

UZASADNIENIE

Powód K. G. w pozwie skierowanym przeciwko (...) S.A. w W. wniósł o uznanie za nieważną umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) zawartej pomiędzy pozwanym (...) S.A. a (...) Bankiem S.A., do której w dniu 10 października 2011 roku przystąpił powód, co zostało potwierdzone certyfikatem nr (...) i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 10.461,35 złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 4 czerwca 2019 roku do dnia zapłaty. Ewentualnie, w razie nieuwzględnienia roszczenia wniósł o zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz kwoty 4.848,94 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 4 czerwca 2019 roku do dnia zapłaty i zasądzenie kosztów procesu.

Powód w uzasadnieniu swojego stanowiska wskazał, że w dniu 10 października 2011 roku przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) zawartej przez (...) Bank S.A. z (...) S.A. Zostało to potwierdzone certyfikatem nr (...). Warunki umowy ubezpieczenia zostały określone w Warunkach (...). Umowa uległa rozwiązaniu w dniu 3 czerwca 2019 roku, czyli w ósmym roku obowiązywania. Na poczet powyższej umowy powód wpłacił składki w łącznej kwocie 25.314 zł. Na dzień rozwiązania umowy wartość rachunku według ubezpieczyciela wynosiła 15.970,59 zł. Po rozwiązaniu umowy T.U. wypłaciło powodowi kwotę 14.852,65 zł, potrącając kwotę 1.117,94 zł tytułem opłaty likwidacyjnej. Różnica między sumą składek wpłaconych przez powoda a kwotą wypłaconą wynosi 10.461,35 zł, której zwrotu niniejszym pozwem dochodzi powód.

W jego ocenie umowa grupowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...), do której przystąpił jest umową nieważną z uwagi na spełnienie dyspozycji art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 § 2 k.c., tj. sprzecznie z naturą i ustawą ukształtowanie stosunku prawnego, sprzeczność z zasadami współzycia społecznego.

Zdaniem powoda ubezpieczyciel w umowie zawartej z powodem wskazał jeden ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, co było sprzeczne z przepisami ustawy z dnia 22.05.2003r. o działalności ubezpieczeniowej (art. 13 ust. 4 pkt.1). Dalej powód podnosił, iż Towarzystwo w sposób arbitralny ustaliło sztywną, odgórnie narzuconą wartość początkową udziału jednostkowego funduszu na kwotę 250 zł, która była niezależna od faktycznej wartości udziału w dacie zawarcia umowy, co spowodowało, że gdy zaczęto dostosowywać tę wartość do aktualnej wartości aktywów, to wartość udziału znacznie spadła.

Strona powodowa zarzuciła również, że przedmiotowa umowa ma charakter fikcyjny. Wysokość świadczenia z tytułu zgonu odpowiada co do zasady tylko sumie wpłaconych składek lub wartości rachunku, a wysokość świadczenia z tytułu dożycia odpowiada tylko wartości rachunku, co prowadzi do wniosku, że to ubezpieczający sam finansował wskazane świadczenie ubezpieczeniowe przy niemal zupełnym ryzyku Towarzystwa (...) konieczności dopłaty środków własnych do świadczenia. Ustalenie sumy ubezpieczenia jako wartości zerowej skutkuje tym, że w umowie brak jest przedmiotowo istotnego elementu umowy ubezpieczenia jakim jest ryzyko ubezpieczeniowe ponoszone przez pozwanego. Powinno ono przejawiać się w tym, że między wysokością składki, a wysokością zastrzeżonego świadczenia występuje określona dysproporcja, a sama wysokość składki kalkulowana jest w oparciu o ściśle określone czynniki ryzyka, nie zaś w oparciu o zamierzoną wartość inwestycji. Tymczasem trudno mówić o istnieniu ryzyka w sytuacji, w której na wypadek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego zakład ubezpieczeń zobowiązany jest w praktyce jedynie do zwrotu tego, co pozostało ze środków zainwestowanych przez ubezpieczonego. Sama możliwość zawierania umowy ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym oraz swoboda w ustalaniu proporcji między elementem inwestycyjnym a ochronnym, nie może w ocenie powoda uzasadniać sytuacji, w której umowa zawierana pod nazwą ubezpieczenia na życie nie zawiera w sobie żadnego elementu ochronnego, polegającego na gwarancji określonego przysporzenia na wypadek zdarzenia ubezpieczeniowego.

Ewentualnie w przypadku nie podzielenia przez Sąd argumentacji co do nieważności umowy, powód podniósł zarzut abuzywności postanowień umowy dotyczących pobrania przez pozwanego kwoty w ramach wypłaty wartości wykupu. Suma opłaty likwidacyjnej w kwocie 1.117,94 zł oraz opłaty za zarządzanie, które były pobierane nienależnie, tj.

w zakresie przekraczającym 10 zł miesięcznie (abuzywna część opłaty za zarządzanie za cały okres obowiązywania umowy – 3.731 zł, nieabuzywna część opłaty za zarządzanie za cały okres obowiązywania umowy – 910 zł) wynosi 4.848,94 zł i stanowi wysokość roszczenia ewentualnego.

Zdaniem powoda, postanowienia umowy zawarte w § 18 ust. 4 wraz z pkt. „wartość wykupu” zawartym w tabeli opłat i limitów oraz § 14 ust. 1 pkt 1 OWU wraz z punktem „opłata administracyjna” zawartym w tabeli opłat i limitów, stanowią klauzule niedozwolone na podstawie art. 385³ pkt. 17 k.c. oraz art. 385¹ k.c. Spełnienie na ich podstawie świadczenia przez powoda nastąpiło zatem bez podstawy prawnej, a w związku z powyższym były świadczeniami nienależnymi, podlegającymi zwrotowi na podstawie art. 410 k.c. w zw. z art. 405 k.c. Kwestionowane klauzule na etapie zawierania umowy, nie były uzgadniane indywidualnie z powodem. Nadto przywołane postanowienia WU oraz Tabeli Opłat i Limitów odpowiadają treści klauzulom niedozwolonym ujawnionym w rejestrze klauzul niedozwolonych prowadzonym przez Prezesa UOKiK.

Pozwany (...) S.A. w W. w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu.

Pozwany potwierdził, że dnia 10 października 2011 roku powód przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym zawartej pomiędzy pozwanym jako ubezpieczycielem, a (...) Bankiem S.A. jako ubezpieczającym, na potwierdzenie czego pozwany wysłał powodowi certyfikat. Jednak przed podpisaniem deklaracji przystąpienia powód odbył spotkanie z pracownikiem (...) Banku S.A., który szczegółowo przedstawił powodowi konstrukcję umowy, charakter świadczeń wypłacanych w ramach umowy, a także ryzyka z nią związane. W dniu 3 czerwca 2019 roku na skutek złożenia przez powoda dyspozycji całkowitej wypłaty wartości wykupu wygasła ochrona ubezpieczeniowa. Pozwany wypłacił powodowi wartość wykupu w kwocie 14.815,06 złotych, według wartości udziału jednostkowego z dnia 28 czerwca 2019 roku. Wartość rachunku udziałów powoda na dzień zakończenia ochrony ubezpieczeniowej wynosiła 15.970,59 złotych. Pozwany pozytywnie odniósł się również do wezwania do zapłaty i wypłacił powodowi dodatkową kwotę 1.155,53 zł spełniając tym samym w 100% roszczenie o wypłatę wartości wykupu (opłaty likwidacyjnej). Powodowi finalnie została wypłacona kwota 15.970,59 złotych. W dalszej części uzasadnienia pozwany wskazał, że twierdzenia powoda o arbitralności w ustalaniu wartości rachunku udziałów, jak również wartości udziału jednostkowego, a w konsekwencji dowolna i krzywdząca dla powoda wycena ulokowanych w funduszu środków – nie zostały w żaden sposób udowodnione. Przepisy prawa nie dają ubezpieczycielowi żadnej swobody w zakresie ustalania wartości rachunku udziałów funduszu, gdyż są kształtowane w oparciu o bezwzględne przepisy prawa. Zdaniem pozwanego umowa ubezpieczenia z (...) oferowana przez pozwanego nie jest sprzeczna z prawem bądź zasadami współżycia społecznego.

Wyrokiem wydanym w dniu 24 maja 2022 roku Sąd Rejonowy w Szczytnie w sprawie I C 1310/20 upr. oddalił powództwo oraz zasądził od powoda na rzecz pozwanego kwotę 3.617 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

Na skutek apelacji powoda od powyższego wyroku Sąd Okręgowy w Olsztynie w dniu 20 października 2022 roku w sprawie IX Ca 871/22 uchylił powyższy wyrok i przekazał sprawę do ponownego rozpatrzenia Sądowi Rejonowemu w Szczytnie, pozostawiając mu rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego. Zdaniem Sądu Okręgowego rozstrzygnięcie Sądu I instancji zapadło w warunkach zaniechania zbadania pozwu w zakresie powództwa głównego i przedwczesnego rozstrzygnięcia w przedmiocie żądania ewentualnego. Sąd odwoławczy polecił, by przy ponownym rozpoznaniu sprawy odnieść się do żądania głównego nie tylko sprowadzającego się do żądania stwierdzenia nieważności umowy, ale i zgłoszonego wraz z nim żądania zapłaty, poprzez ocenę ważności umowy łączącej strony, jak i ewentualnej abuzywności zawartych w niej zapisów. Dopiero odniesienie się w pełni do obu roszczeń żądania głównego w sposób negatywny, uprawniać ma Sąd I instancji do rozpoznania żądania ewentualnego.

Po przekazaniu sprawy powód podtrzymał żądanie pozwu. Wskazał, iż podstawą roszczenia głównego jest art. 58 k.c. w zw. z art. 829 k.c. Strona powodowa podniosła, iż w deklaracji przystąpienia do umowy złożonej przez powoda nie określono sumy ubezpieczenia, a zatem deklaracja ta winna być uznana za nieważną i nie powinna rodzić żadnych skutków prawnych. Nadto wystąpiła jeszcze jedna przesłanka nieważności – obejście przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Strona pozwana również podtrzymała swoje dotychczasowe stanowisko. W jej ocenie powód nie wykazał nieuczciwych praktyk czy wprowadzenia powoda w błąd, nie złożono również z jego strony oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych złożenia oświadczenia pod wpływem wady. Podniósł, iż sprzedawany przez niego produkt był oparty o obowiązujący system prawny w dacie zawarcia umowy.

Sąd Rejonowy, ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 10 października 2011 roku K. G. przystąpił do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) w ramach umowy ubezpieczenia zawartej między (...) Bank S.A. jako ubezpieczającym a (...) S.A. w W. (uprzednio MyLife Towarzystwo (...) S.A.), jako ubezpieczycielem. Przystąpienie do umowy zostało potwierdzone deklaracją nr (...). Ubezpieczenie obejmowało okres od 8 listopada 2011 roku do 7 listopada 2026 roku. Wysokość składki zainwestowanej została określona na kwotę 33.750 zł, składki pierwszej na kwotę 6.750 zł, a składki bieżącej na kwotę 204 zł. W deklaracji wskazano na alokację wpłacanych składek w wysokości 100% na ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy o nazwie (...) L. (...).

Jednocześnie powód złożył oświadczenie, iż został poinformowany i akceptuje, że w okresie ubezpieczenia wartość rachunku udziałów, na którym ewidencjonowane są udziały jednostkowe nabyte za składkę pierwszą i składki bieżące może ulegać znacznym wahaniom ze względu na wycenę instrumentów finansowych wchodzących w jego skład, w szczególności może być znacząco niższa niż suma wpłaconych składek. Z produktem wiąże się także ryzyko wynikające z możliwości niewywiązania się przez emitenta instrumentów finansowych wchodzących w skład produktu z wynikających z nich płatności. Powód zadeklarował również, że został poinformowany, że produkt do którego przystępuje nie jest lokatą bankową i w związku z tym nie gwarantuje osiągnięcia przez ubezpieczonego zysku. Symulacja średniorocznego zysku indeksu wynosi 11,70% (dane za okres od 28 lutego 2001r. do 15 września 2011r.). Zaprezentowany wynik nie jest gwarancją osiągnięcia podobnych wyników w przyszłości.

Informacje dotyczące powyższej Umowy przedstawił powodowi pracownik (...) Banku S.A. – M. W..

Integralną część umowy stanowiły Warunki (...) grupowego umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) (kod warunków: GB _ (...)) i Regulamin Funduszu. Przedmiotem umowy ubezpieczenia było życie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmowała śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, dożycie ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia.

Stosownie do § 15 Warunków (...) ubezpieczyciel zobowiązywał się do spełnienia następujących świadczeń:

1) W przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia świadczenie w wysokości:

a) sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, określonej w § 16 ust. 1 albo

b) wartości rachunku udziałów – w przypadkach, o których mowa w § 17,

z zachowaniem postanowień § 16 ust. 3 – 4;

2) w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okres ubezpieczenia – świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia ostatniego dnia okres ubezpieczenia określonej w § 16 ust. 2;

3) w przypadku dyspozycji wypłaty wartości wykupu lub rezygnacji ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia towarzystwo ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu wartość wykupu, o której mowa w § 18.

Zgodnie zaś z § 16 WU:

1. „umę ubezpieczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia stanowi wyższa z wartości:

1) suma opłaconych: składki pierwszej i składek bieżących albo

2) wartość rachunku udziałów.

2. Sumę ubezpieczenia w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia stanowi wartość rachunku udziałów ustalona według wartości udziału jednostkowego z ostatniego dnia okresu ubezpieczenia skorygowana o:

1) opłatę za ryzyko należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje koniec okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej;

2) opłatę administracyjną należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje umorzenie wartości rachunku udziałów w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia umorzenia wartości rachunku udziałów;

3) kwotę z tytułu zawieszenia opłacania składek bieżących pozostałą do spłaty na dzień zakończenia okresu ubezpieczenia zgodnie z harmonogramem;

3. Ustalenie kwoty należnego świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, o którym mowa w § 15 pkt. 1 następuje na podstawie wartości udziału jednostkowego z najbliższego dnia wyceny następującego po otrzymaniu przez towarzystwo ubezpieczeń zgłoszenia zdarzenia z zastrzeżeniem § 24 ust. 3;

4. Kwota świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, ustalona zgodnie z ust. 3 powyżej zostanie skorygowana o:

1) opłatę za ryzyko należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje koniec okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej;

2) opłatę administracyjną należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje umorzenie wartości rachunku udziałów w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia umorzenia wartości rachunku udziałów.

Stosownie do § 18 WU:

1. Ubezpieczony ma prawo do wartości wykupu w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia.

2. Dyspozycja wypłaty Wartości wykupu jest jednoznaczna z rezygnacją z ubezpieczenia.

4. Wartość wykupu stanowi iloczyn wartości rachunku udziałów oraz stawki procentowej wartości rachunku udziałów właściwej dla roku polisowego, w którym nastąpił koniec okresów ubezpieczenia, określonej w tabeli opłat i limitów skorygowany o:

1) opłatę za ryzyko należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje koniec okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej;

2) opłatę administracyjną należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje umorzenie wartości rachunku udziałów w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia umorzenia wartości rachunku udziałów;

3) kwotę z tytułu zawieszenia opłacania składek bieżących pozostałą do spłaty na dzień zakończenia okresu ubezpieczenia zgodnie z harmonogramem.

5. Wartość rachunku udziałów, o której mowa w ust. 4 ustalana jest według wartości udziału jednostkowego z najbliższego dnia wyceny, po dacie otrzymania przez jednostkę obsługującą ubezpieczenie dyspozycji wypłaty wartości

wykupu następującego nie wcześniej niż 3 dnia roboczego po otrzymaniu dyspozycji wypłaty wartości wykupu przez jednostkę obsługującą ubezpieczenie.

Według § 25 WU:

1. Fundusz podzielony jest na udziały jednostkowe o jednakowej wartości.
2. Udziały jednostkowe nabywane są ze środków pochodzących z wpłat składek pierwszych i składek bieżących pomniejszonych o opłatę administracyjną.
3. Strategię inwestycyjną oraz zasady funkcjonowania funduszu oraz sposób wyceny udziałów jednostkowych określa regulamin.

Wartość wykupu wynosiła w 1 roku polisowym – 10% wartości rachunku udziałów, a w następnych latach polisowych odpowiednio: 2 – 15%, 3 – 20%, 4 – 30%, 5 – 40%, 6 – 50%, 7 – 60%, 8 – 70%, 9 – 75%, 10 – 85%, 11 – 92%, 12 – 93%, 13 – 94%, 14 – 95% i 15 – 97%.

(dowód: deklaracja przystąpienia do ubezpieczenia k. 13-14, certyfikat nr (...), Warunki (...) Grupowego (...) k. 16-19, tabela opłat i limitów k. 20)

Stosownie do § 3 ust. 2 - 7 Regulaminu Funduszu (...) L. (...):

1. Fundusz powstaje z alokowanych Składek Pierwszych i Składek Bieżących, pomniejszonych o Opłatę Administracyjną poprzez nabycia Udziałów jednostkowych.
2. Celem funduszu jest powiększenie wartości aktywów funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat funduszu.
3. W szczególności celem funduszu jest ochrona wartości składek zainwestowanych na koniec okresu ubezpieczenia.
4. Towarzystwo ubezpieczeń nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego określonego w ust. 2 ust. 3.
5. Towarzystwo ubezpieczeń odpowiada za należyłą staranność w zarządzaniu funduszem w oparciu o określoną w § 4 strategię inwestycyjną.
6. Towarzystwo ubezpieczeń nie odpowiada za ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem w fundusz.
7. Wyniki inwestycyjne funduszu osiągnięte w przeszłości nie mogą stanowić podstawy do oczekiwania odnośnie jego wyników inwestycyjnych w przyszłości.

Według § 4 Regulaminu:

1. Wartość aktywów netto funduszu jest ustalana według wartości rynkowej pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny.
2. Środki funduszu lokowane są do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) Bank (...) plc, z których wypłata oparta jest na indeksie;
4. Inwestycja w instrumenty finansowe, o których mowa w ust. 2, wiąże się z ryzykiem kredytowym, przez który rozumie się możliwość wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności (...) plc do odkupu lub wykupu wyemitowanych instrumentów finansowych;
5. Indeks stworzony przez (...) plc umożliwia zoptymalizowaną ekspozycję na Polski i europejski rynek akcji poprzez efektywne połączenie inwestycji w (...) i E. 50.

6. Końcowa wartość rachunku udziałów obliczona zostanie w oparciu o wartość obligacji, o których mowa w ust. 2. Na ostatni dzień okresu ubezpieczenia ich wartość zostanie obliczona zgodnie z przedstawionym wzorem.

7. Końcowa wartość aktywów netto funduszu, o której mowa w ust. 6, stanowi jedynie podstawę do ustalenia wartości udziału jednostkowego w dniu wyceny w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia. Towarzystwo ubezpieczeń nie gwarantuje, że wartość rachunku udziałów w dniu umorzenia udziałów jednostkowych na skutek dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia stanowić będzie co najmniej kwotę odpowiadającą składce zainwestowanej.

(dowód: regulamin Funduszu (...) L. (...)" k. 21)

Pismem z dnia 28 maja 2019 roku K. G. złożył pozwanemu oświadczenie o rezygnacji z ubezpieczenia i wniósł o wypłatę wartości wykupu. Pismem z dnia 2 lipca 2019 roku pozwany poinformował powoda, że wartość wykupu wynosi kwotę 14.852,65 zł, kwota ta została skorygowana o kwotę 37,59 zł z tytułu opłaty administracyjnej oraz 0,03 zł tytułem opłaty za ryzyko, do wypłaty należy się zatem kwota 14.815,06 zł. Jednocześnie pozwany poinformował, że kwota wpłaconych przez ubezpieczonego składek wynosi 25.314 zł.

Pismem z dnia 18 października 2019 roku powód zgłosił reklamację wzywając pozwanego do zapłaty kwoty 10.498,94 złotych wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od upływu terminu 7 dni od otrzymania tego wezwania do dnia zapłaty. Wskazana należność stanowiła kwotę nienależnie pobranych świadczeń i opłaty, w tym z tytułu kosztów wykupu polisy nr (...), a nie wypłaconych powodowi w chwili rozwiązania umowy ubezpieczenia. Następnie pismem z dnia 29 stycznia 2020 roku wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 10.461,35 zł w terminie 3 dni.

(dowód: rezygnacja z ubezpieczenia k. 22, pismo pozwanego z dn. 2.07.2019r. k. 23, historia operacji na rachunku k. 24, reklamacja k. 25, wezwanie do zapłaty k. 28-30)

W odpowiedzi na reklamację pozwany wypłacił powodowi w dniu 11.02.2022 roku dodatkowo kwotę 1.155,53 zł tytułem opłaty likwidacyjnej.

(dowód: dokument k.76)

Sąd zważył, co następuje:

Na wstępie należy wskazać, iż niniejsze orzeczenie zapadło po uchyleniu poprzedniego wyroku przez Sąd Odwoławczy i przekazaniu sprawy do ponownego rozpoznania, wobec czego zgodnie z art. 386 § 6 k.p.c. ocena prawna wyrażona w uzasadnieniu wyroku sądu drugiej instancji jest wiążąca dla sądu ponownie rozpoznającego sprawę.

Formułując roszczenie główne powód domagał się uznania za nieważną umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) zawartej pomiędzy pozwanym (...) S.A. a (...) Bankiem S.A., do której w dniu 10 października 2011 r. przystąpił powód, co zostało potwierdzone certyfikatem nr (...) i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 10.461,35 złotych z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 4 czerwca 2019 roku do dnia zapłaty.

Na niejasne sformułowanie powyższego żądania zwrócił uwagę również Sąd odwoławczy. Niewątpliwie, wobec braku jakiegokolwiek inicjatywy dowodowej w tym zakresie, powództwo w części dotyczącej uznania za nieważną umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) zawartej pomiędzy pozwanym (...) S.A. a (...) Bankiem S.A, należało oddalić, co znalazło wyraz w pkt II wyroku.

W dalszej kolejności, zgodnie z kierunkiem wskazanym przez Sąd Okręgowy, należało rozważyć zasadność powództwa o zapłatę w związku z nieważnością umowy ubezpieczenia do której w dniu 10 października 2011 roku przystąpił powód, co zostało potwierdzone certyfikatem nr (...).

Zgodnie z art. 58 § 1 k.c., czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy. W § 2 przewidziano, iż nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współzycia społecznego. Jeżeli nieważnością jest dotknięta tylko część czynności prawnej, czynność pozostaje w mocy co do pozostałych części, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność nie zostałaby dokonana (§ 3).

Podstawą roszczenia powoda o zapłatę stanowił również art. 410 k.c., zgodnie z którym świadczenie jest nienależne, jeżeli ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył, albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia (§ 2 art. 410 k.c.). Z kolei, zgodnie z art. 405 k.c., kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości.

W pierwszej kolejności należało zatem ocenić charakter zawartej umowy, a następnie rozważyć, czy zawarta umowa była sprzeczna z ustawą lub zasadami współzycia społecznego ewentualnie, czy nie zmierzała do obejścia prawa.

Stosownie do treści art. 353¹ k.c., strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współzycia społecznego.

W bogatym orzecznictwie Sądu Najwyższego podkreśla się, że zgodnie z art. 353¹ k.c. strony zawierające umowę mogą - co do zasady - ułożyć stosunek prawny według swojego uznania, swoboda stron przy zawieraniu umów nie jest jednak nieograniczona. Jej granice stanowią właściwość (natura) stosunku prawnego, ustawa oraz zasady współzycia społecznego. Oznacza to, że strony są zobligowane do przestrzegania zasadniczych elementów stosunku zobowiązaniowego, czyli jego części składowych, które decydują o istocie tworzonego węzła prawnego (postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 2018-12-05, postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 2018-11-28, II UK 539/17).

W rozpatrywanej sprawie doszło do zawarcia dwóch stosunków prawnych: pierwszego pomiędzy ubezpieczycielem (...) S.A. i ubezpieczającym (...) Bankiem S.A. w postaci umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz drugiego – pomiędzy wyżej wymienionym Towarzystwem (...), a powodem jako ubezpieczonym.

Umowy z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należą do szerszej grupy ubezpieczeń na życie o charakterze inwestycyjnym, których immamentną cechą jest połączenie elementów: ubezpieczeniowych i inwestycyjnych w jednej umowie. W ramach świadczenia ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, tak jak w klasycznej umowie ubezpieczenia. Natomiast funkcja inwestycyjna realizowana jest przez zakład ubezpieczeń poprzez inwestowanie wpłaconej przez ubezpieczającego składki w określone aktywa finansowe w sposób opisany w umowie i wypłacie świadczeń o charakterze nieubezpieczeniowym ((wykup częściowy i całkowity) - tak: M. S. [w:] red. M S., Zagadnienia prawne i ekonomiczne dotyczące umów ubezpieczeń na życie, W. 2017, s. 113 – 114). Umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest umową mieszaną z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału (tak: wyrok SN z 18 grudnia 2013 r., sygn. akt I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103).

Analizowana w sprawie umowa była bezspornie umową ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Jej treść uregulowana była przepisami znajdującymi się w szczególności w tytule XXVII, dziale I i III Kodeksu cywilnego oraz zawartymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Jak wynika z art. 13 ust. 4 ustawy (w brzmieniu obowiązującym w dniu przystąpienia przez powoda do umowy ubezpieczenia), w zakresie ubezpieczeń

na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- 1) wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 2) zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia;
- 3) regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne;
- 4) zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 5) zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 6) zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w szczególności w zakresie określonym w pkt 4 i 5, oraz terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu.

Stosownie zaś do art. 805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. § 2. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie:

1) przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku; 2) przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Zgodnie z art. 829 § 1 k.c., ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku.

W przedmiotowej umowie, powód nie został wskazany jako strona tej umowy, chociaż jako ubezpieczony niewątpliwie jest podmiotem stosunku ubezpieczeniowego. Podstawą takiej konstrukcji umowy jest art. 808 § 1 k.c., zgodnie z którym ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Z powołanego przepisu wynika, że ubezpieczony może nie być nawet imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. W tego typu umowie, przedmiotem ubezpieczenia jest cudzy interes majątkowy lub osobisty, a ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona na rzecz osoby ubezpieczonej, jednakże do zapłaty składki obowiązany jest wyłącznie ubezpieczający. Stronami umowy są więc ubezpieczający i ubezpieczyciel, ubezpieczony zaś (lub uprawniony w przypadku, gdy przedmiotem ochrony jest życie ubezpieczonego) jest osobą trzecią, na rzecz której ma być spełnione świadczenie.

Zawarta umowa odpowiada w swojej konstrukcji tzw. umowom na rzecz osoby trzeciej, w której jedna ze stron zobowiązuje się do spełnienia świadczenia na rzecz osoby trzeciej, niebiorącej udziału w umowie (art. 393 k.c.). Przy takiej konstrukcji umowy ubezpieczający i ubezpieczyciel są związani węzłem obligacyjnym, zaś ubezpieczony (lub uprawniony) jest wyłącznie upoważniony do odbioru świadczenia. Obowiązek opłacenia składki spoczywa jednak cały czas na ubezpieczającym i obowiązek ten jest obowiązkiem o charakterze essentialia negotii, a więc w tym zakresie ma charakter obligatoryjny.

Umowa będąca przedmiotem oceny Sądu, w istotny sposób modyfikuje zasady wynikające z brzmienia art. 805 k.c. Z jej treści wynika, że do zapłaty składek bieżących i składki pierwszej zobowiązany jest ubezpieczony, pomimo że podmiotem zobowiązanym do ich opłacania powinien być ubezpieczający, co wynika z art. 805 i 808 k.c. Z umowy wynika również, że zapłata składek przez ubezpieczonego jest warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową, zaś ich niezapłacenie skutkuje nieprzystąpieniem do ubezpieczenia i brakiem ochrony ubezpieczeniowej, a jeśli nastąpi to w czasie trwania umowy oznacza rezygnację z ubezpieczenia. W tym przypadku, ubezpieczyciel dokonuje wypłaty

z uwzględnieniem postanowień o wykupie polegającym na umorzeniu jednostek z pomniejszeniem o opłatę za wykup. W konsekwencji ubezpieczony zostaje zobowiązany do finansowania składek, pomimo że nie jest stroną przedmiotowej umowy ubezpieczenia, natomiast (...) Bank S.A. jako ubezpieczający zostaje całkowicie zwolniony z obowiązku ich ponoszenia. Tak skonstruowana umowa, skutkowałą przerzuceniem na powoda ryzyka wynikającego z umowy. Brak uiszczenia składek skutkowałąby anulowaniem deklaracji przystąpienia do umowy, odmową udzielenia powodowi ochrony ubezpieczeniowej, a przede wszystkim pozbawiałyby go możliwości uzyskania całości świadczenia z uwagi na ustalony sposób wyliczania wartości wykupu, skorygowany o opłatę za ryzyko, opłatę administracyjną i kwotę z tytułu zawieszenia opłacania składek bieżących. Wartość wykupu stanowił natomiast iloczyn wartości rachunku udziałów oraz stawki procentowej wartości rachunku udziałów właściwej dla roku polisowego. I tak na przykład w okresie dwóch pierwszych lat umowy procent ten wynosił 15, w ósmym roku obowiązywania – 70, zaś w ostatnim czyli piętnastym roku – 97. Na powodzie spoczął zatem cały ciężar związany z wykonaniem umowy przy jednoczesnym zwolnieniu ubezpieczającego z odpowiedzialności za takie zdarzenia. Analiza postanowień umowy jednoznacznie wskazuje, że rola ubezpieczającego została sprowadzona do roli pośrednika w zawarciu umowy pomiędzy powodem a pozwanym. Na ubezpieczającym nie spoczywają w zasadzie żadne obowiązki poza obowiązkami informacyjnymi i związanymi z podpisaniem umowy, natomiast ubezpieczony finansuje składki na ubezpieczenie, które w żaden sposób nie są powiązane z umową ubezpieczenia, lecz są inwestowane w celu osiągnięcia zysku, z czym wiąże się ryzyko inwestycyjne. Suma ubezpieczenia nie jest także kwotą umówioną między stronami wypłacaną w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, jak w „klasycznej” umowie ubezpieczeniowej, lecz stanowi rezultat powodzenia inwestycyjnego po stronie ubezpieczonego, z zastrzeżeniem gwarancji co do składki zainwestowanej, również opłacanej przez ubezpieczonego.

Niewątpliwie zatem element ubezpieczeniowy nie jest elementem dominującym w analizowanej umowie. Treść umowy wskazuje, że ma ona charakter mieszany, zawiera bowiem nie tylko elementy umowy ubezpieczenia, ale również element inwestycyjny, polegający na gromadzeniu wpłacanych składek w funduszu kapitałowym oraz inwestowaniu ich w obligacje emitowane przez podmiot trzeci – w tym przypadku (...) Bank (...) plc. Strony umowy, do której przystąpił powód, umówiły się bowiem, że pozwany zainwestuje kwoty wpłacane przez ubezpieczonego nabywając za składki, pomniejszone o opłatę administracyjną, jednostki uczestnictwa w Funduszu, który sam utworzył.

Celem Funduszu był wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat oraz ochrona wartości składki zainwestowanej na koniec okresu ubezpieczenia (§ 3 ust. 2 i 3 Regulaminu Funduszu) Cel ten należy również uznać za dominujący w umowie do której przystąpił powód. Wynika to chociażby z porównania obowiązków powoda jako ubezpieczonego i pozwanego jako ubezpieczyciela, wynikających z umowy, jak również wysokości świadczeń wypłacanych na rzecz ubezpieczonego i wysokości pobieranej opłaty za ryzyko w stosunku do opłaty administracyjnej. Środki pieniężne, uzyskiwane ze składki pierwszej i składek bieżących, wpłacanych przez ubezpieczonego, po potrąceniu opłaty administracyjnej, były zamieniane na jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, a następnie lokowane przez ubezpieczyciela w obligacje emitowane przez spółkę kapitałową.

Wprawdzie obowiązujące w czasie zawarcia przez strony umowy przepisy dopuszczały zawieranie umów ubezpieczenia na życie z ufk bez określenia w nich proporcji elementu klasycznego ubezpieczenia na życie do elementu inwestycyjnego, to jednak art. 13 ust. 4 pkt 2 ustawy z 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej nakładał na zakład ubezpieczeń obowiązek określenia w umowie ubezpieczenia zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne oraz wypłaty świadczenia. Zatem kwestie szczegółowe w tej materii zostały pozostawione woli stron, która rzecz jasna nie może naruszać ogólnych zasad prawa (w tym praw konsumenta), dobrych obyczajów i zasad współżycia społecznego.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego zwraca się uwagę na złożoną konstrukcję prawną tego typu umów. W postanowieniu z 3 grudnia 2015 roku (III CZP 87/15) Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na konieczność badania całego kontekstu wiążącego strony stosunku prawnego i oceny struktury świadczeń stron. Oba bowiem aspekty tego rodzaju umowy są ze sobą sprzężone, a w konsekwencji poszczególne zapisy umowy mające wpływ na zakres wzajemnych

świadczeń, wymagają całościowej analizy. Niekiedy ochrona ubezpieczeniowa życia ubezpieczającego może być symboliczna, jak to miało miejsce w niniejszej sprawie oraz w sprawie, w której zapadł wyrok Sądu Najwyższego z 18 grudnia 2013 r. (I CSK 149/13, OSNC 2014/10/103).

Z treści umowy wynika, na co już zwrócono uwagę, iż dominującym jej celem był cel inwestycyjny, jednakże dla bytu tej umowy niezbędna była także realizacja celu związanego z ochroną ubezpieczeniową, który nie mógł być pozorny i stanowić jedynie pretekst dla - choćby - obchodzenia przepisów podatkowych.

W przypadku zawartej przez powoda umowy ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, wypłacane przez ubezpieczyciela świadczenie jest po pierwsze - uzależnione od wysokości wpłacanych przez ubezpieczonego kwot, a po drugie - stanowi wartość nieokreśloną zarówno w dacie zawarcia umowy, jak i w czasie jej trwania, a wysokość świadczenia zostaje ustalona dopiero w dacie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wysokość wpłaconych składek pierwszej oraz bieżących, które są przeznaczane na zakup jednostek uczestnictwa w funduszu kapitałowym niewątpliwie wpływa na ilość zakupionych jednostek, a w ostatecznym rozrachunku - również na wysokość świadczenia ubezpieczeniowego. Wpłacane przez ubezpieczonego składki przestają mieć jednak charakter wynagrodzenia za udzieloną ochronę i odrywają się od wyliczeń aktuarialnych uwzględniających ponoszone przez zakład ubezpieczeń ryzyko i koszty, a stanowią pochodną kwoty, którą ubezpieczony wpłaca tytułem składki pierwszej, inwestycyjnej oraz obliczonej przez pozwanego składki zadeklarowanej stanowiącej odpowiedni procent składki pierwszej, którą strony umowy alokują w funduszu kapitałowym. Należy podkreślić, że pozwany inwestuje środki, które pochodzą wyłącznie od ubezpieczonego, na którym w całości spoczywa ryzyko inwestycyjne, zaś pozwany nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego (§ 3 ust. 4 Regulaminu Funduszu). W przypadku spadku wartości jednostek, a więc i rachunku, środki składające się na świadczenie pochodzą wyłącznie z rachunku powoda (ubezpieczonego) i to on ponosi ryzyko utraty ich wartości. W przypadku potencjalnego wzrostu cen wartości jednostek, a więc i rachunku, pozwany nie ponosi z kolei ryzyka faktycznej wypłaty świadczenia ze środków własnych. Wypłata następuje ze środków ubezpieczonego. Ponadto w obu tych przypadkach pozwany otrzymuje zysk w postaci opłat administracyjnych pobieranych miesięcznie ze składek bieżących w dniu ich opłacenia.

W przedmiotowej umowie pozwany nie ponosił ryzyka związanego z ochroną ubezpieczeniową powoda, co jest oczywiście sprzeczne z istotą umowy ubezpieczenia. W prawidłowo ukształtowanych umowach ubezpieczenia ubezpieczyciel ryzykuje, że będzie musiał wypłacić środki większe, niż przez niego uzyskane w drodze składek. Za to w umowie skonstruowanej przez pozwanego w przypadku potencjalnego wzrostu cen wartości jednostek, a więc i rachunku nie ponosił on ryzyka faktycznej wypłaty świadczenia ze środków własnych, gdyż ewentualne środki składające się na to świadczenie pochodzą wyłącznie od powoda. Podobnie w przypadku spadku wartości jednostek, a więc i rachunku, środki składające się na świadczenie pochodzą również wyłącznie z rachunku powoda. Ponadto w obu tych przypadkach pozwany zatrzymywał zysk w postaci pobieranych na bieżąco opłat, które jednocześnie zmniejszają rachunek powoda, z którego świadczenia ubezpieczeniowe mają być wypłacane. Ryzyko ubezpieczeniowe, co jest jawnie sprzeczne z naturą stosunku ubezpieczenia, ponosi więc wyłącznie powód - ubezpieczony. Okoliczność ta rzutuje na ważność umowy.

Kolejną przesłanką świadczącą o nieważności badanej umowy jest kwestia braku ścisłego określenia świadczeń pozwanego. E. negotii umowy ubezpieczenia stanowi określoność co do kwoty świadczenia na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej. W przypadku zarówno zgonu, jak i dożycia przez powoda określonego w umowie wieku wartość tego świadczenia jest ustalana w sposób arbitralny przez jedną ze stron stosunku cywilnoprawnego, w tym przypadku przez pozwanego. W umowie nie zostały wskazane konkretne podstawy ustalania wartości tego świadczenia, ogólnie jedynie wskazano, że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu wynosi suma opłaconych składek (pierwszej i bieżących) albo wartość rachunku udziałów, przy czym sumę ubezpieczenia stanowi wyższa z wartości, a w przypadku świadczenia z tytułu dożycia wysokość świadczenia ustalona zostałaby według wartości udziałów jednostkowych z ostatniego dnia okresu ubezpieczenia, skorygowana o opłatę za ryzyko, opłatę administracyjną oraz kwotę z tytułu zawieszenia opłacania składek bieżących. Tak zrefowane świadczenia nie tylko są jednostronnie ukształtowane przez

pozwanego, ale przede wszystkim wykluczają ubezpieczonemu jakąkolwiek kontrolę nad nimi, czy ich samodzielne ustalenie.

O ile ustalenie sumy ubezpieczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego nie powinno nastroczać aż tak wielu trudności, to już świadczenie z tytułu dożycia jest nieokreśloną z góry kwotą odpowiadającą wartości rachunku udziałów ustaloną według wartości udziału jednostkowego z ostatniego dnia okresu ubezpieczenia skorygowaną o wskazane opłaty. W efekcie dożycie jest w niniejszej umowie równoznaczne z nadejściem terminu końcowego i wymagalnością roszczenia o zwrot powierzonych środków. Na wysokość świadczenia z tytułu dożycia, sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci oraz kwoty pieniężnej należnej osobie ubezpieczonej w związku z wykupem ubezpieczenia ma bezpośredni wpływ wartość rachunku udziałów, która jest wyznaczona na podstawie wartości udziału jednostkowego z najbliższego dnia wyceny, która to wartość stanowi ilorz wartości aktywów netto Funduszu na dzień wyceny i liczby wszystkich udziałów jednostkowych na dzień T - 1. Z § 4 ust. 2 Regulaminu ufk wynika, że środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) Bank (...) plc, z których wypłata oparta jest na indeksie. Obligacje wyceniane są w złotych polskich, co oznaczać musi, że podmiot dokonujący wyceny aktywów dokonuje przeliczenia na walutę polską, jednak nie wskazano jaki jest to kurs, co dopuszcza jego arbitralność i dowolność. Poza ryzykiem kursowym, osobę ubezpieczoną obciąża także ryzyko kapitałowe, polegające na tym, iż emitent obligacji może być trwale lub czasowo niezdolny do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu obligacji (§ 4 ust. 4 Regulaminu).

Z treści cytowanego Regulaminu oraz warunków ubezpieczenia nie wynikają zarazem bliższe dane dotyczące obligacji, w tym ich oznaczenie, waluta, w jakiej zostały wyemitowane, wartość nominalna, cena, za jaką zostały nabyte przez ubezpieczyciela, sposób ich opłacania oraz czy sposób opłacenia obligacji nie wpłynął na ich wycenę rynkową. Brak jest również danych, w oparciu o jakie mechanizmy była ustalana wartość obligacji oraz w jaki sposób wyliczana jest wartość indeksu i w jaki sposób wartość indeksu przekłada się na wartość obligacji.

Powyższe skutkuje koniecznością stwierdzenia, iż brak jest podstaw do precyzyjnego zrekonstruowania reguł inwestycyjnych, a tym samym ustalenia sposobu wykonania zobowiązania przez ubezpieczyciela. W doktrynie prawa cywilnego przyjmuje się natomiast, iż w sytuacji, kiedy oznaczenie świadczenia pozostawione zostało jednej ze stron stosunku, powinno być ono oparte na poddającej się weryfikacji podstawie, a nie pozostawione do swobodnego uznania strony. Bez ustalenia, w jaki sposób ma się zachować dłużnik, a więc bez ustalenia tego, co jest treścią świadczenia, zobowiązanie nie może istnieć. Pozostawienie dłużnikowi (pozwanemu) dowolności co do określenia treści jego świadczenia oznaczałoby całkowity brak jego związania, co znów byłoby sprzeczne z naturą zobowiązania i naruszałoby art. 353¹ k.c. Jest bowiem oczywistym, że stosunek zobowiązaniowy winien dawać stronom pewność co do przysługujących im praw i obowiązków, przy jednoczesnym braku uzależnienia jednej strony od drugiej. Jak wskazano wyżej, w umowie ubezpieczenia, do której przystąpił powód, brak jest wskazania konkretnych podstaw ustalania wartości świadczenia należnego powodowi, ustalanego arbitralnie przez ubezpieczyciela, a zatem jest to kolejna podstawa do stwierdzenia nieważności umowy.

W tym miejscu Sąd wskazuje, iż podzielił stanowisko wyrażone w oświadczeniu z dnia 17 sierpnia 2021 roku przez Zastępcę Rzecznika (...), który wyraził w sprawie istotne poglądy, które choć nie są rzecz jasna wiążące dla Sądu, to stanowią jednak pewne prawne rozważenie kwestii zapisów umownych, podlegające rozważeniu przez sąd jak każde inne stanowisko. Należy zgodzić się z argumentacją przytoczoną w obszernym oświadczeniu, wskazującą, iż treść analizowanej umowy ubezpieczenia uniemożliwia określenie treści świadczenia ubezpieczeniowego, tj. tego na czym ma polegać inwestowanie środków pochodzących z wpłaconych składek. Nadto, przyjęta przez ubezpieczyciela konstrukcja umowy i narzucony model inwestowania ma charakter wybitnie arbitralny, dający możliwość dowolnego kształtowania wartości aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz wartości indeksu, który przecież ostatecznie decyduje o tym, czy wpłacone środki przyniosą jakikolwiek zysk po 15 latach obowiązywania umowy. Tak duża niepewność co do reguł rządzących kontraktem, musi prowadzić do stwierdzenia, iż zaproponowany model ubezpieczenia jest skrajnie niekorzystny dla konsumenta. Istotną kwestią jest również okoliczność, że ani w chwili przystąpienia do ubezpieczenia, ani w żadnym innym momencie obowiązywania umowy osoba ubezpieczona nie może

choćby antycypować jakie świadczenie będzie jej należne z tytułu dożycia końca okresu ubezpieczenia, jak również w jakiej relacji świadczenie to będzie pozostawało w stosunku do wartości zainwestowanych środków.

Reasumując, niepodważalna przez tutejszy Sąd możliwość zawierania umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, swoboda stron w ustalaniu warunków umowy, w tym także proporcji między elementem inwestycyjnym a ochronnym, nie dają jednak podstawy do uznania za ważną umowę zawartą pod nazwą ubezpieczenia na życie, gdy nie zwiera ona w sobie właściwie żadnego elementu ochronnego, nie niesie w sobie żadnej gwarancji przysporzenia dla ubezpieczonego na wypadek dotknięcia go przez zdarzenie ubezpieczeniowe. Mając powyższe na względzie przyjąć należało, że przedmiotowa umowa ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, do której przystąpił powód, jest umową nieważną w rozumieniu art. 58 § 1 k.c.

W związku z powyższym pozwany winien zwrócić powodowi równowartość wniesionych przez niego kwot na podstawie art. 410 k.c. w związku z art. 405 k.c. Powód uiszczył składki w łącznej wysokości 25.314,00 złotych, co nie było kwestionowane na żadnym etapie postępowania, pozwany zaś zwrócił mu kwotę 15.970,59 złotych (14.815,06 zł + 1.155,53 zł) a zatem zasądzeniu na rzecz powoda podlega różnica tych kwot tj. 9.343,41 złotych wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 4 czerwca 2019 roku, mając na uwadze, iż przedmiotowa umowa została rozwiązana w dniu 3 czerwca 2019 roku i w tym dniu świadczenie należne powodowi powinno zostać spełnione.

O kosztach Sąd orzekł na podstawie art. 100 k.p.c., stanowiącego, że w razie częściowego tylko uwzględnienia żądań koszty będą wzajemnie zniesione lub stosunkowo rozdzielone. Sąd może jednak włożyć na jedną ze stron obowiązek zwrotu wszystkich kosztów, jeżeli jej przeciwnik uległ tylko co do nieznaczącej części swego żądania albo gdy określenie należnej mu sumy zależało od wzajemnego obrachunku lub oceny sądu. Mając na uwadze, że powództwo zostało uwzględnione w przeważającej części Sąd nałożył na pozwanego obowiązek zwrotu kosztów procesu na rzecz powoda. Na koszty te składały się: opłata od pozwu w wysokości 750 złotych, opłata skarbową od pełnomocnictwa – 17 złotych, koszty wynagrodzenia pełnomocnika – 3.600 złotych, opłata od apelacji – 750 złotych oraz wynagrodzenie pełnomocnika w postępowaniu apelacyjnym – 1.800 złotych, co daje łącznie sumę 6.917 złotych.

ZARZĄDZENIE

1. (...)

2. (...)

3. (...)

S.,(...)