

**Sygn. akt III C 1453/13**

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 listopada 2014r.

Sąd Okręgowy w Warszawie, Wydział III Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSO Joanna Bitner

Protokolant: pracownik biurowy Magdalena Sujkowska

po rozpoznaniu w dniu 15 października 2014r. w Warszawie, na rozprawie

sprawy z powództwa A. K.

przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W., Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą we W. solidarnie

o zapłatę

I. zasądza od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz A. K. kwotę 571 964,10 zł (pięćset siedemdziesiąt jeden tysięcy dziewięćset sześćdziesiąt cztery złote 10/100) wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 1 stycznia 2012r. do dnia zapłaty;

II. powództwo co do pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. – oddala;

III. zasądza od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz A. K. kwotę 35 816,- (trzydzieści pięć tysięcy osiemset szesnaście) złotych, tytułem zwrotu kosztów postępowania;

IV. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania w sprawie na rzecz pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W..

**III C 1453/13**

## UZASADNIENIE

**Powód A. K.** wystąpił przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W. oraz przeciwko Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą we W. o zasądzenie:

1. od pozwanych solidarnie na rzecz powoda kwoty 571.964,10 zł tytułem zwrotu należności wpłaconych przez Powoda na rzecz Pozwanego (...) S.A.;

2. od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. na rzecz powoda odsetek ustawowych od kwoty 571.964,10 zł do dnia 1 stycznia 2012 r., tj. od dnia wyznaczonego w piśmie skierowanym do Zarządu T. (...) w dniu 28 listopada 2011 r. jako ostateczny termin do rozliczenia inwestycji powoda, do dnia poprzedzającego dzień wniesienia pozwu;

3. zasądzenie od pozwanych solidarnie na rzecz powoda odsetek ustawowych od kwoty 571.964,10 zł od dnia wniesienia pozwu.

Powód podniósł, że zawarł umowę ubezpieczenia w wyniku wprowadzenia w błąd przez pracownika pozwanej (...) S.A., za pośrednictwem którego podpisał umowę, zaś wszelkie załączniki do umowy - w szczególności warunki

ubezpieczenia, regulamin, tabele opłat i limitów składek - zostały mu wręczone po podpisaniu umowy, zatem powód nie miał możliwości zapoznania się z ich treścią przed podpisaniem umowy.

Zdaniem powoda Warunki Ubezpieczenia „P.”, Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „P.”, Warunki Ubezpieczenia „P. (1)”, Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) - zawierają postanowienia, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone - co stanowi naruszenie obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji. Postanowienie te dotyczą opłaty likwidacyjnej, polegającej na utracie wszystkich środków, jakie powinny być uzyskane poprzez wykup jednostek uczestnictwa, w przypadku rezygnacji przez ubezpieczonego z dalszego wnoszenia składek ubezpieczeniowych w okresie pierwszych trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia.

W piśmie z dnia 4 czerwca 2014 r. powód wskazał także, że jego zdaniem przedmiotowe umowy zapewniają jedynie iluzoryczną ochronę ubezpieczeniową - i dlatego powinny być uznane za nieważne jako sprzeczne z naturą stosunku prawnego ubezpieczenia. Ponadto postanowienia umów naruszają zdaniem powoda dobre obyczaje oraz rażąco naruszają jego interes jako konsumenta - są zatem sprzeczne z zasadami współżycia społecznego i jako takie również powodują nieważność tych umów.

Podniósł także, że nie ma podstaw do tego, by pozwany Ubezpieczyciel przerzucał na powoda jako ubezpieczonego koszty prowizji zapłaconej agentowi; ponadto prowizja ta była rażąco wysoka.

Domagał się ostatecznie zapłaty dochodzonej pozwem kwoty - tytułem zwrotu bezpodstawnego wzbogacenia, w związku z nieważnością przedmiotowych umów, a gdyby Sąd nie podzielił poglądu o ich nieważności - w związku z niedozwolonym charakterem

postanowienia o opłacie likwidacyjnej albo w związku z uznaniem stosowania tych umów za nieuczciwą praktykę rynkową.

Powód wskazywał na solidarną odpowiedzialność pozwanych, ze względu na istnienie jednej szkody. Natomiast po modyfikacji powództwa w dniu 4 czerwca 2014 r., mając na względzie wielość podstaw odpowiedzialności pozwanych, za uzasadnione uważał przyjęcie konstrukcji odpowiedzialności solidarnej niewłaściwej - in solidum.

**Pozwana (...) S.A. z siedzibą w W.** wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów postępowania.

Pozwana wskazywała, że powód otrzymał pełną dokumentację, a także nie został wprowadzony w błąd przez pracownika pozwanej. Zdaniem pozwanej informacje zawarte w prezentacji sprzedażowej „P.” oraz (...) w sposób wyraźny mówiły o charakterze oraz ryzyku tej inwestycji. Pozwana zaznaczyła, że powód nie był uprawniony do negocjacji wzorca umownego, a pozwana nie miała obowiązku indywidualnego uzgadniania treści umowy ubezpieczenia z ubezpieczonymi w umowach ubezpieczenia grupowego - klient podejmuje wybór czy zgadza się z zaproponowanym wzorcem i podpisuje go, czy też nie zgadzając się z treścią wzorca nie podejmuje się zawarcia umowy. Pozwana nie uznaje swojej odpowiedzialności za ewentualne sprzeczne z naturą kształtowanie stosunku prawnego, gdyż to nie ona jest twórcą tych produktów. Ponadto, pozwana podniosła zarzut wygaśnięcia uprawnienia do uchylenia się przez powoda od skutków złożenia oświadczenia woli, złożonego pod wpływem błędu oraz zarzut przedawnienia roszczenia z tytułu nieuczciwej praktyki rynkowej.

**Pozwane Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W.** wniosło o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu.

Pozwane Towarzystwo zarzuciło, że powód nie złożył oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczeń woli o przystąpieniu do ubezpieczenia P. i P. (1).

Pozwane Towarzystwo uważało, że powód miał świadomość warunków ubezpieczenia, skoro wskazał, że w procesie decyzyjnym wziął pod uwagę wysokość opłaty likwidacyjnej. Pozwane Towarzystwo zaprzeczyło, jakoby postanowienia dotyczące opłaty likwidacyjnej stanowiły klauzule niedozwolone. Wskazywało, że wysokość opłaty

związana jest z poniesionymi przez pozwane Towarzystwo kosztami, a tym samym opłata likwidacyjna jest uzasadniona.

Pozwane Towarzystwo zarzuciło powodowi również brak wskazania podstawy, na jakiej żądał zapłaty wymienionych w pozwie kwot oraz wywodził istnienie solidarnej odpowiedzialności pozwanych.

Ponadto, pozwany podniósł zarzut wygaśnięcia uprawnienia do uchylecia się przez powoda od skutków złożenia oświadczenia woli, złożonego pod wpływem błędu oraz zarzut przedawnienia roszczenia z tytułu nieuczciwej praktyki rynkowej.

Na wypadek, gdyby Sąd podzielił stanowisko powoda, że przedmiotowy zapis był abuzywny – pozwane Towarzystwo podniosło, że ewentualne rozliczenie z powodem musiałyby się wówczas odbyć w oparciu o przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu. Tymczasem pozwane Towarzystwo nie jest wzbogacone: nie miało ono swobody

inwestowania składek powoda, albowiem składki te musiały być, zgodnie z przepisami o działalności ubezpieczeniowej, inwestowane w wydzielony fundusz; o ile zatem spadła wartość aktywów tego Funduszu - o tyle Ubezpieczyciel nie uzyskał stąd żadnej korzyści. Ponadto zgodnie z tymi przepisami Ubezpieczyciel musiał korzystać przy sprzedaży polis z usług pośrednika - (...) SA w W. - i zapłacić na jego rzecz wynagrodzenie prowizyjne. Także w tym zakresie nie jest wzbogacony.

Wreszcie - pozwane Towarzystwo podniosło, że czynności związane z przystąpieniem powoda do ubezpieczenia grupowego P. i P. (1) podejmował powód w porozumieniu z pozwanym (...) SA w W., a nie Ubezpieczyciel. Jeśli zatem nawet powód został przy tym wprowadzony w błąd, to po pierwsze, jego ewentualne roszczenia odszkodowawcze (z deliktu) są już przedawnione; po wtóre - ewentualnego deliktu dopuścił się (...) SA w W., a nie Ubezpieczyciel; po trzecie zaś - nawet gdyby przyjąć, że Ubezpieczyciel powierzył pośrednikowi wykonanie tych czynności - to nie ponosi winy w wyborze profesjonalisty (art. 429 k.c).

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

A. K. działa w branży drewna budowlanego, jest inżynierem i menedżerem. Bez związku z tą działalnością zawodową, od 2006 r. korzystał z usług (...) S.A. w W.. Miał zgromadzone oszczędności, które chciał zainwestować tak, by przyniosły większy zysk, niż oferowano w przypadku lokat bankowych. Jego doradcą z ramienia (...) S.A. był zatrudniony tam od 2005 r. M. Z..

Zaproponował on A. K. zainwestowanie pieniędzy w produkt finansowy o nazwie P., a następnie po pewnym czasie - P. (1). Przedstawił kolejno te produkty A. K. jako najkorzystniejsze na rynku.

Poinformował A. K. o każdym z tych produktów, że jest to tzw. polisolokata, to znaczy umowa ubezpieczenia na życie i dożycie z funkcją inwestowania składki regularnej w rynek kapitałowy za pośrednictwem ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Korzyścią, jak w przypadku wszystkich polisolokat, było uniknięcie konieczności płacenia przed zakończeniem umowy podatku dochodowego od osób fizycznych od dochodu osiągniętego z tytułu inwestowania (tzw. podatku Belki). Natomiast tym, co wyróżniało ten produkt spośród innych, był mechanizm dźwigni finansowej oraz gwarancja zwrotu kapitału.

Wyjaśnił mechanizm dźwigni finansowej: że na początku klient wpłacał składkę w wysokości 1/5 części całej docelowej składki (za cały czas trwania umowy), a następnie wpłacał składki comiesięczne o stałej wysokości przez cały czas trwania umowy. Mimo to od początku „pracowała” dla niego cała docelowa kwota składki: ubezpieczyciel bowiem nabywał na konto klienta aktywa za kwotę wpłaconą przez klienta (to było nazwane składką pierwszą) plus jej czterokrotność „dolożoną” przez ubezpieczyciela (całość była nazwana składką zainwestowaną) - a następnie z kolejnych składek bieżących ubezpieczyciel potrącał na swoją rzecz opłaty, w których mieścił się m.in. stopniowy zwrot tej „dolożonej” kwoty wraz z określonym stałym procentem.

Wyjaśnił też, że gwarancja zwrotu kapitału polegała na tym, że klient w razie zakończenia umowy w przewidywanym czasie miał otrzymać nie mniej niż suma wpłaconych składek - nawet gdyby inwestowanie w rynek finansowy tego nie uzasadniało (gdyby przyniosło stratę).

Doradca informował A. K., że produkty te są przeznaczone na długi czas - na 15 lat - oraz o tym, że wcześniejsze rozwiązanie umowy wiąże się z określonymi kosztami, wskazanymi procentowo w zależności od roku rozwiązania umowy.

A. K. informował Doradcę, że chce zainwestować pieniądze jedynie na 5 - 6 lat. Doradca przeprowadził i przedstawił A. K. symulację, z której wynikało, że już po 3-ach latach zyski z inwestycji będą na tyle duże, że - pomimo konieczności zapłacenia w razie wcześniejszego wycofania pieniędzy opłaty likwidacyjnej - klient nie tylko nie poniesie straty, ale jeszcze na tym zarobi. Obliczenia te zostały oparte oczywiście o jedynie przewidywany ruch na rynku kapitałowym, były zatem obarczone ryzykiem krachu na rynku kapitałowym. Doradca powiadomił o tym A. K. i zdawał on sobie z tego sprawę. Ponieważ jednak rynek dopiero co - w roku 2008 - przeszedł załamanie, Doradca i A. K. uznali za mało prawdopodobne, by takie załamanie szybko się powtórzyło; raczej liczyli na wzrosty na rynkach kapitałowych.

Przy przedstawieniu produktu Doradca posługiwał się prezentacją dostarczoną spółce (...) SA przez Ubezpieczyciela, który oferował ten produkt - tj. przez Towarzystwo (...) S.A. we W..

Doradca M. Z. uczestniczył przedtem w szkoleniach poświęconych temu produktowi i otrzymał wtedy ową prezentację. M. Z. jest ekonomistą, ukończył na (...) podyplomowe studia z metod wyceny spółki kapitałowej, odbył liczne szkolenia ekonomiczne. W miarę swoich umiejętności ekonomicznych Doradca wraz z kolegami przeliczał symulacje wskazane w otrzymanej prezentacji P. i P. (1) - i doszedł do wniosku, że symulacje te są rzetelne, a produkt rzeczywiście ma cechy, którymi jest reklamowany.

Doradca wiedział - i przekazał tę wiedzę A. K. - że w związku z tym, iż produkt ten polega na inwestowaniu składki w rynek kapitałowy - rezultat tego inwestowania nie jest możliwy do przewidzenia; rynek podlega bowiem wahaniom: spadkom i wzrostom, i nie sposób ich przewidzieć. Podzielił się z klientem przypuszczeniami, że najprawdopodobniej w najbliższych latach po zawarciu umowy rynek papierów wartościowych będzie zwyżkował - zatem zyski powinny przewyższyć koszty związane z wcześniejszym zakończeniem umowy.

A. K. liczył się z możliwością straty, gdyby rynek papierów wartościowych zniżkował. Zdecydował się jednak podjąć to ryzyko inwestycyjne.

Doradca M. Z. nie informował klienta, że może ponieść straty także wtedy, gdy rynek będzie zwyżkował; że może ponieść straty nawet wtedy, gdy stopa procentowa zwyżki na rynku będzie większa, niż stopa procentowa należna ubezpieczycielowi tytułem wynagrodzenia za powiększenie kwoty zainwestowanej na początku (dźwignia). Doradca nie poinformował także, że klient może ponieść straty nawet wtedy, gdy indeks bankowy (...), na którym oparty był Fundusz, wzrośnie: doradca był i nadal do chwili obecnej pozostaje przekonany, że jest to niemożliwe (zeznania świadka

M. Z. na rozprawie dnia 15 października 2015 r. nagranie 02:30). Był i pozostał także przekonany, że w tamtym czasie P. (i później P. (1)) był najlepszym produktem spośród wówczas oferowanych na rynku: były to wtedy jedyne produkty, w których gwarantowano zwrot kapitału; ponadto miały spośród polisolokat strukturyzowanych najniższe koszty (najniższe opłaty administracyjne).

Od października 2010 r. M. Z. nie pracuje już w (...) SA w W..

/częściowo zeznania powoda; zeznania świadka M. Z. na rozprawie dnia 15 października 2014 r. - protokół skrócony i nagranie k. 490-492, m.in. 00:28 do 00:40 oraz 02:09 do 02:40, zwłaszcza od 02:25 do 02:34/

A. K. w dniu 20 maja 2009 r. przystąpił do „P.” - produktu oferowanego przez Towarzystwo (...) S.A. we W. za pośrednictwem (...) S.A. w W.. Przed zawarciem tej umowy A. K. otrzymał wszystkie dokumenty związane z tą umową, w tym warunki ubezpieczenia, deklarację przystąpienia i regulamin funduszu oraz tabelę opłat.

/zeznania świadka M. Z. na rozprawie dnia 15 października 2014 r. -protokół skrócony i nagranie k. 490-492, zwł. 01:40 do 01:47 oraz od 02:16; Deklaracja Przystąpienia „P.” - k. 171-173; warunki ubezpieczenia k. 13-16v.; regulamin ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego k. 21-22; aneks i tabela opłat k, 134-136/

Zawarta umowa P. była to umowa ubezpieczenia na życie i dożycie związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ze składką regularną, zawarta na okres 15 lat (180 miesięcy), o treści jak na k. 13-16v. (warunki ubezpieczenia), 21-22 (regulamin ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego), 134-136 (aneks i tabela opłat) i k. 171-173 (deklaracja przystąpienia). Zawarcie tej umowy odbywało się poprzez przystąpienie do ubezpieczenia grupowego. Warunki umowy nie były indywidualnie negocjowane - poza wysokością składek. W umowie określono składkę pierwszą - na kwotę 351 tys. zł, wpłacaną przez ubezpieczonego jednorazowo przy zawarciu umowy, a także wysokość kolejnych bieżących składek miesięcznych - po 9.204,- zł.

W dniu 5 czerwca 2009 r. A. K. wpłacił kwotę 360.204 zł tytułem (...) na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) (P.) oraz pierwszej miesięcznej składki bieżącej, zaś w okresie od 24 lipca 2009 r. do 8 sierpnia 2011 r. z rachunku bankowego A. K. dokonywane były przelewy na kwotę po 9.204 zł (łącznie 220.896 zł) tytułem „Składek Bieżących” na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) (P.).

/Deklaracja Przystąpienia „P.” - k. 171-173; warunki ubezpieczenia k. 13-16v.; regulamin ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego k. 21-22; aneks i tabela opłat k, 134-136; wykaz wpłat na „P.” - k. 28; historia operacji dla rachunku A. K. - k. 25-26; oświadczenie O. P., aktuarusza T. (...) k. 393a; certyfikat nr (...) z dnia 16 czerwca 2009 r. - k. 425/

W dniu 6 maja 2010 r. A. K. przystąpił do „P. (1)” - produktu oferowanego przez Towarzystwo (...) S.A. we W. za pośrednictwem (...) S.A. w W.. Przy zawarciu tej umowy A. K. otrzymał wszystkie dokumenty związane z tą umową, w tym warunki ubezpieczenia, deklarację przystąpienia i regulamin funduszu oraz tabelę opłat.

/zeznania świadka M. Z. na rozprawie dnia 15 października 2014 r. - nagranie 00:39 - 01:15, zwłaszcza 00:42 i 01:10 oraz od 02:16; warunki ubezpieczenia k. 17-20v.; regulamin UFK k. 23-24; aneks i tabela opłat k. 137-139; wzór deklaracji przystąpienia k. 407-407v./

Była to także zawarta na 15 lat (180 miesięcy) umowa ubezpieczenia na życie i dożycie związana z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką regularną, o treści jak na k. 17-20v. (warunki ubezpieczenia), 23-24 (regulamin UFK), 137-139 (aneks i tabela opłat), 407-407v. (wzór deklaracji przystąpienia). Zawarcie tej umowy odbywało się poprzez przystąpienie do ubezpieczenia grupowego. Warunki umowy nie były indywidualnie negocjowane - poza wysokością składek. W umowie określono składkę pierwszą, wpłacaną przez ubezpieczonego jednorazowo przy zawarciu umowy, na kwotę 51.750,- zł, a także wysokość kolejnych składek miesięcznych po 1.426,- zł.

W dniu 11 czerwca 2010 r. A. K. wpłacił kwotę 53.176 zł tytułem (...) na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) (P. (1)) oraz pierwszej bieżącej składki miesięcznej, zaś w okresie od 11 lipca do 8 maja 2011 r. A. K. jedenastokrotnie wpłacał kwoty w wysokości po 1.426 zł (łącznie 14.260 zł) tytułem wpłat na Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) (P. (1)).

/oświadczenie O. P., aktuarusza T. (...) k. 393; wykaz wpłat na „P. (1)” - k. 29; historia operacji dla rachunku A. K. - k. 27; certyfikat nr (...) z dnia 23 czerwca 2010 r. - k. 4301

Zgodnie z powyższymi umowami (P. i P. (1)), Ubezpieczyciel miał wypłacić świadczenie w przypadku zgonu powoda lub jego dożycia do końca okresu odpowiedzialności. Celem ubezpieczenia miało być gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu wydzielonego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Zgodnie z regulaminem ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, fundusz ten powstawał z wpłacanych składek

- pierwszej i bieżących, pomniejszonych o „opłaty administracyjne”. Celem funduszu było powiększanie wartości aktywów funduszu poprzez lokowanie ich w certyfikaty emitowane przez Bank (...). Za wpłacane składki miały być nabywane jednostki uczestnictwa funduszu, po potrąceniu „opłat administracyjnych”. Wpłacana na początku umowy składka pierwsza stanowiła 1/5 część składki zainwestowanej - czyli sumy wszystkich składek, jakie powód miał wpłacić przez cały umówiony czas trwania umowy. Inwestycji podlegała od razu cała ta kwota - gdyż 4/5 ich części wykladał z góry Ubezpieczyciel (tzw. dźwignia finansowa). Ubezpieczyciel w ciągu trwania całej umowy stopniowo odzyskiwał ową wyłożoną kwotę (4/5 składki zainwestowanej) wraz z odsetkami tytułem wynagrodzenia za jej udzielenie. Wysokość tego

oprocentowania nie była wskazana w umowie i powód nie znał jej zawierając umowę. W umowie zapisana była jedynie łączna wysokość wszystkich kosztów potrącanych przez Ubezpieczyciela ze składek bieżących (tzw. „opłata administracyjna”).

Ubezpieczony wpłacał bowiem bieżące składki comiesięczne przez cały czas trwania umowy. Składki te miały być równej wysokości przez cały czas trwania umowy. Z każdej z tych comiesięcznych składek Ubezpieczyciel potrącał „opłatę administracyjną”.

W „opłacie administracyjnej” ukryty był m.in. ratalny zwrot owej wyłożonej na początku kwoty (4/5 składki zainwestowanej) plus umówione oprocentowanie. Nie było to zapisane w umowie i A. K. o tym nie wiedział.

Kolejnym składnikiem owej „opłaty administracyjnej” był zwrot - ratami miesięcznymi - kosztu prowizji, jaką Ubezpieczyciel wypłacił na rzecz (...) SA w W. za zawarcie z powodem umów P. i P. (1). Prowizje te Ubezpieczyciel wypłacił pośrednikowi w całości z góry - przy zawarciu każdej z umów. Wysokość tej prowizji była uzależniona od wartości umowy i wyniosła: od zawartej z powodem umowy P. I 210.600,- zł (tj. **60 % pierwszej składki**, która wynosiła tu 351.000,- zł), a od zawartej z powodem umowy P. (1) - 38.812,50 zł (tj. **75 % pierwszej składki**, która wynosiła tu 51.750,- zł). Wysokość prowizji nie była wskazana w umowach ubezpieczenia i nie była znana powodowi w chwili zawierania tych umów. Prowizję tę Ubezpieczyciel odzyskiwał stopniowo, potrącając ją w ramach „opłaty administracyjnej” z kolejnych bieżących składek wpłacanych co miesiąc przez powoda. Wysokość tego elementu „opłat administracyjnych” nie była zapisana w umowach i nie była znana powodowi w chwili zawierania tych umów.

W umowach zapisana była jedynie ogólna, łączna wysokość „opłat administracyjnych” - była ona obliczana jako procent od składki zainwestowanej - czyli od składki pierwszej oraz jej czterokrotności dołożonej początkowo przez Ubezpieczyciela. Opłata administracyjna wynosiła w przypadku umowy P. 0,96 % składki zainwestowanej rocznie, a w przypadku P. (1) - 1,28 % składki zainwestowanej rocznie. Oznaczało to, że z każdej bieżącej składki miesięcznej Ubezpieczyciel pobierał jako „opłatę administracyjną” około **16%**. /niesporne; niezaprzeczone przez strony zeznanie świadka Z. na rozprawie dnia 15 października 2014 r. - nagranie 01:14 - 01:30/.

/postanowienia dotyczące P.: k. 13-16v. (warunki ubezpieczenia), k. 21-22 (regulamin ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego), k. 134-136 (aneks i tabela opłat) i k 171-173 (deklaracja przystąpienia); postanowienia dotyczące P. (1): k. 17-20v. (warunki ubezpieczenia), 23-24 (regulamin UFK), 137-139 (aneks i tabela opłat), 407-407v. (wzór deklaracji przystąpienia; niezaprzeczone przez powoda co do wysokości prowizji oświadczenie pozwanego Ubezpieczyciela dot. P. II k. 393 i P. I k. 393a; zeznania świadka M. Z. na rozprawie dnia 15 października 2014 r. - protokół skrócony i nagranie k. 490-492/

Po wygaśnięciu umowy w przewidywanym czasie (**po 15 latach**) Ubezpieczony miał otrzymać **100 % wartości rachunku** w dacie zakończenia umowy minus podatek dochodowy od osób fizycznych od dochodu z inwestycji (pkt 10.1 i 10.2 warunków ubezpieczenia - k. 15

7

i 19) - ale **nie mniej niż kwotę odpowiadającą składce zainwestowanej**, powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę indeksu (...) minus powyższy podatek (§ 4 pkt 5 regulaminu - k. 21 i 23 v.). Ubezpieczyciel

gwarantował zatem, że powód po zakończeniu 15-letniej umowy otrzyma nie mniej niż sumę wpłaconych składek - nawet gdyby inwestowanie tego nie uzasadniało (gdyby przyniosło stratę) - co określono jako „**gwarancja zwrotu kapitału**” - po pomniejszeniu o ewentualnie należny podatek dochodowy od osób fizycznych od dochodu.

Jak wskazano wyżej, po wygaśnięciu umowy w przewidywanym czasie Ubezpieczony miał otrzymać 100 % wartości rachunku minus należny podatek - ale nie mniej niż kwotę odpowiadającą składce zainwestowanej, powiększonej o **ewentualną dodatnią zmianę indeksu** (...) minus podatek (§ 4 pkt 5 regulaminu - k. 21 i 23 v.). Wskazano następujące indeksy: przy P. - (...) (§ 4 pkt 5 Regulaminu UFK - k. 2lv.); przy P. (1) - (...) ( (...)) (...) ( (...): (...) (§ 4 pkt 5 Regulaminu UFK - k. 23v.). O ile zatem w ciągu 15-tu lat trwania umowy nastąpiłby wzrost (dodatnia zmiana) tego indeksu, to Ubezpieczyciel gwarantował - poza wypłatą nominalnej składki zainwestowanej (minus podatek) - wypłatę także kwoty odpowiadającej procentowo wzrostowi tego indeksu naliczonej od składki zainwestowanej (składka zainwestowana pomnożona przez stopę procentową dodatniego przyrostu indeksu). Był to zysk ubezpieczonego - wypłacany jednak tylko wtedy, gdy indeks (...) wzrośnie w ciągu tych 15-tu lat. Ubezpieczyciel zatem w ramach gwarancji zwrotu kapitału zobowiązał się wypłacić ubezpieczonemu wypłatę po 15-tu latach nominalnej sumy wszystkich składek wpłaconych przez ubezpieczonego przez cały czas trwania umowy - minus podatek, a ponadto, o ile wskazany w umowie indeks (...) w tym czasie przyrośnie - wypłatę także procentu tych składek odpowiadającego temu przyrostowi indeksu.

Wartość tego indeksu nie była powszechnie dostępna - aby ją poznać, trzeba było opłacić dostęp do internetowego portalu finansowego (...), prowadzonego w języku angielskim, na którym to portalu wartość ta była publikowana.

Przed wszystkim jednak, utajniony był - i nadal jest - sposób wyliczenia tego indeksu. Nie jest to bowiem indeks typu WIG20 czy Dow Jones - jego sposób wyliczenia nie jest wprost zależny od kursu akcji czy obligacji określonych firm, będących przedmiotem obrotu na rynku regulowanym. **Sposób wyliczenia tego indeksu znany jest być może pozwanemu Ubezpieczycielowi - ale pozwany nie ujawnił tego nawet w niniejszym postępowaniu sądowym. Sposób ten nie był natomiast na pewno znany ubezpieczonym - także powodowi - w dacie zawarcia umowy, i nie jest im znany do dziś.** Sposób ten nie był i nie jest także znany pozwanemu (...), i nie był znany także zatrudnionemu tam Doradcy M. Z..

/warunki ubezpieczenia P. - k. 15, regulamin (...) k. 21, warunki ubezpieczenia P. (1) - k. 19, regulamin (...) k. 23v.; niezaprzeczone przez strony w tym zakresie zeznania powoda; niezaprzeczone przez strony w tym zakresie zeznania

świadka M. Z. na rozprawie dnia 15 października 2014 r. - protokół skrócony i nagranie k. 490-492, zwł. od 02:03/

Na wypadek śmierci ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązał się w umowie P. wypłacić 101 % **wartości rachunku** w dacie umorzenia minus należny podatek (pkt 10.4 warunków umów P. - k. 15). Ten przypadek nie był objęty gwarancją zwrotu kapitału.

Natomiast w umowie P. (1) Ubezpieczyciel zobowiązał się w takim wypadku wypłacić 100% **wartości rachunku** w dacie umorzenia plus 1% składki zainwestowanej minus należny podatek (pkt 10.4 warunków umów P. (1) - k. 19). Ten przypadek również nie był objęty gwarancją zwrotu kapitału.

/warunki ubezpieczenia P. - k. 15; warunki ubezpieczenia P. (1) - k. 19/

Powód mógł rozwiązać umowę przed upływem umówionego 15-letniego okresu - w umowach nazwano to Całkowitym Wykupem (pkt 14.4 - 14.8 warunków ubezpieczenia P. - k. 16 i P. (1) - k. 20). „Całkowity wykup” oznaczał zamianę przez Ubezpieczyciela Jednostek Uczestnictwa Funduszu zapisanych na Rachunku na środki pieniężne - według wartości rachunku - a następnie potrącenie z tej kwoty opłaty likwidacyjnej i ewentualnego podatku (rozdział 1 warunków ubezpieczenia P. - k. 13-13v. i P. (1) - k. 17-17v.). Ubezpieczyciel wypłacał zatem wtedy Ubezpieczonemu kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną oraz o stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących).

/Warunki Ubezpieczenia „P.” - k. 16; Warunki Ubezpieczenia „P. (1)” - k.

20/

„Opłata likwidacyjna” (roz. 8 pkt 4) była naliczana i pobierana procentowo zgodnie z „Tabelą Opłat i Limitów Składek” od wartości umorzonych Jednostek Uczestnictwa Funduszu z Rachunku. Tabela Opłat i Limitów Składek (...), zmieniona aneksem do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) z dnia 11 października 2011 r., oraz Tabela Opłat i Limitów Składek (...), zmieniona aneksem do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) z dnia 11 października 2011 r., wysokość opłaty likwidacyjnej pobieranej od wartości rachunku **przez pierwsze 3 lata ustalały na 80%**, w czwartym roku opłata ta wynosiła 75 % wartości rachunku, w piątym - 50 % i tak dalej - aż do 1 % począwszy od 14-go roku obowiązywania umowy.

/Warunki Ubezpieczenia „P.” - k. 15; Warunki Ubezpieczenia „P. (1)” - k. 18v; Tabela Opłat i Limitów Składek (...) - k. 136; Tabela Opłat i Limitów Składek „P. (1)” - k. 139; aneks do umowy (...) - k. 134-135; aneks do umowy „P. (1)” - k. 137-138; Warunki Ubezpieczenia „P.” - k. 16; Warunki Ubezpieczenia „P. (1)” - k. 20, tabele opłat k. 136 i 139i

„Wartość rachunku” oznaczała bieżącą liczbę nabytych na rachunek Ubezpieczonego Jednostek Uczestnictwa Funduszu pomnożoną przez aktualną na dany dzień

**wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu** (pkt 1.32 warunków ubezpieczenia P. - k. 13v., P. (1)-k. 17v.).

Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu obliczano w ten sposób, że dzielono wartość aktywów netto całego Funduszu przez liczbę wszystkich jednostek Funduszu (pkt 1.31 warunków ubezpieczenia P. - k. 13v., P. (1) - k. 17v.). To, w jaki sposób wyliczano wartość aktywów netto całego Funduszu - wskazywał w przypadku P. -Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (pkt 1.30 warunków ubezpieczenia P. - k. 13v.), a w przypadku P. (1) - Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (pkt 1.30 warunków ubezpieczenia P. (1) - k. 17v.). Regulaminy te określały zasady funkcjonowania i politykę inwestycyjną tych Funduszy oraz zasady wyceny jednostek tych Funduszy (P. - k. 21-22, P. (1) - k. 23-24). **Fundusze te były prowadzone i oferowane przez Ubezpieczyciela** - Towarzystwo (...) SA we W.. Dla każdego z ubezpieczeń grupowych: P. i P. (1) Ubezpieczyciel utworzył wydzielony rachunkowo Fundusz UFK - Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (§ 4.1 Regulaminu P. k. 21, i P. (1) k. 23).

Każdy Fundusz tworzyły składki (składki pierwsze i potem bieżące składki miesięczne) wpłacane przez ubezpieczonych, którzy przystąpili do tych ubezpieczeń grupowych - także przez A. K. - **po pomniejszeniu tych składek o opłaty administracyjne**. Środki ubezpieczonych zainwestowane na rynku kapitałowym poprzez owe Fundusze mogły przynosić im zysk albo stratę - ale w każdym razie Ubezpieczyciel nie gwarantował zysku (§ 3 Regulaminu UFK - k. 21 i 23).

Wartość aktywów netto całego Funduszu miała być - zgodnie z umową - wyceniana „według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny” (§ 4.2 regulaminu P. k. 21 i P. (1) k. 23).

**Jednakże ani jednostki tych Funduszy, ani certyfikaty Banku (...), w które były lokowane aktywa tych Funduszy - nie były przedmiotem obrotu na rynku regulowanym.** Przeciwnie. Jednostki uczestnictwa w Funduszach nie mogły być zbywane na rzecz osób trzecich (§ 2.5 regulaminu P. k. 21, § 2.6 regulaminu P. (1) k. 23). Jednostki te były tworzone w momencie ich zapisania na rachunku ubezpieczonego w zamian za środki pieniężne przekazane do Funduszu z jego składek (składki początkowej i składek bieżących po odjęciu „opłat administracyjnych”). Fundusze za te środki nabywały instrumenty finansowe, które tworzyły ich aktywa. I tak w przypadku P., Fundusz za środki od ubezpieczonych nabywał od Banku (...) certyfikaty emitowane przez ten Bank, z których wypłata oparta była na indeksie tego Banku właściwym dla P. (§4.3 regulaminu (...)). Z kolei Fundusz P. (1)

za środki od ubezpieczonych nabywał obligacje strukturyzowane (...) SA, z których wypłata była oparta na indeksie (...) właściwym dla P. (1) (§ 4.3 regulaminu P. (1)).

/§ 4.3 regulaminu P.; §4.3 regulaminu P. (1); wiadomości powszechnie znane z Komunikatów GPW publikowanych na stronie internetowej (...)/.

Certyfikaty i obligacje Fundusze nabywały od emitentów po cenie ustalonej przez tych emitentów. Nie podlegały one obrotowi rynkowemu. Emitenci ustalali ceny sprzedaży wyższe, niż ceny odkupu (spread). Przy całkowitym wykupie i likwidacji rachunku ubezpieczonego skutkowało to dodatkową stratą ubezpieczonego wynikającą z różnicy między cenami nabycia i sprzedaży. Odsprzedaż certyfikatów czy obligacji emitentowi po cenie niższej, niż Fundusz je nabywał - obniżało ogólną wartość aktywów Funduszu, co skutkowało obniżeniem ceny jednostek uczestnictwa w Funduszu - i mniejszą wartością likwidowanego rachunku ubezpieczonego.

Jak wskazano wyżej, nie tylko certyfikaty i obligacje, ale i jednostki uczestnictwa w Funduszach nie podlegały obrotowi rynkowemu. Jednostki te były tworzone w momencie ich zapisu na rachunku ubezpieczonego i umarzane w momencie likwidacji tego rachunku (§ 8 regulaminu (...) k. 22, P. (1) 24). W umowie nie wyjaśniono zasad, wedle których jednostki te były wyceniane, ani zasad, wedle których wyceniane były aktywa netto całego Funduszu. Zapisy regulaminów obu Funduszy (P. i P. (1)) zawierają jedynie tautologię: że wartość netto aktywów to wartość wszystkich aktywów pomniejszonych o zobowiązania (§ 2.12 regulaminów), wyceniana wedle ich wartości rynkowej (§ 4.2 i § 4.3 regulaminów) - a wartość jednostek uczestnictwa oblicza się dzieląc wartość aktywów netto przez liczbę wszystkich jednostek (§ 6 regulaminów). W chwili zawierania umowy ani później powód nie wiedział, w jaki sposób są wyceniane jednostki uczestnictwa UFK zapisane na jego rachunku, ani w jaki sposób są wyceniane aktywa całego Funduszu - i dane te nie wynikały z umowy. Wycena tych jednostek pozostawała w arbitralnej gestii Ubezpieczyciela zarządzającego prowadzonymi przez Fundusze, który godził się na nabywanie i zbywanie aktywów Funduszy (certyfikatów lub obligacji) za cenę żadaną przez ich emitentów. Ubezpieczony nie miał na to żadnego wpływu. Nie miał też w chwili zawierania umowy wiedzy o tym, w jaki sposób się to odbywa.

/Regulaminy (...) k. 21-22., P. II k. 23-24; zeznania świadka M. Z. na rozprawie dnia 15 października 2014 r. - protokół skrócony i nagranie k. 490-4921

Pierwszą składkę przeliczano na jednostki uczestnictwa w Funduszach wedle sztywno określonego w umowie przelicznika - wartości początkowej jednostki (§ 7 regulaminów Funduszy). Przy kolejnych operacjach na rachunku - czyli po rozpoczęciu wpłat comiesięcznych bieżących składek - przeliczenie pieniędzy na jednostki uczestnictwa oraz przeliczenie wartości wszystkich jednostek zapisanych na rachunku ubezpieczonego - następowało w sposób niewiadomy Ubezpieczonemu, a wynikający z przyjęcia przez Ubezpieczyciela w niewiadomy dla Ubezpieczonego sposób wartości jednostek uczestnictwa na dany dzień. Sposób ten nie wynikał z umów zawartych z ubezpieczonym.

W przypadku umowy P. zawartej z A. K. ustalona sztywno wartość początkowa jednostki wynosiła **400,-** zł, a już po miesiącu wynosiła 173,96 zł, po drugim miesiącu wyniosła 175,88 zł, po czym w kolejnych miesiącach stopniowo malała tak, że w maju 2011 r. wyniosła **101,03** zł. Tym samym wartość rachunku A. K. w P. I po wpłacie pierwszej składki wyniosła 717.600,- zł, po miesiącu - 319.884,24 zł, a

w maju 2011 r. - 315.170,49 zł. (tabela k. 28). W przypadku umowy P. (1) wartość początkowa jednostki wynosiła **600,- zł**, a już po miesiącu wynosiła 270,12 zł, po czym w kolejnych miesiącach stopniowo malała tak, że w kwietniu 2011 r. wyniosła **86,09 zł**. Tym samym wartość rachunku powoda w P. (1) po wpłacie pierwszej składki wyniosła 158.700,- zł, po miesiącu - 73.746,74 zł, a w kwietniu 2011 r. - 31.467,28 zł. (tabela k. 29).

/tabele k. 28 i 29/

A. K. był co miesiąc informowany przez Ubezpieczyciela o stanie swojego rachunku. Informacje te wskazywały na stały i znaczący spadek wartości rachunków powoda. Było to dla A. K. zupełnie zaskakujące i niezrozumiałe.

***W tym samym czasie bowiem kursy rynku papierów wartościowych notowanych na giełdach w Polsce i w Europie wzrosły w okresie lipiec 2009 - lipiec 2011: WIG20 +48%, Dow Jones +42%. Nawet indeks (...) (...) na styczeń 2011 r. wzrósł o+2,53%.***

/niesporne; niezaprzeczone przez pozwanych twierdzenie powoda przytoczone za pismem powoda - bardziej czytelna kserokopia pisma k. 40 i n., kopia poświadczona za zgodność - k. 417 i nJ

Pomimo wzrostu indeksów giełdowych i nawet wzrostu indeksu (...) oraz pomimo wpłat kolejnych środków na poczet obu ubezpieczeń - stan rachunków A. K. coraz bardziej malał, a jego strata rosła tym bardziej, im więcej pieniędzy wpłacał i im większe wzrosty notowano na rynku papierów wartościowych. W tej sytuacji w maju 2011 r. (P. (1)) i w czerwcu 2011 r. (P.) A. K. zaprzestał uiszczania składek bieżących i w lipcu 2011 r. postanowił wypowiedzieć obie umowy.

W dniu 18 lipca 2011 r. (data nadania w placówce pocztowej) A. K. wypowiedział umowę ubezpieczenia (...) i (...), co zostało zarejestrowane przez ubezpieczyciela w dniu 20 lipca 2011 r. ze skutkiem umorzenia jednostek uczestnictwa funduszu na dzień 26 lipca 2011 r.

/niesporne; rezygnacja z ubezpieczenia - k. 39/

Do tego czasu A. K. **opłacił składki** na (...) w łącznej wysokości **571.896 zł. Wartość rachunku** (...) na dzień umorzenia ustalona była przez ubezpieczyciela na **313.517,12 zł**, zaś wysokość pobranej **opłaty likwidacyjnej** wyniosła **250.813,70 zł**.

Natomiast **wpłaty** A. K. **na „P. (1)“** wyniosły łącznie **67.436 zł. Wartość rachunku** (...) na dzień umorzenia ustalona była przez ubezpieczyciela na **23.272,41 zł**, zaś wysokość pobranej **opłaty likwidacyjnej** wyniosła **18.617,93 zł**.

/wykaz wpłat na „P.“ - k. 28; wykaz wpłat na „P.“ - k. 29; oświadczenie O. P., aktuarusza T. (...) k. 393-393a

(...) SA w W. i Towarzystwo (...) S.A. we W. są spółkami powiązаныmi ze sobą kapitałowo.

/niesporne między stronami, przyznane przez pozwanych/

Ubezpieczyciel był w tym czasie stałym partnerem Banku (...) (wcześniej Banku (...)) na rynku polskim.

/informacja powszechnie znana, nie wymagająca dowodu/

Powyższy stan faktyczny został ustalony w oparciu o dokumenty znajdujące się w aktach sprawy, których autentyczności nie kwestionowała żadna ze stron, zaś Sąd nie znalazł podstaw by czynić to z urzędu, a także - w zakresie zgodnym z ustalonym stanem faktycznym - zeznania świadka M. Z., a także zeznania powoda A. K.. Dla lepszego zrozumienia mechanizmu polis inwestycyjnych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, strukturyzowanych, z regularną składką, Sąd wykorzystał przy ustaleniu stanu faktycznego także powszechnie znany raport Rzecznika Ubezpieczonych, którego wydruk znajduje się w aktach.

Kwestią sporną był fakt otrzymania wszystkich załączników do deklaracji przystąpienia, a co za tym idzie - świadomość powoda dotycząca warunków ubezpieczenia. Sąd nie dał wiary zeznaniom powoda w tym zakresie, ponieważ przeczy nim oświadczenie samego powoda na umowie, potwierdzone jego własnoręcznym podpisem, że dokumenty te otrzymał. Jest niewiarygodne i sprzeczne z doświadczeniem życiowym, by osoba posiadająca, tak jak powód, doświadczenie w prowadzeniu działalności gospodarczej, w sprawie dotyczącej tak znacznych kwot - podpisała to oświadczenie bez jego przeczytania czy wbrew faktom. O tym, że powód otrzymał wszystkie konieczne dokumenty świadczy też to, że nie skorzystał z możliwości odstąpienia od umów w przewidzianym na to terminie. Gdyby nawet powód potwierdził podpisem, że otrzymał jakiś dokument, a potem po sprawdzeniu okazałoby się, że jednak - wbrew swojemu wcześniejszemu przekonaniu - któregoś dokumentu nie otrzymał, to miał wystarczająco dużo czasu na to, by

zwrócić się o jego dostarczenie a w ostateczności odstąpić od umowy. Nie takiego nie nastąpiło - a nie jest wiarygodne, by powód, zawarłszy umowy na tak znaczne kwoty, nie sprawdził potem ponownie w domu „na spokojnie” wszystkich podpisanych dokumentów. Dowodem na to, że powód otrzymał przed zawarciem umów wszystkie dokumenty - są także zeznania świadka M. Z., który stanowczo stwierdził, że wręczył powodowi wszystkie te dokumenty. Zeznania tego świadka - który nie jest już od dość dawna pracownikiem pozwanego (...) i który w związku z tym nie ma interesu w złożeniu zeznań faworyzujących którąkolwiek ze stron - Sąd uznał za wiarygodne. Świadek zeznawał stanowczo, pamiętał wiele szczegółów, wykazywał zrozumienie dla mechanizmów finansowych, o których mówił. Jego zeznań pozwani nie kwestionowali, a i powód ich ostatecznie nie kwestionował w pozostałym zakresie.

Ostatecznie jednak powyższa sporna kwestia nie okazała się istotna dla rozstrzygnięcia sprawy, albowiem powództwo zostało uwzględnione na skutek uznania obu umów P. i P. (1) - za nieważne, o czym w dalszej części uzasadnienia.

Sporna była między stronami również interpretacja postanowień warunków ubezpieczenia i regulaminów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w zakresie tego, czy postanowienia dotyczące opłaty likwidacyjnej stanowią klauzule niedozwolone. Ta interpretacja prawna należy do Sądu.

Sąd oddalił wnioski dowodowe pozwanych z zeznań świadka M. K. oraz z opinii biegłego aktuarium. Świadek K. miałby zeznawać na okoliczności, które okazały się nieistotne w sprawie, a które ponadto nie były sporne - mianowicie:

- kosztów Ubezpieczyciela w związku z objęciem powoda ubezpieczeniem - te okoliczności nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy w związku z uznaniem przez Sąd umowy za nieważną; koszty te jeśli chodzi o wysokość prowizji dla pośrednika nie były ponadto sporne co do wysokości; natomiast sporne było, czy konieczne jest zapłacenie tej prowizji oraz czy jej koszt jest kosztem związanym z umową z powodem; jest to spór co do interpretacji prawnej i nie można go rozstrzygać zeznaniami świadka;
- kosztów Ubezpieczyciela w związku z wcześniejszą rezygnacją powoda z ubezpieczenia i adekwatności do tego wysokości opłaty likwidacyjnej - wysokość prowizji dla pośrednika nie była sporna, natomiast sporne było, czy konieczne jest zapłacenie tej prowizji oraz czy jej koszt jest kosztem związanym z umową z powodem; jest to spór co do interpretacji prawnej i nie można go rozstrzygać zeznaniami świadka;

- skutków ewentualnego przegrania niniejszej sprawy dla Ubezpieczyciela i innych ubezpieczonych - okoliczności te nie mogły być przedmiotem dowodu, ponieważ pozwany Ubezpieczyciel nie przedstawił własnych twierdzeń, które miałby tym dowodem wykazać; w szczególności Ubezpieczyciel nie twierdził, że przegranie tej sprawy i konieczność zapłaty zasądzonej kwoty na rzecz powoda spowoduje niewypłacalność Ubezpieczyciela czy zachwieje jego płynnością; nawet gdyby świadek to zeznał - Sąd nie mógłby oprzeć rozstrzygnięcia sprawy na tych twierdzeniach, skoro nie pochodzą one od strony - byłoby to sprzeczne z zasadą kontradiktoryjności, a sąd nie jest sądem inkwizycyjnym i nie może poszukiwać twierdzeń za strony; podkreślić też trzeba, że postępowanie dowodowe nie może służyć stronie do poszukiwania wygodnych dla niej twierdzeń.

Biegły aktuarium miałby sporządzić opinię na okoliczność prawidłowości kalkulacji pobieranych przez pozwanego kosztów związanych z przedterminową rezygnacją przez powoda z ochrony ubezpieczeniowej, wpływu tych kosztów na wysokość opłaty likwidacyjnej oraz wpływu ewentualnego przegrania niniejszego procesu przez Ubezpieczyciela na sytuację Ubezpieczyciela i innych ubezpieczonych. Aktualne są tu przedstawione wyżej spostrzeżenia co do wniosku o dopuszczenie dowodu na te same okoliczności z zeznań świadka K.. Ponadto poprawność matematyczna, rachunkowa kalkulacji kosztów nie była kwestionowana przez powoda - powód kwestionował zasady, wedle których kalkulację tę sporządzono. Podnosił abuzywność opłaty likwidacyjnej oraz kwestionował potrzebę zapłaty prowizji pośrednikowi we wskazanej wysokości ze składek powoda. To jest także kwestia interpretacji prawnej - i opinia biegłego nie może wyręczyć Sądu w jej dokonaniu.

**Sąd zważył, co następuje:**

Przystępując do ubezpieczeń grupowych P. i P. (1), powód zawarł z pozwanym Ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia na życie i dożycie, zgodnie z którą Ubezpieczyciel miał wypłacić świadczenie w przypadku zgonu powoda lub jego dożycia do końca okresu odpowiedzialności. Jak ustalono, celem ubezpieczenia miało być gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Zgodnie z regulaminem ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, fundusz ten powstawał z wpłacanych składek - pierwszej i bieżących, pomniejszonych o opłaty administracyjne. Celem funduszu było powiększanie wartości aktywów funduszu poprzez lokowanie ich w certyfikaty emitowane przez Bank (...) albo w obligacje oparte na indeksie tego Banku. Za wpłacane składki miały być nabywane jednostki uczestnictwa funduszu po potrąceniu opłat administracyjnych. Po zakończeniu okresu odpowiedzialności, powód miał otrzymać kwotę odpowiadającą składce zainwestowanej, powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę indeksu (...). Powód mógł rozwiązać umowę przed upływem umówionego okresu, jednak w ciągu pierwszych trzech lat obowiązywania umowy Ubezpieczyciel przy wypłacie należnych powodowi środków potrącałby opłatę likwidacyjną w wysokości 80 % wartości rachunku.

Zawarta przez powoda z T. (...) S.A. we W. jako ubezpieczycielem umowa z dnia 20 lipca 2009 r, miała charakter złożony i łączyła w sobie elementy umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 805 i następnych kodeksu cywilnego i art. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jak również silny element inwestycyjny. Przystępując do produktu P., i następnie P. (1), powód zawarł bowiem z Towarzystwem (...) S. A. umowy, na podstawie których Towarzystwo udzieliło powodowi na okres po 180 miesięcy w obu umowach ochrony ubezpieczeniowej na wypadek zgonu lub dożycia do końca okresu odpowiedzialności, zaś w przypadku zaistnienia jednego z tych zdarzeń, Ubezpieczyciel zobowiązywał się spełnić na rzecz powoda świadczenie ubezpieczeniowe. Opłacane przez powoda składki pełniły nie tylko funkcje typowej składki w rozumieniu powołanych wyżej przepisów o ubezpieczeniu, ale również miały charakter inwestycji, przy czym ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego (zysku), a jedynie zwrot wpłaconych środków, i to tylko w razie upływu pełnego okresu odpowiedzialności (15 lat). Na podstawie zawartej umowy, ubezpieczyciel udzielał zatem ochrony ubezpieczeniowej na życie ubezpieczonego na wskazanych w umowie warunkach, zaś ubezpieczony obowiązany był do wpłacenia składki, która następnie była alokowana w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy według zasad szczegółowo opisanych w warunkach ubezpieczenia i regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. W ocenie Sądu element ubezpieczeniowy był w przypadku obu umów nikły - jednak nie można stwierdzić, że nie występował w ogóle. Na wypadek śmierci ubezpieczonego Ubezpieczyciel zobowiązał się w umowie P. wypłacić 101 % wartości rachunku w dacie umorzenia minus należny podatek, a w umowie P. (1) - 100% wartości rachunku w dacie umorzenia plus 1% składki zainwestowanej minus podatek. Przypadki te nie były wprawdzie objęte gwarancją zwrotu kapitału, jednak umowa ubezpieczenia nie jest umową wzajemną w rozumieniu art. 487 § 2 k.c, a jedynie dwustronnie zobowiązującą (tak słusznie Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 października 2006 r., IV CSK 125/06, OSNC-

ZD 2008/1/7). Dlatego Sąd przyjął, że chociaż w umowach tych element inwestycyjny był dominujący, to umowy te nie miały jedynie pozoru ubezpieczenia, ale stanowiły dopuszczalną prawem formę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, strukturyzowanego, z regularną składką. Ustawa o działalności ubezpieczeniowej dopuszcza takie formy ubezpieczenia i wymienia je w załączniku „Podział ryzyka według działań, grup i rodzajów ubezpieczeń” w dziale I „Ubezpieczenia na życie” w punkcie 3 „Ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym”. Zgodnie z przepisami art. 4 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym produkty tego typu mogą być oferowane przez ubezpieczycieli jedynie za pośrednictwem agentów. Agentem takim był w niniejszej sprawie pozwany (...) SA w W..

Odnośnie do powództwa w stosunku do pozwanego (...) SA w W., Sąd zważył, co następuje:

Przedmiotem działalności tego pozwanego jest pośrednictwo pieniężne, finansowa działalność usługowa, działalność agencyjna i brokerska (KRS k. 80 i n.). Pozwany ten pełnił rolę pośrednika (agenta) w sprzedaży wyżej opisanego ubezpieczenia grupowego. Oferował swoim klientom - w tym powodowi - możliwość przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie w T. (...) S.A.

Należało odpowiedzieć na pytanie, czy pozwany (...) SA w W. wywiązał się ze swoich obowiązków wobec powoda w sposób właściwy, a jeżeli nie - to czy ponosi z tego tytułu odpowiedzialność wobec powoda.

Pomocne w ocenie zachowania tego pozwanego są, zdaniem Sądu, przepisy ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (dalej: u.p.n.p.r.). W myśl tych przepisów praktyka rynkowa stosowana przez przedsiębiorców wobec konsumentów, jest nieuczciwa, jeżeli jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcić zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu, w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu (art. 4 ust. 1). Przepis ten zawiera klauzulę generalną, natomiast poszczególne przykłady nieuczciwych praktyk rynkowych zawierają kolejne przepisy. Zgodnie z art. 5 ust. 1 ww. ustawy praktykę rynkową uznaje się za działanie wprowadzające w błąd, jeżeli działanie to w jakikolwiek sposób powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął. Oceny nieuczciwości praktyki rynkowej stosowanej przez przedsiębiorców dokonuje się według dwóch kryteriów: 1) sprzeczności z dobrymi obyczajami, oraz 2) zniekształcenia lub możliwości zniekształcenia zachowania rynkowego przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu.

Przez dobre obyczaje należy w tym przypadku rozumieć, zdaniem Sądu, szczególną umiejętność, staranność zawodową, uczciwość działania oraz dobrą wiarę w relacji konsument - przedsiębiorca.

Praktyką istotnie zniekształcającą zachowanie gospodarcze konsumenta jest takie działanie, które znacząco osłabia zdolność konsumenta do podjęcia decyzji w warunkach dostatecznej wiedzy i przez to powoduje, że konsument podejmuje decyzję dotyczącą określonej umowy, jakiej w innym przypadku by nie podjął. W myśl art. 5 ust. 3 pkt 2 u.p.n.p.r wprowadzające w błąd działanie może w szczególności dotyczyć cech produktu, w szczególności możliwości i spodziewanych wyników zastosowania produktu oraz ryzyka i korzyści związanych z produktem.

W ocenie Sądu zachowanie pozwanego podczas zawierania umów z powodem nie stanowiło nieuczciwej praktyki rynkowej. Sposób prezentacji przedmiotowego produktu finansowego przez pozwaną spółkę (działającą poprzez Doradcę M. Z.) nie był sprzeczny z dobrymi obyczajami, gdyż Doradca finansowy poinformował powoda o całym ryzyku związanym z inwestycją, o jakim posiadał wiedzę, a dołożył przy tym staranności, by tę wiedzę osiągnąć i ją zweryfikować. Doradca działający w imieniu pozwanego (...) SA w W. nie poprzestał na szkoleniach i przedstawieniu dostarczonej prezentacji, ale sam wraz z kolegami - na tyle, na ile pozwalały mu na to jego umiejętności i wiedza ekonomiczna - sprawdził poprawność prezentowanych przez Ubezpieczyciela symulacji i był przekonany o ich poprawności. Doradca był przekonany, jak ustalono w opisanym stanie faktycznym, że rekomenduje powodowi produkt rzeczywiście najlepszy spośród oferowanych wtedy na rynku, poinformował powoda - co ostatecznie przyznał także sam powód - o tym, jakie ryzyko niesie ze sobą inwestowanie składki w rynek kapitałowy na wypadek spadków na rynku, powiadomił także o tym, jakiej wysokości opłat za wcześniejsze rozwiązanie umowy będzie żądał Ubezpieczyciel.

Pozwany (...) SA w W. (działający za niego Doradca) nie uprzedził wprawdzie powoda o tym, że może ponieść stratę nawet, jeżeli rynek kapitałowy (mierzony którymkolwiek z powszechnie wykorzystywanych na danym rynku wskaźników, takich jak WIG, DAX, Dow Jones czy S&P500) pójdzie w górę; nawet wtedy, gdy te wzrosty przewyższą stopę oprocentowania zwrotu kapitału, jaki Ubezpieczyciel udostępnił początkowo powodowi (dźwignia finansowa), a który powód zwracał Ubezpieczycielowi stopniowo z każdą miesięczną składką ubezpieczeniową pod pozorem opłat administracyjnych; a nawet wtedy, gdy indeksy (...), na których oparte były Fundusze, będą zwyżkować. **Jednak Sąd nie znalazł wystarczających dowodów na to, by brak tej informacji był zawiniony przez pozwanego.** Przeciwnie: z uznanych przez Sąd za wiarygodne zeznań doradcy jako świadka, wynika, że Doradca nie wiedział o takim ryzyku, a nawet - że do dziś uważa to za niemożliwe. Świadczy to zdaniem Sadu jedynie o tym, że nawet pozwany pośrednik nie wiedział o tym, jaki jest rzeczywisty mechanizm wyliczania wartości rachunku ubezpieczonego - a co za tym idzie, świadczenia Ubezpieczyciela.

W sytuacji braku wykazania winy pozwanego (...) SA w W. w niedostatecznym poinformowaniu powoda o istotnych cechach oferowanego produktu ubezpieczeniowego (P. i P. (1)) - nie ma przesłanek dla odpowiedzialności odszkodowawczej tego pozwanego na zasadach ogólnych (art. 415 k.c), zaś żadne przepisy nie statuują tu takiej odpowiedzialności na zasadzie ryzyka. Zdaniem Sądu pozwany (...) SA w W. nie odpowiada też wobec powoda z tytułu bezpodstawnego

17

wzbogacenia - nie wykazano bowiem, aby wzbogacił się kosztem powoda. Prowizję otrzymał bowiem nie od powoda, ale od Ubezpieczyciela. Nawet jeśli Ubezpieczyciel przeznaczył na to środki otrzymane od powoda - to nie ma tu bezpośredniego wzbogacenia kosztem majątku powoda.

Dlatego też powództwo w stosunku do pozwanego (...) SA w W. Sąd oddalił.

Odnośnie do powództwa w stosunku do pozwanego Towarzystwa (...) SA w W., Sąd zważył, co następuje:

Powód opierał powództwo przeciwko temu pozwanemu na tym, że przedmiotowe umowy są nieważne, a ponadto, że postanowienia o opłatach likwidacyjnych w tych umowach są niedozwolone, nie były negocjowane indywidualnie i dlatego nie wiążą powoda; wskazywał też na naruszenie przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Pozwany Ubezpieczyciel zaś podnosił, że czynności związane z przystąpieniem powoda do ubezpieczenia grupowego P. i P. (1) powód podejmował nie z pozwanym Ubezpieczycielem, ale z (...) SA w W.. Jeśli zatem nawet powód został przy tym wprowadzony w błąd, to po pierwsze, jego upłynął już termin do uchylenia się przezeń od skutków złożenia oświadczenia woli pod wpływem błędu; po wtóre ewentualne roszczenia odszkodowawcze (z deliktu) są już przedawnione; po trzecie - ewentualnego deliktu dopuścił się (...) SA w W., a nie Ubezpieczyciel; wreszcie - nawet gdyby przyjąć, że Ubezpieczyciel powierzył pośrednikowi wykonanie tych czynności - to nie ponosi winy w wyborze profesjonalisty (art. 429 k.c).

Jak wskazano wyżej, praktyka rynkowa stosowana przez przedsiębiorców wobec konsumentów jest nieuczciwa, jeżeli jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcić zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu, w trakcie jej zawierania lub po jej zawarciu (art. 4 ust. 1). W myśl art. 12 ust. 1 u.p.n.p.r. w razie dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej konsument, którego interes został zagrożony lub naruszony, może żądać m.in. naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych, w szczególności żądania unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez przedsiębiorcę kosztów związanych z nabyciem produktu.

Interes prawny konsumenta podlegający ochronie w postępowaniu cywilnym to obiektywna w świetle obowiązujących przepisów prawa, wywołana rzeczywistym naruszeniem lub zagrożeniem określonej sfery prawnej potrzeba uzyskania wyroku o określonej treści. Powód twierdził, że na skutek nieuczciwej praktyki rynkowej został wprowadzony w błąd, podpisując umowę bez świadomości w zakresie ryzyka związanego z przystąpieniem do przedmiotowego produktu finansowego.

Pozwany podniósł zarzut przedawnienia roszczeń powoda, wskazując, że wprowadził powód wniósł pozew 23 lipca 2013 r., ale delikt jako podstawę faktyczną wskazał dopiero w piśmie z dnia 4 czerwca 2014 r. - zaś umowy zawarł w roku 2009. Przed dniem 4 czerwca

2014 r. upłynął zatem 3 letni okres na dochodzenie roszczeń określonych w art. 12 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Zgodnie bowiem z art. 14 u.p.n.p.r. roszczenia z tytułu nieuczciwej praktyki rynkowej, o których mowa w art. 12 ust. 1 pkt 1-3 i 5 u.p.n.p.r., ulegają przedawnieniu z upływem lat trzech, a bieg przedawnienia rozpoczyna się oddzielnie, co do każdego naruszenia.

Zarzut ten nie był, zdaniem Sądu, uzasadniony. Już w uzasadnieniu pozwu powód dokładnie opisał stan faktyczny, na podstawie którego żądał od pozwanego zapłaty. Żaden przepis nie nakłada na stronę obowiązku wskazania podstawy prawnej jej roszczeń; przeciwnie, to Sąd, mając na uwadze wszystkie fakty przedstawione przez stronę, ma za zadanie znaleźć odpowiednie przepisy, które mają zastosowanie w określonym stanie faktycznym. Oczywiście w sytuacji konkurencji roszczeń ich wybór należy do uprawnionego, ale w niniejszej sprawie powód od początku domagał się od pozwanego zapłaty konkretynej kwoty - a zastosowanie odpowiedniego reżimu prawnego pozostawił do uznania Sądu. Nie sposób czynić mu z tego zarzutu. Wskazanie w piśmie z dnia 4 czerwca 2014 r. różnych możliwych reżimów prawnej odpowiedzialności pozwanego nie można w tym kontekście rozumieć jako modyfikacji podstawy powództwa, albowiem podstawa prawna nie wiąże Sądu, zaś podstawa faktyczna pozostała niezmieniona.

Na marginesie należy zaznaczyć, że nawet gdyby termin przedawnienia roszczenia powoda przeciwko pozwanemu o zapłatę upłynął przed wniesieniem pozwu - to zdaniem Sądu w okolicznościach faktycznych sprawy podniesienie tego zarzutu musiałoby i tak zostać uznane za nadużycie prawa ze strony pozwanego Ubezpieczyciela. Powód jako konsument poniósł bowiem ogromne straty - w wyniku przede wszystkim ciężkiego naruszenia obowiązków informacyjnych względem niego. Został mianowicie celowo wprowadzony w błąd. I nie chodzi tu o niedopełnienie obowiązku informacyjnego o cechach produktu przez agenta ubezpieczeniowego - co także miało miejsce, choć tam Sąd nie znalazł dowodów na to było to ze strony agenta działanie zawinione. Zdaniem Sądu decydujące znaczenie ma tu takie celowe skonstruowanie oferty przez Ubezpieczyciela, że była ona po prostu w niewiarygodnym stopniu oszukańcza - o czym w dalszej części uzasadnienia. Z tego względu nawet gdyby przedawnienie roszczenia powoda przeciwko Ubezpieczycielowi istotnie nastąpiło - Sąd nie mógłby i tak tego zarzutu Ubezpieczyciela uwzględnić.

Przepis art. 12 ust. 1 pkt 4 - u.p.n.p.r. statuuje roszczenie o naprawienie szkody wyrządzonej w wyniku popełnienia nieuczciwej praktyki rynkowej - na zasadach ogólnych określonych w k.c, a zatem wedle przepisów art. 361-363 k.c. oraz art. 415 i n. k.c. dotyczących odpowiedzialności deliktowej. Wskazane odesłanie oznacza, że w kwestii wystąpienia z roszczeniem o naprawienie szkody wyrządzonej nieuczciwą praktyką rynkową stosuje się przepisy k.c. dotyczące odpowiedzialności za czyny niedozwolone wraz z zasadami obowiązującymi w zakresie ustalenia odszkodowania. Konsumentowi przysługuje roszczeniem o naprawienie wyrządzonej szkody w razie dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej wtedy, gdy:

- 1) dokonano nieuczciwej praktyki rynkowej - tj. praktyki rynkowej, która jest sprzeczna z prawem lub dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcić zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta;
- 2) wystąpiła szkoda o charakterze majątkowym lub niemajątkowym;
- 3) zdarzeniem warunkującym odpowiedzialność za powstałą szkodę jest stosowana przez pozwanego przedsiębiorcę nieuczciwa praktyka rynkowa;
- 4) zachodzi związek przyczynowy pomiędzy zdarzeniem wyrządzającym szkodę a zaistnieniem szkody;
- 5) sprawcy nieuczciwej praktyki rynkowej można przypisać winę.

Jak jednak wynika z ustalonego stanu faktycznego oraz przedstawionych wyżej rozważań dotyczących nieuczciwych praktyk rynkowych, istotą niniejszej sprawy nie jest dopuszczenie się przez pozwanego Ubezpieczyciela nieuczciwej praktyki. Nieuczciwe praktyki rynkowe wiążą się bowiem przede wszystkim z naruszeniem prawa konsumentów do informacji o produkcie - rzetelnej i nie wprowadzającej w błąd. Tymczasem w ocenie Sądu istotą problemu w niniejszej sprawie nie jest sposób przedstawienia produktu powodowi ani stan świadomości powoda co do cech tego produktu. Istotą problemu jest w niniejszej sprawie sam produkt, który w ocenie Sądu jest tak skonstruowany, że żadna, choćby najlepsza o nim informacja - nie spowoduje, że stanie się on uczciwy.

Oczywiście powód został o oferowanych umowach poinformowany wadliwie, nierzetelnie, w sposób niepełny a częściowo i nieprawdziwy (art. 24 ust. 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów) - to jednak, jak słusznie podnosi pozwany, leżało w zakresie kompetencji agenta, a nie Ubezpieczyciela.

Oczywiste jest dla Sądu także to, że pozwany Ubezpieczyciel naruszył zawarty w art. 24 ust. 1 u.o.o.k.i.k. zakaz stosowania postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, o którym mowa w art. 479<sup>45</sup> kpc - bo takim było postanowienie każdej z przedmiotowych umów dotyczące opłaty likwidacyjnej. Sąd podziela w pełni stanowisko powoda w tym zakresie. Jest dla Sądu jasne, że:

- zapisy te nie były negocjowane indywidualnie;
- są tożsame z zapisanymi w rejestrze klauzul niedozwolonych pod poz. 2161 i ich stosowanie jest zabronione;
- opłaty likwidacyjne nie są świadczeniem głównym tych umów: świadczeniami głównymi są składki ubezpieczeniowe po stronie ubezpieczonego i wypłata sumy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela; kwota opłaty likwidacyjnej była jedynie potrącana przez Ubezpieczyciela z kwoty stanowiącej jego świadczenie główne;
- Ubezpieczyciel nie może ze składek ubezpieczonego pokrywać kosztów poniesionych przez siebie z tytułu prowizji dla agenta - nie są to bowiem koszty związane z konkretną umową ubezpieczenia, ale koszty własne Ubezpieczyciela, koszty ogólne prowadzenia przezeń działalności: ubezpieczony nie ma bowiem na nią wpływu i nie jest stroną umowy zawartej przez Ubezpieczyciela z agentem;

- zgodnie z art. 761<sup>3</sup> i 761<sup>4</sup> k.c., jeżeli umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a ubezpieczonym agentem ma być wykonywana częściami, agent nabywa prawo do prowizji w miarę wykonywania tej umowy; natomiast w razie rozwiązania umowy z przyczyn nie leżących po stronie Ubezpieczyciela (np., jak w niniejszej sprawie, wypowiedzenia umowy przez ubezpieczonego) - agent nie może żądać prowizji, a prowizja już wypłacona podlega

## 20

zwrotowi; wprawdzie są to przepisy semiimperatywne, ale nawet jeżeli umowa pomiędzy Ubezpieczycielem a agentem zawiera postanowienia korzystniejsze dla agenta, to ubezpieczony nie może ponosić skutków takiej niefrasobliwej postawy Ubezpieczyciela; szczególnie uwidacznia się to w niniejszej sprawie, gdzie pozwani są podmiotami powiązanymi kapitałowo i prowizja przerzucana na ubezpieczonego służyłaby jedynie wyprowadzaniu znaczącej części składki z Funduszu Ubezpieczeniowego do majątku spółki znajdującej się wraz z Ubezpieczycielem w jednej grupie kapitału;

- opłaty likwidacyjne są tak wysokie (80 %), że pochłaniają lwią część składki zwracanej ubezpieczonemu, co należy uznać za niedopuszczalne z punktu widzenia zasad współżycia społecznego (art. 58 k.c.).

W związku z tak wysoką opłatą likwidacyjną rezygnacja przez ubezpieczonego z dalszego wnoszenia składek ubezpieczeniowych (w rozpatrywanym okresie czasu) skutkowało utratą niemal wszystkich środków, jakie zostały uzyskane poprzez wykup jednostek uczestnictwa. W istocie więc Ubezpieczyciel przewidział tu dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy - bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami, przy czym zastrzeżenie to ma charakter uniwersalny tzn. jest całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa.

Tak sformułowane postanowienie narusza dobre obyczaje gdyż sankcjonuje przejście przez ubezpieczyciela ogromnej części wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Nie wystarcza tu ogólnikowe powołanie się na rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu alokowanych środków jest w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia wyższy niż w następnych z uwagi na wyższe opłaty manipulacyjne. Nie stanowi też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter.

Kwestionowany zapis rażąco narusza interes konsumenta gdyż prowadzi do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści kosztem ubezpieczonego - zwłaszcza wówczas, gdy ten ostatni wpłaci na swój rachunek pierwszą składkę o znacznej wartości - prowizja bowiem, której pochodną jest opłata likwidacyjna, jest wyliczana jako 60 lub 75 % tej składki. Słusznie zatem powód wskazywał, że przedmiotowa klauzula wypełnia dyspozycję przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Te wszystkie przyczyny powodują, że zapisy w obu umowach o opłacie likwidacyjnej

- są nieważne i nie wiążą powoda, a zatem pozwany Ubezpieczyciel nie powinien był ich potrącić z kwoty wypłacanej powodowi.

Niezasadnie też pozwany podnosi, że nie jest w tym zakresie wzbogacony, gdyż z tej opłaty pokrył prowizję agenta. Jak bowiem wskazano wyżej, nawet jeśli pozwany rzeczywiście z tej opłaty likwidacyjnej pokrył prowizję agenta (...) SA w W. - to czyniąc to powinien był liczyć się z obowiązkiem zwrotu powodowi tej kwoty (art. 409 in fine k.c). Wiedział bowiem o wpisaniu podobnego postanowienia o opłatach likwidacyjnych do rejestru klauzul niedozwolonych (rejestr jest jawny, a pozwany to profesjonalista).

Ponieważ pozwany Ubezpieczyciel jest profesjonalistą, to oczywiście powinien był wiedzieć, konstruując owe produkty (P. i P. (1)), że zawiera w nich niedozwoloną klauzulę o opłacie likwidacyjnej - a to, że to uczynił, i następnie pobierał te opłaty likwidacyjne - wskazuje na to, że świadomie dążył do bezprawnego pozbawienia ubezpieczonych należnych im środków. Pozwala to na przypisanie pozwanemu winy i uzasadnia żądanie odszkodowania, poza uzasadnionym roszczeniem z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia, które to roszczenie powód zgłosił jako pierwsze.

Powyższe okoliczności Sąd dostrzegł i podzielił stanowisko powoda w tym zakresie -jednak nie to uczynił podstawą rozstrzygnięcia w wyroku.

**Otóż Sąd uwzględnił powództwo dlatego, że uznał obie przedmiotowe umowy za nieważne od początku w całości (a nie tylko w zakresie zapisu o opłatach likwidacyjnych) - a to dlatego, że umowy te kształtowały zobowiązanie Ubezpieczyciela sprzecznie z naturą stosunku zobowiązaniowego w ogóle.** Wobec zaś nieważności tych umów - strony obowiązane były zwrócić sobie nawzajem świadczenia, które otrzymały. To zaś oznacza, że pozwany Ubezpieczyciel powinien zwrócić powodowi całość kwot, które powód na jego rzecz wpłacił w związku z tymi umowami (art. 410 § 2 k.c).

Sąd przeprowadził przy tym następującą analizę:

Otóż do każdego z ubezpieczeń grupowych: P. i P. (1) Ubezpieczyciel utworzył wydzielony rachunkowo Fundusz (UFK - Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy). Tworzyły go składki (składki pierwsze i potem bieżące składki miesięczne) wpłacane przez ubezpieczonych, którzy przystąpili do tych ubezpieczeń grupowych - także przez A. K. - **po pomniejszeniu tych składek o opłaty administracyjne.** Oznacza to, że inwestowaniu nie podlegała część składek:

- przeznaczona przez Ubezpieczyciela na pokrycie kosztu prowizji wypłacanej pośrednikowi ( (...)),
- pobrana przez Ubezpieczyciela jako stopniowy zwrot „udostępnionego” kapitału (4/5 składki zainwestowanej)
- i pobrana przez Ubezpieczyciela jako procentowe wynagrodzenie za „udostępnienie” tego kapitału.

Przy wpłacie pierwszej składki Ubezpieczyciel kupował bowiem na rachunek ubezpieczonego jednostki Funduszu za całą składkę zainwestowaną - co nazywano dźwignią finansową i reklamowano jako zaletę produktu, polegającą na tym, że od początku pracuje dla klienta cała składka, choć wpłaci najpierw tylko jej 1/5, a resztę będzie wpłacał ratami przez 15 lat w postaci składek bieżących.

W rzeczywistości oznaczało to, że w Funduszu była 1/5 środków wpłaconych od razu przez ubezpieczonych oraz 4/5 funduszy Ubezpieczyciela. Środki te były zainwestowane w rynek kapitałowy (z zapisaniem ich na rachunkach ubezpieczonych) - przy czym całe ryzyko inwestycyjne ponosili ubezpieczeni. Ubezpieczyciel miał pewny zysk z „użyczenia” ubezpieczonym swoich funduszy - z każdej składki bieżącej potrącał bowiem w ramach opłaty administracyjnej procent należny mu za to udostępnienie kapitału, oraz część udostępnionego kapitału. Mechanizm dźwigni finansowej powodował zatem, że do Funduszu

Kapitałowego celem zainwestowania w rynek kapitałowy Ubezpieczyciel wkładał 4/5 swoich środków i 1/5 środków ubezpieczonych, a następnie w ciągu całego okresu trwania umowy (15 lat) odzyskiwał ratami włożony tam kapitał (w miarę, jak zastępował go kapitał dokładany stopniowo przez ubezpieczonych płacących co miesiąc składki bieżące) wraz z płaconym na bieżąco oprocentowaniem wynoszącym (razem z potrącanym także na bieżąco w ratach kosztem prowizji pośrednika równej 60 lub 75 % pierwszej składki) ok. **16 % rocznie. Był to pewny zarobek - niezależny od wahań i notowań rynku kapitałowego - z inwestycji Ubezpieczyciela** odpowiadającej w swojej funkcji ekonomicznej funkcji i charakterowi pożyczki.

W tym samym czasie środki ubezpieczonych zainwestowane na rynku kapitałowym poprzez owe Fundusze mogły przynosić im zysk albo stratę - ale w każdym razie Ubezpieczyciel nie gwarantował zysku (§ 3 Regulaminów UFK). Jediną gwarancją braku nominalnej straty (nie uwzględniającej inflacji) była gwarancja wypłaty kapitału po 15 latach trwania umowy - co znaczy, że po 15-tu latach ubezpieczony nie mógł otrzymać nominalnie mniej, niż wpłacił z tytułu wszystkich składek - minus podatek.

Żeby te zainwestowane przez ubezpieczonego pieniądze w ciągu tych 15-tu lat cokolwiek dla ubezpieczonego zarobiły, inwestycja musiałaby przynieść zysk wyliczony indeksem Banku (...) (przy P.: (...); przy P. (1): (...) ( (...)) (...) ( (...): (...)). Tymczasem, jak ustalono, wartość tych indeksów była publikowana tylko na płatnym anglojęzycznym internetowym serwisie finansowym B., zaś metoda wyliczania tego indeksu - była i pozostała dla ubezpieczonych tajna. W dodatku, jak ustalono, nie jest to indeks typu WIG20 czy Dow Jones - to znaczy jego sposób wyliczenia nie jest wprost zależny od kursu akcji czy obligacji określonych firm, będących przedmiotem obrotu na rynku regulowanym. Jak ustalono, sposób wyliczenia tego indeksu nie był znany nawet przedstawicielowi (...) zatrudnionemu tam Doradcy M. Z.; to dlatego świadek ten w czasie zeznań nie był w stanie uwierzyć, że wartość rachunku powoda mogła zmaleć pomimo wzrostów na rynku, a nawet pomimo wzrostu indeksu (...).

Jedynie zatem pośrednio, wnioskując ze skutku o przyczynie, Sąd uznał, że indeks ów musiał być oparty o instrumenty pochodne z opcją na spadki rynku. Nie ma bowiem innego logicznego wytłumaczenia (poza zwykłym penalizowanym oszustwem) dla zjawiska, gdy przy powszechnie notowanych stałych wzrostach rynku akcji i obligacji - wartość aktywów netto Funduszy malała, malała wartość jednostek tych Funduszy, i w konsekwencji pomimo kolejnych wpłat - malała wartość rachunku powoda. Im więcej pieniędzy powód wpłacał, tym bardziej malała wartość jego środków na rachunku. [Gwoli wyjaśnienia: instrumenty pochodne to takie instrumenty finansowe - niekoniecznie papiery wartościowe - które, najprościej rzecz ujmując, są w sensie ekonomicznym rodzajem zakładów, gdzie stawia się albo na zwyżkę, albo na spadek na rynku finansowym. Nie inwestując w ogóle w akcje ani obligacje - zarabia się na tym, czy trafnie przewidziało się spadek albo wzrost ich wartości.] Dlatego powód został przy zawarciu umowy wprowadzony w błąd: poinformowano go o

ryzyku straty w razie spadków na rynku finansowym - tymczasem stratę przynosiły mu wzrosty.

Jak ustalono, ze zgromadzonych środków (składki początkowej i składek bieżących) po odjęciu „opłat administracyjnych” były nabywane certyfikaty lub obligacje - także oparte na wskazanych indeksach (...). Przy tym ubezpieczony tracił na niedozwolonym spreadzie, tzn. na różnicy ceny nabycia i sprzedaży tych certyfikatów i obligacji przez ich emitentów. Ponieważ, jak ustalono, ani certyfikaty ani obligacje te nie były notowane na rynku regulowanym, czyli nie podlegały normalnemu rynkowemu obrotowi - to ich ceny były ustalane arbitralnie przez emitentów i Ubezpieczyciela. Powód jako ubezpieczony nie miał na to nie tylko żadnego wpływu, ale nawet nie miał o tym wiedzy.

Wartość aktywów netto Funduszy była arbitralnie - w nieznanym sposób - ustalana przez Ubezpieczyciela prowadzącego te Fundusze. Wbrew zapisom w Regulaminach Funduszy, wartości te nie były wyliczane wedle wartości rynkowej, ponieważ jednostki uczestnictwa nie były oferowane na rynku i nie były przedmiotem obrotu. Powód jako ubezpieczony nie miał żadnego wpływu ani nawet żadnej wiedzy o tym, w jaki sposób Ubezpieczyciel tego dokonywał.

Wartość jednostek uczestnictwa w Funduszach nabywanych przy założeniu rachunku (składka pierwsza) była narzucona arbitralnie przez Ubezpieczyciela. Powód jako ubezpieczony znał tę wartość - była ona wskazana w regulaminach Funduszy - ale nie wiedział, z czego ona wynika. Tym bardziej nie wiedział i nie miał żadnego wpływu na to, w jaki sposób wyliczano wartość tych samych jednostek począwszy od kolejnych składek bieżących. Pomiędzy wpłatą pierwszej składki i wpłatą składki bieżącej po upływie zaledwie miesiąca ubezpieczony stracił niemal połowę wartości rachunku. Polegało to na arbitralnym przeliczeniu wartości jednostek: najpierw przy założeniu sztywnej, odgórnie narzuconej ceny za jedną jednostkę przeliczano wpłaconą składkę pierwszą na liczbę jednostek, a po miesiącu przeliczano liczbę tych jednostek na złote (jako wartość rachunku) przyjmując arbitralnie inną, znacząco niższą cenę tych jednostek. Jak ustalono, w przypadku umowy P. wartością jednostki z początkowej 400,- zł po miesiącu spadła do 173,96 zł; w przypadku umowy P. (1) były to odpowiednio kwoty 600,- zł i 270,12 zł. Strata ubezpieczonego była horrendalnie duża, i nie wynikała z wahań rynku, ale z arbitralnych decyzji jego kontrahenta o sposobie rozliczenia. W kolejnych miesiącach wartość ta stopniowo malała - jak ustalono, wartość jednostki z Funduszu P. spadła w ten sposób w ustalonym okresie do 86,09 zł, a P. (1) do 101,03 zł. Tym samym wartość rachunku P. I zmalała w tym czasie z 717.600,- zł do 315.170,49 zł, a P. (1) zmalała ze 158.700,- zł do 31.467,28 zł. Nie wynikało to w żadnym razie z sytuacji na rynku, który notował duże wzrosty, ani nawet z wartości indeksów (...), bo i te odnotowały - wprawdzie niewielki - wzrost. Było to wynikiem wyłącznie arbitralnych decyzji Ubezpieczyciela co do sposobu księgowania tych pozycji rachunkowych.

Podsumowując: każda z umów precyzyjnie i jasno określała świadczenie, do spełnienia którego zobowiązał się ubezpieczony. Natomiast świadczenie Ubezpieczyciela zostało w tych umowach określone w taki sposób, że nie tylko nieznanym był sposób jego

wyliczenia, ale w dodatku w dużej mierze wysokość tego świadczenia zależała od arbitralnych decyzji Ubezpieczyciela, na które Ubezpieczony nie miał wpływu ani nawet nie miał o nich wiedzy. Itak:

- Ubezpieczyciel część składki przeznaczał - pod pozorem opłaty administracyjnej - na pokrycie swoich wydatków z tytułu prowizji dla agenta - choć nie powinien był tego robić, gdyż, jak wyjaśniono wyżej, nie był to koszt związany z tymi umowami, tylko był to ogólny koszt działalności Ubezpieczyciela; a takich kosztów nie wolno Ubezpieczycielowi pokrywać ze składek, które powinny być w całości przekazywane do inwestowania, po potrąceniu jedynie kosztów związanych z tą konkretną umową; z tego powodu z inwestowania było wyjęte łącznie aż 60 lub 75 % pierwszej składki;
- Ubezpieczyciel część składki przeznaczał - w ramach opłaty administracyjnej - na swój zysk ze swojego kapitału zainwestowanego w Fundusz a zapisanego na rachunek ubezpieczonego - wedle stopy 16 % rocznie - przy czym ubezpieczony nie wiedział, jaką część opłaty administracyjnej stanowi ten zysk;
- ta część składki, która była inwestowana w Fundusz, była przeliczana arbitralnie przez Ubezpieczyciela (tzn. zależnie jedynie od jego woli) na jednostki uczestnictwa i księgowana na rachunku ubezpieczonego - w sposób niezależny od ubezpieczonego i nieznanym mu;
- tak ustalona wartość księgowa rachunku była podstawą do ustalenia wysokości świadczenia Ubezpieczyciela w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego albo wcześniejszego zakończenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego;

wielkość ewentualnego zysku ubezpieczonego, którego wypłatę gwarantował Ubezpieczyciel po zakończeniu okresu odpowiedzialności (15 lat), zależała od indeksu (...), którego wartość ani metoda wyliczenia nie były jawne dla

ubezpieczonego, a przy tym nie zależał on wprost od ruchu cen na rynkach finansowych; od wartości tego indeksu nie zależała wprost także wartość aktywów Funduszu, a co za tym idzie - także wartość jednostek uczestnictwa i wartość rachunku ubezpieczonego - ponieważ nawet przy wzroście tego indeksu o ponad 1 % wartość rachunku i tak malała o około 50 %;

- przy wypowiedzeniu umowy przed upływem okresu ubezpieczenia wartość rachunku -która wyznaczała wielkość świadczenia Ubezpieczyciela - malała także na skutek spreadu stosowanego przez emitentów certyfikatów i obligacji, w które lokowane były aktywa Funduszy.

Wszystko to prowadzi do wniosku, że świadczenie Ubezpieczyciela, do którego był zobowiązany wobec powoda, nie było określone w umowie w sposób stanowczy i konkretny, ale w taki sposób, który umożliwiał kształtowanie wielkości tego świadczenia przez samego Ubezpieczyciela poprzez jego arbitralne decyzje, na które druga strona umowy - ubezpieczony - nie miał żadnego wpływu.

***Jest to sprzeczne z naturą stosunku zobowiązaniowego jako takiego. Niedopuszczalne jest, by dłużnik mógł zwolnić się z zobowiązania poprzez spełnienie świadczenia, którego kształt i wysokość sam arbitralnie określi.***

Zgodnie z przepisem art. 353<sup>1</sup> k.c. strony stosunku zobowiązaniowego mogą swobodnie kształtować jego treść - ale tę swobodę umów delimituje właściwość (natura) stosunku obligacyjnego. Pojęcie to nie jest jednoznacznie wyjaśniane w piśmiennictwie, a w

orzecznictwie pojawia się najczęściej w ocenie dokonywanej na podstawie innego kryterium ograniczającego kompetencję stron umowy do swobodnego kształtowania jej treści. Należy podzielić stanowisko, że korzystając ze swobody umów, podmioty nie mogą ukształtować stosunku prawnego w ten sposób, iż nie odpowiadałby on podstawowym cechom charakterystycznym dla obowiązującego w polskim systemie prawnym modelu stosunku obligacyjnego lub też modelu określonego rodzaju zobowiązania. Natomiast wobec możliwości zawierania umów nienazwanych, określone przez ustawodawcę cechy charakterystyczne dla poszczególnych typów stosunków obligacyjnych (sprzedaży, zlecenia itp.) mogą być pomocne przy badaniu zgodności z zasadami współzycia społecznego, jako kryteria oceny dochowania reguł słuszności kontraktowej (por. Z. Radwański, A. Olejniczak, Zobowiązania, 2012, nb 356-358; por. także: P. Machnikowski (w:) E. Gniewek, P. Machnikowski, Komentarz, 2013, art. 3531, nb 27-29; R. Trzaskowski, Granice swobody..., s. 300 i n.; M. Safjan (w:) K. Pietrzykowski, Komentarz, t. I, 2011, art. 3531, nb 17-23; por. także wyrok SN z dnia 12 kwietnia 2006 r., III CSK 25/06, LEX nr 195387 oraz wyrok SN z dnia 9 listopada 2006 r., IV CSK 208/06, Pr. Bank. 2007, nr 7-8, s. 4).

Ustalenie właściwości zobowiązań, a więc natury każdego stosunku obligacyjnego lub stosunku określonego rodzaju, następuje na podstawie analizy obowiązującego prawa, a tym samym może wywoływać wątpliwości co do zasadności wyróżnienia w kodeksie kolejnego (obok sprzeczności z ustawą) ograniczenia swobody umów. Życzliwy dla ustawodawcy pogląd wskazuje, że kryterium natury zobowiązania, intuicyjnie kojarzone, ułatwić może uzasadnienie oceny przekroczenia granic swobody umów (por. P. Machnikowski (w:) E. Gniewek, P. Machnikowski, Komentarz, 2013, art. 3531, nb 30). „Granice swobody kontraktowej wyznaczone są przepisem art. 353<sup>1</sup> k.c. wskazującym, że treść lub cel umowy nie mogą się sprzeciwiać właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współzycia społecznego. Właściwość (naturę) stosunku wyznaczają kwestie podmiotowe, treść i cel zobowiązania (por. glosa M. Grzybowskiego do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 5 listopada 1996 r. II CKN 4/96 Glosa 1997/6 str. 28).” (wyrok SA w Warszawie z 19 marca 2008 r., I ACa 1386/2007). „Wynikające z art. 353<sup>1</sup> kc ograniczenie, polegające na konieczności respektowania natury danego stosunku prawnego, jest przez doktrynę interpretowane w dwojaki sposób. Interpretacja szersza prowadzi do uznawania za sprzeczne z naturą zobowiązania takiego zniekształcenia umowy typowej, znanej prawu zobowiązań, które wykracza poza ramy stosunku umownego, akceptowanego w sferze danego ustawodawstwa, gdy jednocześnie nie istnieje podstawa do rozumienia stosunku jako umowy o charakterze mieszanym, którą strony pragną zawrzeć. Interpretacja węższa oznacza sprzeczność przewidywanych warunków umowy z jakąkolwiek rozsądną wykładnią stosunku prawnego mieszczącego się w sferze dostępnych naszemu

ustawodawstwu instytucji." (tak Uchwała Pełnego Składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 28 kwietnia 1995 r. III CZP 166/94).

Ograniczenie wynikające z natury, właściwości stosunku prawnego to pozostawianie postanowień umownych w sprzeczności z jakąkolwiek rozsądną interpretacją stosunku prawnego dającego się zmieścić w sferze dostępnych instytucji czy nie prowadzi do podważenia sensu nawiązywanej więzi obligacyjnej. Umowy zawarte przez strony to, jak wskazano, umowy o charakterze mieszanym z niewielkim elementem umów ubezpieczenia i silnym elementem inwestycyjnym. Dokonując oceny zgodności treści i celu tych umów z

naturą stosunku prawnego trzeba oczywiście mieć na uwadze stopień ich utrwalenia się w praktyce obrotu, (por. wyrok SA w Warszawie z dnia 26 stycznia 2006 r., VI ACa 841/2005). Zdaniem Sądu orzekającego w niniejszej sprawie, pomimo powszechności tego typu umów (jak się powszechnie przyjmuje, w obrocie pozostaje około 3-4 mln polis lokat z funduszem kapitałowym) - jedynie ich pewna część to polisy strukturyzowane takie jak P. czy P. (1); a jedynie pewną ich część stanowią ubezpieczenia P. i P. (1). Oczywiście, są to polisy w ramach ubezpieczeń grupowych, ale nawet relatywnie duża ich ilość nie może, zdaniem Sądu, spowodować tego, żeby można je było uznać za umowy ważne, mieszczące się w granicach swobody umów. Stopień arbitralności Ubezpieczyciela i nakierowanie jego działań na uzyskanie zysku z całkowitym pominięciem interesu ubezpieczonych - są tak znaczące, że produkty te trzeba uznać wręcz za oszukańcze.

W przypadku "zwykłych" polis inwestycyjnych, pieniądze ubezpieczonych są inwestowane w fundusze inwestycyjne akcji czy obligacji notowanych na rynku regulowanym - czyli dostępnych w obrocie giełdowym, posiadających rzeczywiście wartość rynkową, przedstawiających określoną rzeczywistą i mierzalną wartość kapitałową. Tymczasem polisy strukturyzowane - takie jak P. i P. (1) - są inwestycją w fundusze, potocznie mówiąc, wirtualne. Nie są to fundusze akcji ani obligacji, tylko specjalne wehikuly inwestycyjne, utworzone w konkretnym celu - by lokować w nich pieniądze z polis strukturyzowanych. W funduszach tych nie ma żadnych akcji czy obligacji notowanych na rynku regulowanym, nie ma niczego, co miałoby faktycznie jakąś wartość rynkową - są za to certyfikaty czy obligacje, z których zysk jest uzależniony od wartości indeksów bankowych, których wartość z kolei jest uzależniona - nie wiadomo od czego. Metoda ich liczenia jest bowiem utajniona nie tylko co do tego, w co są inwestowane (co można uznać za normalne w warunkach konkurencji na rynku), ale nawet - czy są inwestowane w papiery wartościowe czy w instrumenty pochodne, a jeśli w instrumenty pochodne - to czy obliczone na wzrost czy na spadek. Wiadomo tylko, że fundusz ma na koniec trwania okresu ubezpieczenia ochronę kapitału w kwocie nominalnej minus podatek - co oczywiście zdecydowanie nie odpowiada celowi inwestycyjnemu ubezpieczonego. Za to pewny jest zarobek Ubezpieczyciela, który z bieżących składek zarabia 16 % w stosunku rocznym od zainwestowanego kapitału.

O ile w zwykłych polisach inwestycyjnych klienci są zagrożeni utratą pieniędzy dopiero wtedy, jeśli wycofają się z inwestycji (gdy z ich wypłaty potrącone będą opłaty likwidacyjne), o tyle w polisach strukturyzowanych największe straty wynikają już z samej przeceny wartości tego "specjalnego" funduszu inwestycyjnego. ***Przecena ta następuje zaś na podstawie mechanizmu nieujawnionego w umowie, mechanizmu zależnego wyłącznie od Ubezpieczyciela. Wielkość świadczenia Ubezpieczyciela w obu umowach jest niepewna nie dlatego, że wynikać może z oczywistych wahań rynku kapitałowego; nie jest pochodną normalnego ryzyka inwestycyjnego - ale została ukształtowana w sposób całkowicie niewiadomy, a zależny jedynie od samego Ubezpieczyciela.***

Z przedstawionych wyżej względów Sąd uznał, że w sytuacji, gdy warunki umowy tak dalece nie pozwalają na określenie wielkości świadczenia jednej z zobowiązanych stron, prowadzi to do tak dalekiego zniekształcenia stosunku obligacyjnego, że koliduje to z jego

naturą. Warunki tych umów są sprzeczne z jakąkolwiek rozsądną interpretacją jakiegokolwiek stosunku zobowiązaniowego w kształcie nadanym mu przez nasze ustawodawstwo.

Z tego powodu Sąd uznał te umowy za nieważne, na podstawie art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 k.c.

Wobec tego, że powód świadczył na rzecz pozwanego ubezpieczyciela na podstawie umów, które okazały się ab initio nieważne (*condictio sine causa*), w sprawie znajduje zastosowanie przepis art. 405 k.c. w zw. z art. 410 § 1 k.c., zgodnie z którym w takim przypadku pozwany powinien zwrócić powodowi to, co od niego otrzymał - jest bowiem w tym zakresie bezpodstawnie wzbogacony.

*Condictio sine causa* powstaje w sytuacji, w której spełnieniu świadczenia towarzyszyło dokonywanie czynności prawnej zobowiązującej, jednak zobowiązanie nigdy nie zaistniało, ponieważ, zgodnie z art. 410 § 2 k.c.: ta „czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia”. Przyczyną nieważności wskazanej czynności prawnej jest jej wadliwość albo niezachowanie formy, sprzeczność z prawem lub zasadami współżycia społecznego, powodujące zastosowanie art. 58 k.c., zastrzeżenie świadczenia niemożliwego; wynikać może także z przepisów szczególnych. Podstawę prawną roszczenia o zwrot świadczenia stanowią wtedy wskazane wyżej przepisy art. 405 w zw. z art. 410 § 2 k.c. i w tym stosunku obligacyjnym ma swoje źródło kondykcja *sine causa*, a nie w nieważnym stosunku umownym.

Ogólne przesłanki bezpodstawnego wzbogacenia należy rozumieć specyficznie w przypadku nienależnego świadczenia. Sam fakt spełnienia nienależnego świadczenia uzasadnia roszczenie kondykcyjne. W takim też przypadku nie zachodzi potrzeba badania, czy i w jakim zakresie spełnione świadczenie wzbogaciło osobę, na rzecz której świadczenie zostało spełnione (*accipiensa*), jak również czy majątek spełniającego świadczenie (*solvensa*) uległ zmniejszeniu. Uzyskanie nienależnego świadczenia wypełnia bowiem przesłankę powstania wzbogacenia, a spełnienie tego świadczenia przesłankę „zubożenia” (tak SN w wyroku z 24 listopada 2011 r., I CSK 66/11).

Powtórzyć jednak trzeba to, co zostało już wskazane powyżej przy okazji omówienia abuzywnego charakteru postanowień o opłatach likwidacyjnych. Pozwany ubezpieczyciel jako profesjonalista na rynku ubezpieczeń musiał zdawać sobie sprawę z tego, że takie a nie inne skonstruowanie ubezpieczeń P. i P. (1) w sposób niedopuszczalny kształtuje jego świadczenie, zastrzega korzyści jedynie dla Ubezpieczyciela, ukrywa pod skomplikowane brzmiącymi tautologiami metodę wyceny aktywów Funduszy, jednostek uczestnictwa i wartości rachunku ubezpieczonych, pod pozorem umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym ubezpieczonego - przemycia w gruncie rzeczy sposób na bezpieczne inwestowanie własnych środków Ubezpieczyciela, gdzie pewne zyski z tych inwestycji pochodzą nie z inwestowania ich w rynek kapitałowy, ale z ukrytego pobierania tych zysków ze składek ubezpieczonych: przy pomocy opłat administracyjnych, przerachowania wartości rachunku w stosunku do wartości początkowej, spreadu na zakupie i zbyciu certyfikatów i obligacji, manipulowania algorytmem opartym na indeksie (...) i wreszcie opłat likwidacyjnych. Zdaniem Sądu opracowanie takiego produktu musiało być świadome i naceLOWANE na osiągnięcie zysków kosztem wpłat ubezpieczonych. Dlatego też

Ubezpieczyciel powinien był zdawać sobie sprawę z nieważności tych umów i ich oszukańczego charakteru. To zaś oznacza, że od początku musiał liczyć się z obowiązkiem zwrotu wszystkich pieniędzy wpłaconych przez ubezpieczonych - w rozumieniu art. 409 *in fine*.

Mając to wszystko na uwadze, Sąd uwzględnił powództwo w całości, na podstawie wskazanych wyżej przepisów. Na zasądzoną kwotę składają się: 571.896,- zł wpłacone łącznie przez powoda na P. plus 67.436,- zł wpłacone łącznie przez powoda na P. I. minus 62.703,42 zł wypłacone powodowi przez Ubezpieczyciela z P. i minus 4.654,48 zł wypłacone powodowi przez Ubezpieczyciela z P. (1) - razem daje to zasądzoną kwotę należności głównej 571.964,10 zł.

O odsetkach Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. Zobowiązanie do zwrotu nienależnego świadczenia ma charakter bezterminowy (por. wyrok SN z dnia 17 grudnia 1976 r., III CRN 289/76 oraz uchwała SN z dnia 6 marca 1991 r., III CZP 2/91). W konsekwencji termin spełnienia takiego świadczenia musi być wyznaczony zgodnie z art. 455 k.c., a więc niezwłocznie po wezwaniu skierowanym przez zubożonego. Wezwanie takie powód skierował do pozwanego Ubezpieczyciela dnia 28 listopada 2011 r., wyznaczając w nim termin zapłaty do końca roku 2011. Począwszy więc od 1 stycznia 2012 r. pozwany pozostaje w opóźnieniu - i od tego też dnia powodowi należą się od zasądzonej kwoty odsetki ustawowe, do dnia ich zapłaty. Sąd orzekł o tym w wyroku - zgodnie z żądaniem powództwa.

O kosztach postępowania Sąd orzekł w relacji między powodem a pozwanym Ubezpieczycielem - na podstawie art. 98 kpc, uwzględniając opłatę sądową od pozwu 28.599,- zł, 17 zł opłaty kancelaryjnej od pełnomocnictwa udzielonego przez powoda pełnomocnikowi oraz wynagrodzenie tego pełnomocnika wg jednej stawki minimalnej w kwocie 7200,- zł, łącznie 35.816,- zł. Natomiast w relacji między powodem a pozwanym (...) SA w W. Sąd zastosował przepis art. 102 k.p.c. i nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania na rzecz tego pozwanego. Sąd uwzględnił przy tym wszystkie okoliczności faktyczne sprawy, w szczególności to, że pozwany ten w istocie wadliwie wykonał obowiązek informacyjny wobec powoda - a to, że Sąd nie znalazł w tym dowodów winy ze strony tego pozwanego, nie zmienia konstatacji, że gdyby pozwany wykonał ten obowiązek obiektywnie prawidłowo, powód nie poniósłby straty i nie musiałby dochodzić swoich praw w sądzie.