Była to umowa nienazwana o charakterze mieszanym, zawierająca zarówno elementy umowy ubezpieczenia na życie w rozumieniu art. 805 i nast. k.c., jak i elementy wynikające z art. 13 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej w brzmieniu znajdującym zastosowanie w niniejszej sprawie, jak również istotny element inwestycyjny. Opłacane przez powoda składki pełniły bowiem nie tylko funkcję typowej składki w rozumieniu wyżej wymienionych przepisów, ale miały również charakter inwestycji.

Wbrew skarżącemu, fakt obciążenia powoda obowiązkiem zapłaty składki, a więc przerzucenie na niego podstawowego obowiązku ubezpieczającego, nie stanowi o nieważności umowy. Zarówno w dacie przystąpienia powoda do umowy ubezpieczenia grupowego było dopuszczalne, jak i zostało usankcjonowane przez obecnie obowiązujący art. 18 ust. 1 zd. 2 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – umówienie się ubezpieczającego z ubezpieczonym, że ten ostatni będzie rekompensował ubezpieczającemu ekonomiczne koszty składki. Mechanizm taki został też akceptowany w doktrynie oraz w orzecznictwie (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2013 r., IV CSK 91/13, i z dnia 12 marca 2015 r., I CSK 165/14, uzasadnienie wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2018 r., II CSK 222/17). W powołanym wyżej wyroku z dnia 12 września 2013 r. Sąd Najwyższy stwierdził wprost, że w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek przepisy art. 808 § 2 i art. 805 § 1 k.c. nie stanowią przeszkody do przeniesienia ciężaru finansowego opłacania składek na ubezpieczonego niebędącego stroną umowy. Poniesienie przez ubezpieczonego ekonomicznego ciężaru zapłaty składki ubezpieczeniowej nie oznacza przy tym, że uzyskuje on przez to status ubezpieczającego, tj. status strony umowy ubezpieczenia.

Odnosząc się do zarzutu braku ryzyka ubezpieczeniowego po stronie pozwanego warto przytoczyć stanowisko zaprezentowane przez Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 10 sierpnia 2018 r., III CZP 20/18, zgodnie z którym w wielu przypadkach umowa ubezpieczenia

z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jedynie w ograniczonym - niekiedy wręcz symbolicznym - zakresie realizuje podstawowy cel umowy ubezpieczenia, jakim jest przejęcie przez ubezpieczyciela ciężarowego 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 ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (por. art. 13 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej). 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 ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, 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 jednak do absorpcji umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym 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.

W odniesieniu do zarzutów związanych z wyceną aktywów funduszu należy mieć

na uwadze, iż ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, obowiązująca

w dacie zawarcia umowy, zobowiązywała ubezpieczyciela jedynie do podania zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, natomiast czym innym jest określenie szczegółowej metodologii wyliczenia. Art. 13 ust. 4 pkt 2 i 4 tej ustawy stanowił, że umowa ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym powinna określać zasady ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia,

w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia, a ponadto zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Niewątpliwie zasady ustalania wartości świadczeń zostały uregulowane w Warunkach Ubezpieczenia, z których wynika, jakie świadczenia, w jakiej wysokości i na czym rzecz pozwany byłby zobowiązany spełnić w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Co istotne, świadczenia z tytułu zgonu lub dożycia zostały określone na tyle precyzyjnie, że w razie zaistnienia któregoś z tych zdarzeń w pełni możliwe byłoby ustalenie wartości tych świadczeń. Bez względu na to, czy powyższe zasady obliczania wartości świadczeń powód ocenia jako korzystne, czy niekorzystne, sposób uregulowania tych zasad należy uznać za spełniający wymagania wynikające z treści przepisów prawa obowiązujących w dacie zawarcia umowy i wystarczający dla skutecznego nawiązania stosunku ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Art. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie nakładał na ubezpieczyciela obowiązku wskazywania szczegółowej metodologii wyceny instrumentów finansowych stanowiących aktywa. Czym innym jest określenie zasad wyceny, a czym innym podanie metodologii tej wyceny, co zresztą wyraźnie odzwierciedla aktualnie obowiązująca ustawa z 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracji w art. 23.

Niezasadne okazały się zarzuty powoda w przedmiocie jednostronnego, arbitralnego ustalania przez stronę pozwaną wysokości należnych mu świadczeń. Przepisy prawa, postanowienia umowy, Warunków Ubezpieczenia i Regulaminu

Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego nie pozwalały ubezpieczycielowi na dowolność w sposobie wyceny aktywów, bowiem zawierały szczegółowe zasady jej dokonywania. Nie było możliwe dokonywanie tej wyceny przez ubezpieczyciela w sposób arbitralny i oderwany od wskazanych regulacji. Powód nie udowodnił, iż strona pozwana wpływała na wycenę jednostek uczestnictwa, wycenę obligacji, czy też ostateczną wartość rachunku będącego podstawą ustalenia wartości należnych powodowi świadczeń. Sam zaś brak wiedzy specjalistycznej powoda pozwalającej na samodzielne oszacowanie wartości rynkowej aktywów nie przesądza o nieważności umowy i w żaden sposób nie podważa natury zawiązanego pomiędzy stronami stosunku zobowiązaniowego. Inwestowanie środków pieniężnych celem ich pomnażania w różne przedsięwzięcia finansowe niejednokrotnie wiąże się z potrzebą posiadania wyższej od przeciętnej wiedzy ekonomicznej i znajomości odpowiednich instrumentów. Z tych przyczyn na rynku powstało zapotrzebowanie na instytucje oferujące obsługę w zakresie pomnażania kapitału należącego do osób nieposiadających takich umiejętności. Przyjęcie, że dopuszczalne byłyby tylko takie sposoby inwestowania przez osoby fizyczne kapitału, w których mechanizmy zarządzania środkami są zrozumiałe dla przeciętnego odbiorcy, prowadziłyby do ograniczenia im dostępnych możliwości jego pomnażania.

Skoro umowa, do której powód przystąpił, miała charakter mieszany, to trudno uznać za prawnie uzasadnioną jego argumentację, że jeżeli w umowie nie wskazano z góry wartości sumy ubezpieczenia, to na podstawie art. 829 § 2 k.c. oświadczenie powoda o przystąpieniu było nieważne. Zastosowanie art. 829 § 2 k.c. wprost nie byłoby możliwe w konstrukcji polisolokaty. Cel takiej umowy zakłada istnienie długotrwałego, stabilnego stosunku prawnego łączącego strony w celu nie tylko wypłaty świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ale i zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewniać miało także ubezpieczycielowi określone korzyści. Na ustalenie wysokości sumy ubezpieczenia ma wpływ m.in. okres trwania umowy, wysokość wpłacanych składek, wartość rachunku udziałów w danym dniu, w związku z czym wskazanie podstaw do ustalenia wysokości świadczeń ubezpieczyciela to jedyny możliwy sposób określenia wysokości sumy ubezpieczenia, jako że konkretna kwota nie mogła być znana w dacie zawierania umowy, czy też na datę przystąpienia konsumenta do ubezpieczenia. Umowa wskazywała sposób wyliczenia świadczeń ubezpieczyciela tak, aby w chwili nadejścia terminu spełnienia świadczenia można było ustalić, jakiego rodzaju świadczenie i w jakiej wysokości ubezpieczyciel ma wypłacić ubezpieczonemu. Przystępując do umowy ubezpieczenia powód, zgodnie z treścią deklaracji, otrzymał Warunki Ubezpieczenia, Regulamin oraz Tabelę opłat i limitów, a więc dysponował pełną wiedzą co do treści stosunku ubezpieczenia. Brak jest zatem podstaw do przyjęcia, że treść oświadczenia powoda była sprzeczna z art. 829 § 2 k.c., a tym samym, by pociągała za sobą nieważność jego oświadczenia woli.

Składki uiszczone przez powoda nie były nienależne, wobec czego nie ma racji skarżący zarzucając, jakoby Sąd Rejonowy naruszył art. 405 w zw. 410 k.c. oddalając powództwo w pozostałym zakresie.

Zaskarżając „zasądzone przez sąd koszty procesu” profesjonalny pełnomocnik powoda w ogóle nie wyjaśnił, dlaczego rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów jest nieprawidłowe w ocenie skarżącego. Brak poprawnie sformułowanego zarzutu uniemożliwia Sądowi odwoławczemu odniesienie się do tej kwestii.

Z powyższych względów Sąd Okręgowy oddalił apelację na podstawie art. 385 k.p.c.

Na podstawie art. 98 i art. 108 § 1 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. powoda jako stronę przegrywającą obciążono obowiązkiem zwrotu przeciwnikowi kosztów postępowania apelacyjnego w postaci wynagrodzenia pełnomocnika pozwanego w wysokości ustalonej zgodnie z § 2 pkt 3 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2018 r. poz. 265).