

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 22 października 2019 r., wydanym w sprawie z powództwa S. Z. (1) przeciwko (...) Bank Spółce Akcyjnej w W. o zapłatę, Sąd Rejonowy w Kutnie zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 20.000,00 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 24 listopada 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. i odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty oraz kwotę 4.617,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu, a także nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 83,58 zł tytułem zwrotu kosztów sądowych wyłożonych tymczasowo przez Skarb Państwa.

Sąd I instancji ustalił, że w dniu 24 września 2012 r. S. Z. (1) udał się do (...) Bank S.A., gdzie miał konto bankowe oraz lokatę, z zamiarem założenia „większej” lokaty pieniężnej, bo na już istniejącej zgromadził kwotę 20.000 zł, a ponadto dysponował środkami w kwocie 20.000,00 zł, pochodzącymi z podziału majątku wspólnego. Doradca klienta obsługujący powoda w placówce banku zaproponował oszczędzanie na korzystnych, jak się wydawało powodowi, warunkach – w ten sposób, że połowa wpłaconych oszczędności miała zostać przeznaczona na lokatę, a połowa na ubezpieczenie na życie z opcją „zarabiania”. S. Z. (1) do tej pory gromadził pieniądze na 3-miesięcznych lokatach, po raz pierwszy usłyszał o produkcie ubezpieczeniowym w placówce pozwanego, jednak nie został szczegółowo poinformowany o ryzyku zainwestowania swoich oszczędności i tego samego dnia podpisał deklarację przystąpienia do ubezpieczenia pod nazwą (...), na podstawie Warunków (...) grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) S.A. a (...) Bank S.A. Ubezpieczenie obejmowało okres od 5 października 2012 r. do 4 października 2022 r., a wysokość jednorazowej składki uiszczonej przez powoda wynosiła 40.000,00 zł. S. Z. (1) podpisał również oświadczenie, iż otrzymał Warunki (...) wraz z załącznikami (m.in. Tabelą Opłat i Limitów oraz Regulaminem Funduszy); w punkcie 8 oświadczenia wskazano, że produkt nie jest lokatą bankową i nie gwarantuje osiągnięcia przez ubezpieczonego zysku. Powód nie wiedział, jakie będzie mógł osiągnąć zyski i miał świadomość, że to ubezpieczenie, a więc coś innego niż lokata bankowa, jednak nie wyjaśniono mu różnicy między lokatą i umową ubezpieczeniową. Pracownik banku przekazywał mu ustnie informacje na temat oferowanego produktu, nie wspominał jednak, że zachodzi ryzyko utraty zainwestowanych środków, że oprocentowanie nie będzie rosło, a kwota zgromadzonych środków może zmaleć. S. Z. (2) nie zadał pytania, czy odzyska pieniądze, które wpłacił, pytał jedynie o to, czy z tego będzie zysk i czy można środki wycofać wcześniej – w odpowiedzi uzyskał informację, że lepiej wcześniej nie wycofywać środków, tylko przetrzymać je dłużej, aby mieć zysk. Jego zamiarem było powiększenie wpłaconej sumy, więc, opierając się na informacjach udzielonych przez pracownika banku, podpisał przedłożone mu dokumenty bez czytania i opuścił placówkę bankową z przeświadczeniem, że produkt ten nie wiąże się z ryzykiem utraty choćby części zainwestowanej kwoty. Obowiązkiem doradcy było przedstawienie klientowi danego produktu zgodnie z tym, czego się nauczył na szkoleniach. Czasami klient podpisywał umowę na pierwszym spotkaniu, ale niekiedy musiał się zastanowić, prosił o przekazanie mu warunków do zapoznania się do domu i wtedy podpisywał umowę na kolejnym spotkaniu. Pracownicy banku winni informować o czasie trwania produktu i zapytać klienta, na jak długi okres zamierza zainwestować środki – w zależności od uzyskanej odpowiedzi przedstawiano mu konkretny produkt. Uzyskiwana przez doradców klienta premia, stanowiąca składnik wynagrodzenia, była zależna od sprzedanego produktu i od tego, jak plan wykonała dana placówka; sprzedaż produktów ubezpieczeniowych i kredytów była premiowana najwyżej, a lokat najniżej.

Po zawarciu umowy S. Z. (2) otrzymał pismo z (...) L. Towarzystwo (...) S.A., w którym informowano go, że długoterminowe inwestycje są pewnego rodzaju ograniczeniem bieżącej konsumpcji dóbr i usług, by w przyszłości możliwe było odniesienie znacznych korzyści finansowych oraz wskazano, że wartość rachunku udziałów nie ma wpływu na formułę naliczania i wypłaty ewentualnego zysku. Wyjaśniono, że celem inwestycyjnym Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego jest powiększenie wartości aktywów funduszu i ochrona 100 % składki jednorazowej na koniec okresu ubezpieczenia, natomiast spadek wartości rachunku udziałów w stosunku do wpłaconej składki wynika m.in. z pobranej w ciągu pierwszych 6 miesięcy polisowych opłaty transakcyjnej, która nie będzie pobierana przez pozostały okres ubezpieczenia. W 2015 r. powód otrzymał pismo z (...) L. Towarzystwo (...) S.A.

zawierające informację o sumie ubezpieczenia i wartości wykupu w kwocie 13 041,49 zł. Po otrzymaniu pisma S. Z. (1) udał się do oddziału G. Banku w Ł., gdzie potwierdzono, że suma ubezpieczenia się zmniejszyła, a powód nie osiągnął zysku, ale stracił; ubezpieczony chciał wtedy umowę rozwiązać, także i z tej przyczyny, że słyszał już o znacznej liczbie „oszukanych” w ten sposób osób. Pismem z dnia 9 listopada 2015 r. pełnomocnik powoda skierował do pozwanego oświadczenie o uchyleniu się S. Z. (1) od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego przez powoda w dniu 24 września 2012 r. polegającego na przystąpieniu do ubezpieczenia o nazwie (...) i wezwał go do zapłaty kwoty 20.000,00 zł z tytułu zwrotu dokonanej wpłaty oraz kwoty 1.800,00 zł z tytułu naprawienia szkody (utrącone korzyści) w terminie 14 dni. W piśmie wskazano, że powód został wprowadzony w błąd zarówno co do warunków umowy, jak i czasu jej trwania, co sprzeczne jest z zasadami uczciwej praktyki rynkowej. W odpowiedzi pozwany podniósł, że zaoferowany produkt nie jest lokatą bankową i nie gwarantuje osiągnięcia przez ubezpieczonego zysku, zaś bezkosztowa rezygnacja z niego była możliwa do dnia 5 października 2012 r. Sąd ustalił ponadto, że z zainwestowanych środków zwrócono S. Z. (2) kwotę 20.000,00 zł, jak również że powód pracuje jako pracownik fizyczny, z zawodu jest ślusarzem-mechanikiem, ma zasadnicze wykształcenie zawodowe.

Dokonując oceny zgromadzonego materiału dowodowego, Sąd meriti podniósł, że świadek A. P. nie pamiętała wizyty powoda w placówce banku i nie potrafiła podać żadnych konkretów w tym zakresie, nie pamiętała również szczegółów umowy. Z jej zeznań nie wynikało, aby w ramach standardowej obsługi klientów informowano o możliwości nieosiągnięcia zysku, jak również by przy przedstawieniu oferty wyraźnie wskazywano, że drugą stroną umowy jest podmiot inny niż bank, a jedynie to, że sprzedawane produkty winny być przedstawiane zgodnie z zasadami wpajanymi na szkoleniach. Twierdzenia świadka nie dawały więc podstaw do ustalenia, jak wyglądała rozmowa z powodem, ale jedynie – jak wyglądać powinna i to w niepełnym zakresie, jak również można było w oparciu o nie ustalić, że w pozwanym banku preferowano sprzedaż produktów ubezpieczeniowych i kredytów, a najniżej premiowano zawieranie z klientami umów o lokaty bankowe. Oceniając zaś dowód z wyjaśnień powoda, Sąd uznał go za wiarygodny i na tej podstawie ustalił, że S. Z. (1) udał się do banku celem zawarcia umowy lokaty, natomiast pracownik banku zachęcił go do zawarcia umowy ubezpieczenia, wybiórczo informując o tym produkcie bez wskazania ryzyka z nim związanego, co spowodowało, że powód zainteresował się produktem jako gwarantującym zysk, a w każdym razie niepowodującym straty. Sąd zaznaczył, że całość tych wyjaśnień nie została skutecznie podważona przez stronę pozwaną, gdyż powołany przez pozwanego świadek podawał jedynie ogólnikowe informacje, nieodnoszące się bezpośrednio do powoda.

Sąd Rejonowy podniósł dalej, że powód jako podstawę faktyczną swojego roszczenia powołał okoliczność, iż został wprowadzony w błąd przez pracownika banku co do charakteru zawartej umowy, wskazując jednocześnie, że okoliczności jej zawarcia pozwalają przyjąć, iż działanie banku było bezprawne i sprzeczne z zasadami uczciwej praktyki rynkowej. W ocenie Sądu, choć z okoliczności sprawy, ustalonych w oparciu o materiał dowodowy, nie wynika, by produkt, do którego przystąpił S. Z. (1), był mu przedstawiany jako lokata, skoro sam powód zeznał, że wiedział, iż podpisuje umowę ubezpieczenia, to jednak bezsprzecznie nie zdawał on sobie sprawy z cech tego produktu i różnicy pomiędzy nim i lokatą, a w efekcie był przeświadczony, że zainwestował środki na dłuższy niż planował początkowo okres czasu i że nie poniesie z tego tytułu straty.

Sąd I instancji powołał dalej art. 3 i art. 4 ust. 1 i 2 w związku z art. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2070) w wersji obowiązującej w dacie podpisywania deklaracji przez powoda, które to przepisy zakazywały nieuczciwych praktyk rynkowych i wyjaśniały, co ustawa traktuje jako praktyki rynkowe i kiedy mogą one zostać uznane za nieuczciwe. Zaznaczono też, że z art. 12 ust. 1 pkt 4 tejże ustawy wynika, iż w razie dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej konsument, którego interes został zagrożony lub naruszony, może żądać naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych, w szczególności domagać się unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez przedsiębiorcę kosztów związanych z nabyciem produktu, zaś w świetle art. 13 przedmiotowej ustawy ciężar dowodu, że dana praktyka rynkowa nie stanowi nieuczciwej praktyki wprowadzającej w błąd, spoczywał na przedsiębiorcy, któremu zarzucono jej stosowanie. Sąd w związku z tym zaznaczył, że przeprowadzone postępowanie dowodowe nie obaliło twierdzenia powoda, iż działanie pozwanego stanowiło nieuczciwą praktykę rynkową, w szczególności

z ustalonych faktów nie wynika, aby produkt, do jakiego przystąpił S. Z. (1), został mu przedstawiony inaczej, niż to wynika z jego twierdzeń. Sąd ocenił, że nie sposób uznać, by powód otrzymał pełną i rzetelną informację o produktach, w jakie może zainwestować swoje oszczędności, gdyż nie poinformowano go szczegółowo o ryzyku utraty czy niewypłacenia wpłaconej kwoty. Zdaniem Sądu, będący pracownikiem pozwanego doradca klienta winien przedstawić klientowi rozwiązania dla niego najkorzystniejsze, a w realiach sprawy trudno było przypuszczać, by S. Z. (1), korzystający do tej pory wyłącznie z lokat, zamierzał podjąć ryzyko inwestowania swoich oszczędności w produkt, który może doprowadzić do ich straty. Sąd zwrócił uwagę, że pracownik banku winien wyjaśnić konsumentowi wszelkie istotne aspekty zawieranej umowy, nie zaś ograniczać swoją aktywność jedynie do przedłożenia klientowi szeregu dokumentów do podpisu; przypomniano, że powód był ponadto zapewniany, iż nie straci na inwestycji w ten produkt, a długotrwałe przetrzymanie środków wygeneruje zysk.

Sąd I instancji zajął stanowisko, że nie sposób przypisać decydującego znaczenia zapisom deklaracji, napisanym bardzo drobnym drukiem bez szczególnego podkreślenia elementów istotnych oraz podpisaniu przez powoda sporządzonego w ten sposób oświadczenia, że został poinformowany, iż produkt, do którego przystępuje, nie jest lokatą. Sąd zwrócił uwagę, że S. Z. (1) nie ma wykształcenia prawniczego ani finansowego, ale jedynie podstawowe, nie wie, jakie cechy winno posiadać ubezpieczenie i nie sposób oczekiwać, aby klient banku przed każdą inwestycją zasięgał porady osoby posiadającej wiadomości z zakresu ekonomii i bankowości. Taką rolę powinni pełnić pracownicy banku, tymczasem nie sposób wywnioskować z materiału dowodowego, aby klientowi rzeczywiście doradzono w kwestii inwestycji zgodnie z jego najlepiej pojętym interesem. Powód, inwestujący dotąd pieniądze bez jakiegokolwiek ryzyka wyłącznie w lokaty, przybył do banku celem ulokowania otrzymanych kwot z zamiarem osiągnięcia stabilnego i pewnego zysku, wobec czego doradca klienta powinien odradzić mu inwestowanie w produkt ubezpieczeniowy jako niegwarantujący tego zysku, a przynajmniej w sposób wyraźny i zrozumiały zwrócić uwagę konsumenta, że produkt taki wiąże się z ryzykiem utraty zainwestowanych środków. Tymczasem informacje takie znajdują się jedynie w deklaracji i pozostałych dokumentach jako zapisy, które gubią się w masie informacji, a w ocenie Sądu doświadczenie życiowe wskazuje, że klienci zamierzający ulokować pieniądze opierają się najczęściej wyłącznie na informacji uzyskanej od pracownika banku. Zdaniem Sądu, gdyby powód otrzymał wyraźną informację o ryzyku inwestowania ze wskazaniem konsekwencji wahań na rynku finansowym, to nie zawarłby przedmiotowej umowy, gdyż jego głównym celem było bezpieczne ulokowanie swoich pieniędzy z gwarancją, że na tym nie straci, tymczasem pracownik banku nie zwrócił jego uwagi na istotne w tym kontekście zapisy zawarte w treści przedkładanych do podpisu dokumentów. Podniesiono, że w stosunkach z klientami nieznanymi specyfiki instytucji rynku finansowego i ubezpieczeń, używanie specjalistycznych zwrotów i sformułowań bez stosownego ich wyjaśnienia w sposób przystępny, powoduje, że klienci nawet przy uważnym zapoznaniu się z treścią umowy przed jej podpisaniem, nie powzieliły istotnej z ich punktu widzenia wiedzy, w szczególności, że inwestują swoje pieniądze w produkt, z którego bezkosztowa rezygnacja jest utrudniona i który nie gwarantuje zysku. Sąd zwrócił też uwagę, że pozwany zachęcał pracowników do oferowania tego rodzaju produktów, wiążąc z ich sprzedażą najwyższe premie, jednak dążenie do maksymalizacji zysku nie zwalnia przedsiębiorcy w stosunkach z konsumentami z dołożenia wszelkich starań celem wyjaśnienia im najważniejszych cech oferowanego produktu, także w tych aspektach, które mogą odwieść klienta od jego zakupu. W ocenie Sądu załączone do deklaracji oświadczenie zostało skonstruowane niejasno i w sposób, który mógł wprowadzić powoda w błąd, a zatem nie można uznać, aby wyjaśniono tam w dostateczny sposób osobie nieobeznanej z instrumentami finansowymi istotę zawartej umowy. Jedynie wskazanie, że umowa ma charakter długoterminowy i że produkt nie jest lokatą, a wobec tego nie gwarantuje zysku, można uznać za zrozumiałe dla przeciętnego konsumenta, natomiast za nieprzejrzyste należy uznać określenie podstaw bezkosztowej rezygnacji z umowy; ponadto zarówno Deklaracja, jak i Oświadczenie, zostały tak skonstruowane, że klient drugą stroną umowy mógł upatrywać w pozwanym i żywić przekonanie, iż to bank będzie realizował umowę oraz że jest to produkt mający na celu oszczędzanie.

Sąd meriti zaznaczył następnie, że co do zasady umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym uważana jest za umowę ubezpieczenia, co wynika z bardzo szerokiej definicji tej umowy zawartej w art. 805 k.c., a jej charakterystyczną cechą jest wyraźne wyodrębnienie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz odrębne nim administrowanie. Stwierdzono, że bank, oferując produkt ubezpieczeniowy, winien dołożyć szczególnej staranności w zakresie naświetlenia klientom różnicy pomiędzy tego rodzaju ubezpieczeniem i produktami, jakie

w powszechnej świadomości wiążą się z działalnością banków – tymczasem pracownik banku nakłonił powoda do zawarcia umowy ubezpieczenia, nie uświadamiając mu, na czym polega różnica w stosunku do wcześniej zawieranych przez niego umów o założenie lokaty i przedstawiając ubezpieczenie jako sposób na osiągnięcie planowanego przez klienta zysku bez uprzedzenia o ryzyku poniesienia straty. Sąd przywołał dalej in extenso art. 5 i 6 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2070), wyjaśniające, kiedy określoną praktykę rynkową można uznać za działanie lub zaniechanie wprowadzające konsumenta w błąd i podniósł, że wynika stąd, iż strona pozwana zastosowała w stosunku do S. Z. (1) nieuczciwą praktykę rynkową, skoro jej pracownik dopuścił się zaniechania wprowadzającego powoda w błąd, gdyż przy oferowaniu mu ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie wyjaśnił w sposób przystępny, że istnieje ryzyko utraty części inwestowanych środków, ani tego, na czym polega różnica pomiędzy lokatą a produktem ubezpieczeniowym. W efekcie, choć powód wiedział, iż zawarł inną umowę niż o utworzenie lokaty, to jednak miał bardziej szczegółowej wiedzy o produkcie, którą winna było zostać mu przekazana w sposób zrozumiały i dostępny, a nie jedynie poprzez zamieszczenie tych informacji w minimalnym zakresie i przy użyciu sformułowań niezrozumiałych dla przeciętnego konsumenta w podpisanych przez niego dokumentach. W tych okolicznościach Sąd uznał, że bank nie udzielił powodowi rzetelnych informacji o oferowanym produkcie, a wobec tego zachowanie takie stanowiło nieuczciwą praktykę rynkową; strona pozwana, na której spoczywał ciężar dowodu w tym zakresie, nie wykazała okoliczności przeciwnej.

Powołano następnie art. 2 pkt 8 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2070), z którego wynika, że przeciętnym konsumentem jest konsument, który jest dostatecznie dobrze poinformowany, uważny i ostrożny; oceny dokonuje się z uwzględnieniem czynników społecznych, kulturowych, językowych i przynależności danego konsumenta do szczególnej grupy konsumentów, przez którą rozumie się dającą się jednoznacznie zidentyfikować ich grupę, szczególnie podatną na oddziaływanie praktyki rynkowej lub na produkt, którego praktyka rynkowa dotyczy, ze względu na szczególne cechy, takie jak wiek, niepełnosprawność fizyczna lub umysłowa. Sąd Rejonowy podniósł, że w realiach sprawy niniejszej S. Z. (1) nie był konsumentem dostatecznie dobrze poinformowanym i choć działał w zaufaniu do pracownika pozwanego, to nie uzyskał wszystkich niezbędnych informacji potrzebnych do podjęcia decyzji z należyтым rozeznaniem. Sąd zauważył, że niejasności zachodziły także co do oznaczenia drugiej strony stosunku prawnego, gdyż co prawda mowa tam o (...) S.A., ale w kontekście umowy wiążącej ten podmiot z (...) Bank S.A., a nawet numer rachunku bankowego do wpłat był rachunkiem pozwanego. Z uwagi na swoją niejasność dokumenty przedłożone powodowi, operujące językiem niedostosowanym do poziomu przeciętnego konsumenta i posługujące się specjalistycznym nazewnictwem, mogą wywoływać wątpliwości tak co do charakteru oferowanego produktu, zasad wypłat świadczeń, a nawet co do oznaczenia samego kontrahenta umowy, zwłaszcza u osób, które nie posiadają odpowiedniego wykształcenia, co nie pozwoliło S. Z. (1) na podjęcie racjonalnej decyzji, przy czym nie można przyjąć, by powód działał w sposób lekkomyślny i bez należytej staranności. W konsekwencji doszło do istotnego zniekształcenia zachowania rynkowego powoda, który kiedy tylko zorientował się, że stan jego oszczędności się zmniejszył, dążył do rozwiązania umowy, jednak odzyskał jedynie połowę zainwestowanych środków, a posiadając rzetelną wiedzę o zaproponowanym mu produkcie, z pewnością nie podpisałby Deklaracji przystąpienia do umowy.

Sąd I instancji odnotował, że występując z przedmiotowym pozwem, powód powołał się też na uchylenie się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu, ale także na działanie pozwanego jako nieuczciwą praktykę rynkową. Zaznaczono, że na gruncie dochodzonego roszczenia S. Z. (1) winien ponadto wykazać fakt poniesienia szkody, jej wysokość i związek przyczynowy postępowania banku z zaistniałą szkodą i stwierdzono, że te przesłanki odpowiedzialności odszkodowawczej również zostały udowodnione. Zdaniem Sądu, powód wykazał, że gdyby nie działanie pracownika pozwanego, nie zawarłby umowy niosącej w sobie ryzyko i nie zainwestowałby kwoty 40 000,00 zł. Pozwany z kolei, mimo twierdzenia, iż nie jest stroną umowy, nie przedłożył żadnych dowodów na okoliczność ukształtowania jego stosunku prawnego z (...) S.A., a biorąc pod uwagę charakter odszkodowawczy odpowiedzialności przewidziany w ustawie z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2070), twierdzenia banku co do braku po jego stronie legitymacji biernej nie znajdują podstaw prawnych, bowiem praktyk uznanych przez Sąd za nieuczciwe dopuścił się właśnie pozwany

poprzez swego pracownika i to jego należy traktować jako sprawcę szkody doznanej przez powoda. Analizując problem rozmiaru wyrządzonej szkody, Sąd meriti zwrócił uwagę, że pozwany oświadczył w odpowiedzi na pozew, iż nie wie, ile ubezpieczyciel zwrócił powodowi z zainwestowanej kwoty, jednak przed zamknięciem rozprawy nie zanegował, że wypłacona została kwota 20.000,00 zł, ani nie próbował udowodnić, iż wypłacono kwotę wyższą. Wywiedziono następnie, że wynikający z art. 88 § 2 k.c. roczny termin do uchylecia się od skutków złożonego oświadczenia woli został zachowany, a oświadczenie to skierowano do właściwego podmiotu – czego nie negował także pozwany bank – zatem tym bardziej przyjąć trzeba, że oświadczenie powoda o rozwiązaniu umowy doszło do wiadomości towarzystwa ubezpieczeniowego, skoro powodowi wypłacono 20.000,00 zł. Jeśli powód w 2015 r. otrzymał pismo informujące, że zainwestowana przez niego kwota zmalała, zaś oświadczenie na piśmie wystosowane przez jego pełnomocnika nosi datę 9 listopada 2015 r., to fakt złożenia takiego oświadczenia winien skutkować ustaniem obowiązywania umowy. Choć pozwany podnosił, że przedmiotowe ubezpieczenie nadal trwa i nie zostało do dzisiaj rozwiązane, to jednak pozostaje to w sprzeczności z faktem zwrotu na rzecz powoda kwoty 20.000,00 zł.

Zwrócono uwagę, że zgodnie z art. 84 § 1 k.c., jeżeli oświadczenie woli było złożone innej osobie, uchylene się od jego skutków prawnych dopuszczalne jest tylko wtedy, gdy błąd został wywołany przez tę osobę, chociażby bez jej winy, albo gdy wiedziała ona o błędzie, albo mogła z łatwością błąd zauważyć. Złożenie przez powoda deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia Sąd uznał za złożenie oświadczenia woli mającego indywidualnie oznaczonego adresata, jakim jest ubezpieczyciel, czyli druga strona stosunku ubezpieczenia, skoro w części wstępnej deklaracji wskazano, że przystąpienie do umowy ubezpieczenia następuje w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy (...) S.A. a (...) Bank S.A. jako ubezpieczającym. Powód zawierał umowę z pracownikiem pozwanego, w jego siedzibie, był więc przeświadczony, że zawiera umowę z pozwanym. W ocenie Sądu błąd taki został wywołany przez drugą stronę czynności prawnej, jaką był pozwany, który jednak nie mógł na swoją rzecz zawrzeć przedmiotowej umowy ubezpieczenia, bank winien też wykazać, jakie były istotne przedmiotowo elementy stosunku prawnego wiążącego go z towarzystwem ubezpieczeniowym, skoro z faktów tych wywodził twierdzenie o braku legitymacji do przyjęcia oświadczenia S. Z. (1) o uchyleniu się od błędu. Analizując kwestię nieważności umowy jako konsekwencji uchylene się powoda od oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu i żądania w związku z tym zwrotu wpłaconej kwoty jako świadczenia nienależnego, Sąd wskazał, że powód wykazał jedynie podstawę odpowiedzialności banku w ramach odpowiedzialności odszkodowawczej, nie zaś przesłanki pozwalające na przyjęcie, iż umowa była nieważna, a świadczenie winno podlegać zwrotowi w całości. Biorąc to pod uwagę, Sąd zasądził od pozwanego (...) Bank S.A. na rzecz S. Z. (1) kwotę 20.000,00 zł wraz z żądanymi odsetkami z tytułu opóźnienia, podnosząc, że podstawą roszczenia odsetkowego był art. 481 § 1 k.c., a termin spełnienia dochodzonego świadczenia – jako bezterminowego – nastąpił w myśl art. 455 k.c. niezwłocznie po wezwaniu skierowanym przez wierzyciela. Wezwanie takie powód skierował do pozwanego pismem z dnia 9 listopada 2015 r., wyznaczając w nim 14-dniowy termin zapłaty, wobec czego od dnia następnego po upływie tego terminu, tj. od dnia 24 listopada 2015 r., odsetki były należne. O kosztach postępowania orzeczono w oparciu o art. 98 § 1 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik procesu, natomiast na podstawie art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 755 ze zm.) w związku z art. 98 § 1 k.p.c. nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa kwotę 83,58 zł tytułem zwrotu kosztów wyłożonych tymczasowo przez Skarb Państwa.

Apelację od tego wyroku złożył pozwany, zaskarżając go w całości i wnosząc o jego zmianę poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda zwrotu kosztów postępowania sądowego, w tym kosztów zastępstwa procesowego przed Sądami obu instancji według norm przepisanych. Zaskarżonemu orzeczeniu zarzucono:

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie wszechstronną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, co wyrażało się w dokonaniu ustaleń sprzecznych z rzeczywistym stanem rzeczy, tj. w ustaleniu, że: stosunek prawny łączący powoda z (...) S.A. uległ rozwiązaniu;
- powodowi zwrócono z zainwestowanych środków kwotę 20.000,00 zł na skutek rozwiązania umowy ubezpieczenia;

pozwany nie negował wypłaty kwoty 20.000,00 zł na rzecz powoda,
podczas gdy fakty te nie zostały w żaden sposób udowodnione przez powoda, a pozwany wyraźnie im zaprzeczał;
rachunek do wpłat składki jednorazowej wskazany w Deklaracji przystąpienia do spornego ubezpieczenia należy do pozwanego,
podczas gdy z § 11 ust. 3 Warunków ubezpieczenia wprost wynika, że rachunek do wpłaty składki jednorazowej wskazany w Deklaracji przystąpienia należy do Towarzystwa (...), a jedynie prowadzony jest przez (...) Bank S.A.;

- naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie wszechstronną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, co wyrażało się w dokonaniu ustaleń sprzecznych z rzeczywistym stanem rzeczy, tj. w ustaleniu, że:
pracownik banku nakłonił powoda do zawarcia spornej umowy ubezpieczenia, nie uświadamiając mu, na czym polega różnica pomiędzy tą umową i lokatą;
powód nie otrzymał pełnej i rzetelnej informacji o produkcie, w jaki zainwestował środki pieniężne;
powód nie został szczegółowo poinformowany o ryzyku zainwestowania swoich oszczędności, w tym ryzyku utraty czy niewypłacenia zainwestowanej kwoty;
powód był zapewniany, że nie straci na zainwestowaniu w produkt, przy czym podkreślano, że długotrwałe przetrzymywanie środków przyniesie zysk,

podczas gdy przeciwne wnioski wynikają z dokumentacji umownej, w szczególności Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i Oświadczeń Ubezpieczonego, a także zeznań świadka A. P.;

- art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dowolną, a nie wszechstronną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, co wyrażało się w dokonaniu ustaleń sprzecznych z rzeczywistym stanem rzeczy, tj. w ustaleniu, że:
Oświadczenia do Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia zostały skonstruowane niejasno i w sposób, który mógł wprowadzać powoda w błąd;
Deklaracja przystąpienia i Oświadczenie zostały tak skonstruowane, że klient miał prawo w pozwanym upatrywać drugiej strony umowy, jak również oczekiwać, że to pozwany będzie realizował umowę oraz że jest to produkt mający na celu oszczędzanie,

podczas gdy treść Deklaracji i Oświadczeń została sporządzona prostym językiem i w sposób czytelny wskazuje na istotne elementy spornej umowy ubezpieczenia, o których powód rzekomo miał nie zostać poinformowany;

- art. 231 k.p.c. w związku z art. 230 k.p.c. poprzez błędne zastosowanie i uznanie za przyznany przez pozwanego faktu, że kwota 20.000,00 zł została wypłacona powodowi przez Towarzystwo (...), mimo że pozwany kwestionował ten fakt, jak również ustalenie na tej podstawie, że stosunek prawny łączący powoda z Towarzystwem (...) został rozwiązany, a powód nie odzyskał pozostałej części zainwestowanej kwoty;
- art. 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 299 k.p.c. poprzez sprzeczne z zasadami doświadczenia życiowego poczynienie istotnych ustaleń faktycznych w sprawie w oparciu przede wszystkim o wyjaśnienia powoda, mimo że dowód ten jest jedynie dowodem subsydiarnym, ma najmniejszy walor obiektywizmu i który powinno traktować się z ostrożnością w sytuacji, gdy nie koreluje on z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym w sprawie, w tym z dowodami z dokumentów w postaci Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia i Oświadczeń oraz zeznaniami świadka A. P.;

- błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że sporne ubezpieczenia zostały sprzedane powodowi w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, gdyż zaprezentowano mu je w taki sposób, że informacje o zysku były podkreślane w przeciwieństwie do informacji o kosztach i ryzykach;
- błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że powód pozostawał w błędzie co do podstawowych cech spornego ubezpieczenia, tj. m.in. formy prawnej produktu, okresu ubezpieczenia, kosztów związanych z wcześniejszą rezygnacją, ryzyk i gwarancji osiągnięcia zysku;
- błąd w ustaleniach faktycznych polegający na przyjęciu, że doszło do rozwiązania spornej umowy ubezpieczenia, a powód otrzymał od Towarzystwa (...) kwotę 20.000,00 zł;
- art. 12 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2070) w związku z art. 405 k.c. w związku z art. 410 § 2 k.c. poprzez bezzasadne zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kwoty 20.000,00 zł tytułem naprawienia szkody, co prowadzi do bezpodstawnego wzbogacenia powoda, bowiem pomimo zasądzenia na jego rzecz tej kwoty od pozwanego, nadal zachowuje on roszczenie o wypłatę zainwestowanej składki do Towarzystwa (...);
- art. 363 § 1 k.c. w związku z art. 361 § 1 k.c. poprzez błędne zastosowanie i uznanie, że powód na skutek działań pozwanego doznał szkody w wysokości 20.000,00 zł, podczas gdy powód nie wykazał, że rozwiązał umowę ubezpieczenia z Towarzystwem (...) i otrzymał zwrot jedynie połowy środków zainwestowanych z tego tytułu;
- art. 6 k.c. poprzez uznanie, że powód udowodnił swoje roszczenie co do zasady i co do wysokości, podczas gdy nie przedstawił on żadnego dokumentu, z którego wynikałoby, że rozwiązał umowę ubezpieczenia oraz że otrzymał z tego tytułu od Towarzystwa (...) kwotę 20.000,00 zł, a tym samym że doznał jakiegokolwiek szkody, za którą odpowiada pozwany.

Ponadto skarżący podniósł, że stosunek ubezpieczenia, nawiązany pomiędzy powodem i (...) S.A. i wynikający ze spornej umowy ubezpieczenia, trwa nadal i wniósł o zwrócenie się do (...) S.A. o przedstawienie informacji:

- czy powód rozwiązał sporną umowę ubezpieczenia, a jeśli tak, to kiedy i w jaki sposób;
- jaka kwota została powodowi wypłacona w związku z ewentualnym rozwiązaniem spornej umowy i co się na nią składa;
- czy w trakcie trwania spornej umowy ubezpieczenia powodowi zostały wypłacone jakieś kwoty, a jeśli tak, to w jakiej wysokości i z jakiego tytułu.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o jej oddalenie i zasądzenie od pozwanego na swoją rzecz zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, w tym kosztów zastępstwa adwokackiego według norm przepisanych.

Na rozprawie apelacyjnej przed Sądem Okręgowym w Łodzi w dniu 4 sierpnia 2020 r. pozwany złożył pismo procesowe z dnia 9 grudnia 2019 r. wraz z dokumentem pochodzącym od (...) S.A. i zawierającym informacje dotyczące umowy ubezpieczenia, z której wynika stosunek ubezpieczenia nawiązany pomiędzy powodem i ubezpieczycielem; w piśmie zawarto oświadczenie pełnomocnika pozwanego, że odpis tego pisma nadano na adres pełnomocnika powoda. Na tejże rozprawie powód cofnął wniosek dowodowy zawarty w apelacji.

Sąd Okręgowy ustalił dodatkowo następujące okoliczności faktyczne:

W dniu 6 grudnia 2019 r. (...) Spółka Akcyjna w W. złożyło oświadczenie, że na ten dzień rachunek udziałów S. N. (...) (numer tożsamy z numerem deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia – k. 23 akt) związany z ubezpieczeniem (...) uważa za nadal aktywny. Według stanu na ten dzień wartość tego rachunku udziałów wynosi 17.606,10 zł, a szacowana wartość wykupu wynosiłaby 17.430,04 zł (pismo ubezpieczyciela, k. 194).

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja skutkuje zmianą zaskarżonego wyroku.

Chybione są zarzuty apelacyjne, w ramach których pozwany kwestionuje ocenę dowodów i poczynione na jej podstawie ustalenia faktyczne dotyczące okoliczności złożenia przez powoda oświadczenia woli o przystąpieniu do ubezpieczenia w charakterze ubezpieczonego i zakresu udzielanych mu przez pracownika pozwanego informacji, które skłoniły go do podjęcia takiej decyzji. Skarżący wywodzi, że sprzeczne z normą art. 299 k.p.c. jest oparcie ustaleń co do okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy na wyjaśnieniach S. Z. (1), chociaż już na podstawie pozostałego zgromadzonego w aktach sprawy materiału dowodowego można było uznać sprawę za dostatecznie wyjaśnioną, a ponadto w ocenie skarżącego jest to dowód mający najmniejszy walor obiektywizmu, a tym samym winien zostać na gruncie oceny dowodów dokonanej w myśl art. 233 § 1 k.p.c. uznany za najmniej wiarygodny. Odwołanie się do subsydiarności dowodu z przesłuchania stron wynikającej z art. 299 k.p.c. mogłoby co najwyżej uzasadniać zarzut odnoszący się do decyzji Sądu o dopuszczeniu tego dowodu, niemniej zarzut taki w apelacji nie został postawiony, a ponadto z pewnością nie sposób uznać, by możliwe było stwierdzenie okoliczności niezbędnych dla rozstrzygnięcia sprawy na podstawie pozostałych przeprowadzonych wcześniej dowodów. Jak trafnie wywiódł Sąd Rejonowy, dla wyjaśnienia zasadności roszczeń powoda niezbędne było ustalenie okoliczności towarzyszących złożeniu przez niego oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia, a zwłaszcza tego, jakich informacji co do skutków złożenia oświadczenia udzielił mu pracownik banku, a jakich informacji mu nie udzielił, a także – w jaki sposób powód wobec tego pracownika artykułował swoje oczekiwania inwestycyjne i czy wyjaśniał, jakiego rodzaju produktu poszukuje. Fakty te mają szczególną wagę w kontekście stwierdzenia, czy pozwany dopuścił się wobec powoda nieuczciwej praktyki rynkowej jako przesłanki przyznania żądanego pozwem odszkodowania. Nie było możliwe ich ustalenie w oparciu o treść Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia ani też Oświadczeń podpisanych przez S. Z. (1), nie mogły posłużyć temu celowi również zeznania świadka A. P., która nie pamiętała rozmowy z powodem poprzedzającej przystąpienie przez niego do ubezpieczenia i wypowiadała się głównie co do tego, na czym polegały jej obowiązki informacyjne związane z obsługą klientów, a nawet i w tym zakresie twierdzenia te trudno było odnieść do konkretnej sytuacji, w której brał udział powód, gdyż po latach nie orientowała się ona nawet w elementarnych cechach oferowanego produktu .. (...) kwestii wiarygodności dowodu z przesłuchania S. Z. (1) stwierdzić trzeba natomiast, że ustawa nie ustanawia hierarchii środków dowodowych pod tym względem i choć w istocie doświadczenie życiowe nakazuje z oczywistych przyczyn traktować ten dowód ze znaczną ostrożnością, to jednak uzasadnione podstawy do odmowy mu wiarygodności zachodzą wówczas, gdy pozostaje on w sprzeczności z pozostałym zgromadzonym materiałem dowodowym, co w sprawie niniejszej nie ma miejsca.

Nie sposób podzielić też stanowiska autora apelacji, że Sąd I instancji naruszył art. 233 § 1 k.p.c. poprzez ustalenie, iż treść Oświadczeń do Deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia została sformułowana na tyle jasno, iż wykluczało to pozostawanie przez powoda w błędzie co do skutków przystąpienia do ubezpieczenia, w szczególności co do tego, kto jest drugą stroną umowy i czy jest to produkt, który polega na oszczędzaniu pieniędzy. Ustalenie takie niewątpliwie związane jest z dokonaniem przez Sąd pewnej oceny faktów, niemniej jednak należy jej dokonać z uwzględnieniem okoliczności związanych z osobą, która miałaby zapoznać się z treścią tych oświadczeń, zwłaszcza z jej wiekiem, wykształceniem czy znajomością zagadnień z zakresu prawa i ekonomii. Choć można przyznać, że niektóre z przywołanych przez skarżącego treści są rzeczywiście jednoznaczne i zrozumiałe dla przeciętnego konsumenta (np. „produkt nie jest lokatą bankową i w związku z tym nie gwarantuje osiągnięcia przez ubezpieczonego zysku”), to jednak o innych sformułowaniach z pewnością nie można tego powiedzieć. Przykładowo, nietypowy z pewnością skutek złożenia oświadczenia woli, polegający na tym, że konsument, składając wobec pracownika banku oświadczenie o skorzystaniu z ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w art. 829 § 2 zd. I k.c., nie staje się stroną umowy zawartej z bankiem, a jedynie uczestnikiem stosunku ubezpieczeniowego – co jest radykalnie odmienne od codziennych doświadczeń przeciętnego człowieka, z których wynika, że zwyczajnym skutkiem złożenia oświadczenia woli wobec określonego podmiotu jest zawarcie z nim umowy – został „objaśniony” frazą: „produkt, do którego przystąpiłem, ma formę prawną grupowej umowy ubezpieczenia na życie i dożycie zawartej pomiędzy (...) Bank (...) S.A.”. Sformułowanie takie nie wyjaśnia w sposób zrozumiały dla nawet rozważnego i dbającego o swe interesy

konsumenta, czym jest grupowa umowa ubezpieczenia, na czym polega przystąpienie przez ubezpieczonego do umowy zawartej przez osoby trzecie i czy złożenie oświadczenia woli wobec pracownika banku powoduje nawiązanie jakiegokolwiek stosunku prawnego pomiędzy konsumentem i bankiem. Zrozumienie zapisu zawartego w punkcie 4 oświadczenia o brzmieniu: „w Okresie ubezpieczenia Wartość rachunku udziałów, na którym ewidencjonowane są Udziały jednostkowe nabyte za Składkę Jednorazową, może ulegać znacznym wahaniom ze względu na wycenę instrumentów finansowych wchodzących w jego skład, w szczególności może być znacznie niższa niż wysokość wpłaconej Składki Jednorazowej. Z produktem wiąże się ryzyko wynikające z możliwości niewywiązania się emitenta instrumentów finansowych wchodzących w skład produktu z wynikających z nich płatności” wymaga szczegółowej znajomości Warunków (...) choćby po to, by wiedzieć, czym jest Wysokość rachunku udziałów, która potencjalnie może ulegać wahaniom i być niższa niż wartość Składki Jednorazowej – a włączenie go do treści oświadczenia przedkładanego konsumentowi do podpisu oparte jest na nieznanym oparciu w doświadczeniu życiowym i zdrowym rozsądku założeniu, że przeciętny konsument rozumie pojęcie „instrumentu finansowego” czy „emitenta instrumentu finansowego” i zdaje sobie sprawę, że „ryzyko wynikające z możliwości niewywiązania się emitenta instrumentów finansowych wchodzących w skład produktu z wynikających z nich płatności” jest równoznaczne z możliwością poniesienia przez niego straty polegającej na utracie części lub całości zainwestowanych pieniędzy. Z pewnością nie sposób twierdzić, że treść ta jest oczywista i klarowna dla osoby posiadającej wykształcenie zawodowe i niedysponującej wiedzą z dziedziny prawa i ekonomii. Sam fakt, że pełnomocnik skarżącego przytoczył ten zapis jako przykład prostego i zrozumiałego oświadczenia, daje wiele do myślenia i pozwala zrozumieć, w jakiej optyce – zdecydowanie różnej od punktu widzenia konsumentów (...) Bank S.A. postrzega zakres swoich obowiązków związanych z polityką informacyjną wobec klientów, zabezpieczającą ich przed zniekształceniem ich zachowań rynkowych przed zawarciem umowy.

Chybiony jest też zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. skutkującego błędnym ustaleniem faktów wymienionych w poszczególnych podpunktach punktu II. 2. apelacji. Nie można zgodzić się, że ustalenia Sądu meriti w tym zakresie są efektem nierozważenia całokształtu materiału dowodowego, w szczególności, że do odmiennych wniosków winna doprowadzić Sąd treść dokumentów przedłożonych powodowi do podpisania oraz zeznań świadka A. P.. Przede wszystkim – jak już powiedziano wyżej – zeznania świadka nie odnoszą się bezpośrednio do rozmowy ze S. Z. (1), ale opisują dość ogólnie pewien modelowy schemat obsługi klienta i nie wynika z nich, czy na odbyłym szkoleniu dotyczącym oferowanego produktu pracownik banku nabył rzetelną i pogłębioną wiedzę o nim i czy wykorzystywał ją podczas obsługi klientów. W pamięci świadka zatarły się nawet tak elementarne szczegóły dotyczące produktu, jak okres czasu trwania ubezpieczenia, komu – bankowi czy ubezpieczycielowi – była wpłacana składka, a nawet to, czy produkt wiązał się tylko z zyskiem czy także z ryzykiem, natomiast całkiem dobrze zapamiętała ona to, że jej obowiązkiem było zapytać klienta, na jaki okres czasu zamierza pieniądze zainwestować i w zależności od tego przedstawić mu konkretną ofertę, a przy podpisywaniu umowy pokazać mu wszystkie dokumenty, jak również to, sprzedaż których produktów premiowana była wyżej, a których niżej. Jej wypowiedzi nie pozostają w żadnej sprzeczności z wyjaśnieniami powoda, a wręcz dość dobrze z nimi korespondują, Sąd II instancji nie ma bowiem wątpliwości, że pracownik banku zainteresował się, na jaki okres obsługiwany przez niego klient zamierza zainwestować pieniądze i że na to, który produkt został ostatecznie zaoferowany, mogła mieć wpływ zarówno ta okoliczność, jak i przyczyny związane z motywacją finansową świadka, jak również że bezspornie przedstawiono powodowi wszystkie dokumenty do podpisania, niemniej jednak okoliczności te bynajmniej nie wyczerpują obowiązków informacyjnych po stronie przedsiębiorcy.

Zgodzić się należy z Sądem Rejonowym w całej rozciągłości, że przekazywane informacje winny pomóc konsumentowi podjąć możliwie najlepszą decyzję z punktu widzenia jego interesów. Po pierwsze – doradca klienta w drodze szczegółowej indagacji powinien poznać jego oczekiwania, po drugie – zaproponować produkt możliwie najlepiej tym oczekiwaniom odpowiadający i dokładnie wyjaśnić, w jakiej ewentualnie mierze prezentowana propozycja od nich odbiega, włącznie ze zwróceniem uwagi także na potencjalnie niekorzystne konsekwencje złożenia oświadczenia woli i ich opisaniem, takich zwłaszcza jak np. możliwość utraty zainwestowanego kapitału w związku z ryzykiem inwestycyjnym, po trzecie – przekaz informacji winien być klarowny i dostosowany do możliwości jego zrozumienia przez konkretnego klienta, a pracownik banku winien upewnić się, czy konsument zrozumiał całość wyjaśnień, także

w zakresie potencjalnego ryzyka i niekorzystnych konsekwencji. Z zebranego materiału dowodowego nie wynika bynajmniej, by A. P. dopełniła tych obowiązków, w szczególności by przed zaproponowaniem przedmiotowego ubezpieczenia wypytała S. Z. (1) nie tylko o to, na jak długo zamierza zainwestować pieniądze, ale także o inne jego oczekiwania, choć zdawała sobie sprawę, że dotąd jedynie oszczędzał na lokatach bankowych – wydaje się więc oczywiste, że jej obowiązkiem w takiej sytuacji było dobitne zwrócenie uwagi obsługiwanego klienta na to, że proponowana inwestycja wiąże się w przeciwieństwie do lokaty z ryzykiem utraty kapitału oraz klarowne wyjaśnienie mu – w sposób zrozumiały dla osoby z wykształceniem zasadniczym – jak znaczne jest to ryzyko i od czego zależy. Zamiast tego przedłożono konsumentowi do podpisu sporządzone drobnym drukiem oświadczenie, gdzie wśród wielu innych zapisów znalazł się również i punkt 4 o przytoczonym już wyżej brzmieniu, z pewnością niezapewniający jasnego przekazu informacyjnego. Z materiału dowodowego nie wynika też, by poza zasygnalizowaniem powodowi, że inwestuje pieniądze w inny produkt niż lokata i ewentualnie zwróceniem jego uwagi na opłaty związane z przedwczesnym zakończeniem umowy, doradca klienta wyjaśnił mu, na czym polegają różnice pomiędzy tymi produktami, z kim i czy w ogóle zawarta zostanie umowa na skutek podpisania przez niego przedłożonych mu dokumentów, co będzie się działo z zainwestowanymi przez niego pieniędzmi i w jaki sposób działania te mogą skutkować osiągnięciem przez niego zysku albo straty.

Nie wpływa na zasadność zarzutu o błędnym ustaleniu stanu faktycznego w tym zakresie fakt, że S. Z. (1) bezspornie otrzymał wszystkie dokumenty i gdyby chciał, mógłby je w całości przeczytać przed przystąpieniem do ubezpieczenia, zważywszy, że pracownik banku, zachwalając produkt i przedstawiając płynące z niego korzyści, zaniechał zarazem przekazania konsumentowi pełnej wiedzy o nim, zwłaszcza w aspekcie jego negatywnych stron i ryzyka inwestycyjnego. Takie zaoferowanie produktu, które stwarzało pozory przekazania powodowi pełnej najważniejszej dla niego wiedzy o nim, doprowadziło w gruncie rzeczy do wytworzenia w świadomości klienta, działającego w pełnym zaufaniu do banku, w którym od lat miał lokaty swoich oszczędności, określonego przeświadczenia, że wie już o produkcie wszystko, co jest mu potrzebne do podjęcia decyzji o nim. Jasne jest, że S. Z. (1) z jednej strony miał przekonanie, iż zdecydowanie trudniej mu będzie uzyskać potrzebne informacje w drodze lektury niełatwego do zrozumienia dla osoby z zasadniczym wykształceniem tekstu deklaracji, oświadczeń czy Warunków (...) niż zdobyć je poprzez rozmowę z doradcą klienta, a z drugiej strony, działając w zaufaniu do pracownika banku, nie miał podstaw, by sądzić, że ten przedstawia mu informację w jakimś zakresie niepełną i nieuwzględniającą jego oczekiwań jako klienta banku. W efekcie powód miał podstawy, by sądzić, że w treści przedłożonych do podpisu dokumentów nie ma niczego, o czym by wcześniej nie rozmawiał z doradcą i że nie czekają tam na niego żadne niespodzianki. W ocenie Sądu Okręgowego takie okoliczności zawierania umowy powodują, że przedstawienie S. Z. (1) tych dokumentów nie pozwala jeszcze uznać, iż konsument uzyskał od banku pełną i rzetelną informację o oferowanym produkcie, a niezaznajomienie się przez niego z tymi dokumentami przed ich podpisaniem nie może powodować automatycznie utraty możliwości powołania się przez niego na wprowadzenie w błąd jako przejawu stosowania przez przedsiębiorcę nieuczciwej praktyki rynkowej.

Trzeba natomiast przyznać rację skarżącemu, że Sąd I instancji popełnił błąd, stwierdzając, że wskazany w Deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia rachunek przeznaczony do wpłaty składki jednorazowej należy do pozwanego, gdyż istotnie taka informacja nie jest zawarta w przedmiotowej deklaracji, a podanie nazwy banku obok numeru rachunku zwykle rozumie się jako wskazanie banku, w którym rachunek jest prowadzony; wersja prezentowana przez apelującego w istocie potwierdzona treścią § 11 ust. 3 Warunków (...). Niemniej jednak uchybienie to – w kontekście pozostałych prawidłowo ustalonych okoliczności sprawy – nie skutkuje niemożnością ustalenia, że działania i zaniechania przedsiębiorcy można zakwalifikować jako praktykę rynkową wprowadzającą w błąd, a tym samym nie miało istotnego wpływu na wynik sprawy. Prawdą jest również i to, że można mieć zastrzeżenia do rozumowania Sądu meriti związanego z prawidłowym ustaleniem, iż ubezpieczyciel zwrócił powodowi kwotę 20.000,00 zł. Co do samego faktu zwrotu – nie ma podstaw, by wątpić, że tak było istotnie, skoro przyznaje to S. Z. (1), wywodząc, że choć jako składkę jednorazową wpłacił 40.000,00 zł, to obecnie – w związku ze zwrotem połowy tej kwoty – dochodzi już tylko zapłaty 20.000,00 zł. Problematiczne są natomiast dalsze wnioski, jakie Sąd wiąże z tym faktem. Choć powód już w uzasadnieniu pozwu wyraźnie zaznacza, że wypłata, skutkująca pozostawieniem na rachunku udziałów związanych z przedmiotową umową jedynie kwoty 20.000,00 zł, związana była z przeniesieniem reszty wpłaconych uprzednio

środków na inny produkt oferowany przez bank i że nastąpiło to jeszcze przed złożeniem oświadczenia pismem z dnia 9 listopada 2015 r. o uchyleniu się od skutków prawnych złożenia oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia, to Sąd Rejonowy zdaje się jednak ustalać, że wypłata kwoty 20.000,00 zł nastąpiła po dniu 9 listopada 2015 r. i pozostawała w związku z oświadczeniem skierowanym uprzednio przez pełnomocnika powoda do banku. O ile właściwie Sąd II instancji odczytał wywody uzasadnienia zaskarżonego wyroku, skutkowało to przyjęciem domniemania, że zwrot przedmiotowej sumy pieniężnej był – na gruncie faktycznym – konsekwencją podania w bliżej nieustalony sposób do wiadomości ubezpieczyciela treści oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych przystąpienia do umowy, zaś na gruncie prawnym – efektem zrealizowania niekwestionowanego przez ubezpieczyciela obowiązku zwrotu uiszczanego świadczenia w związku z ustaniem stosunku prawnego ze skutkiem *ex tunc*. To rozumowanie opiera się – jak wskazano na wstępie – na fałszywej przesłance, a ponadto nie wyjaśnia, dlaczego ubezpieczyciel zwrócił tylko wpłaconej połowę składki jednorazowej, zaś zatrzymał dochodzoną pozwem kwotę 20.000,00 zł. Stwierdzić zatem należy, że w rzeczywistości ani nie zachodzą podstawy do skonstruowania domniemania faktycznego, iż oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych złożonego przez powoda oświadczenia woli dotarło do ubezpieczyciela, ani też fakt przeniesienia przez S. Z. (1) w czasie trwania stosunku ubezpieczenia kwoty 20.000,00 zł na inny produkt oferowany przez bank nie świadczy jeszcze o tym, że stosunek ubezpieczenia z jakichkolwiek przyczyn przestał go wiązać.

Rozpatrując natomiast problematykę zastosowania w sprawie prawa materialnego, zarówno w sferze dotyczących jej zarzutów apelacji, jak i zagadnień, które Sąd odwoławczy jest zobowiązany wziąć pod uwagę z urzędu, przypomnieć należy, że na gruncie art. 12 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2070), oprócz dokonania przez przedsiębiorcę nieuczciwej praktyki rynkowej, przesłanką zasadności roszczenia odszkodowawczego jest powstanie szkody w majątku konsumenta pozostającej w związku przyczynowym ze stosowaniem tej praktyki; bez wątplenia obowiązek dowodowy w zakresie zarówno samego faktu poniesienia szkody, jak i jej wysokości, spoczywa na powodzie, co dobitnie podkreśla skarżący w swej apelacji. Bezsprzecznie za szkodę pozostającą w związku z nieuczciwą praktyką rynkową mogłaby zostać uznana kwota stanowiąca różnicę pomiędzy kwotą zainwestowaną przez S. Z. (1) i niższą od niej sumą ubezpieczenia, jaka zostałaby mu wypłacona przez ubezpieczyciela po zakończeniu stosunku prawnego ubezpieczenia w związku z upływem okresu ubezpieczenia lub wartością wykupu wypłaconą mu w związku z wcześniejszą rezygnacją z ubezpieczenia. Ubezpieczyciel wywiązałby się wówczas ze swoich obowiązków umownych, a mimo to w majątku konsumenta powstałby uszczerbek pozostający w związku przyczynowym ze stosowaniem nieuczciwych praktyk rynkowych przez bank. Taka sytuacja nie wchodzi jednak w zakres rozważań na gruncie okoliczności sprawy niniejszej, gdyż bezsprzecznie umówiony czas trwania ubezpieczenia nie upłynął, ani też powód nie złożył oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia w myśl uregulowań zawartych w Warunkach (...). W dalszej kolejności na tle twierdzeń stron prezentowanych w sprawie niniejszej rozważać można sytuację, w której do ustania stosunku ubezpieczenia nie doszło aż do chwili obecnej oraz sytuację, w której stosunek ten ustał ze skutkiem *ex tunc* w efekcie skutecznego uchylenia się przez konsumenta od skutków prawnych złożonego oświadczenia o wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.

Na tle pierwszej z tych sytuacji przypomnieć trzeba, że szkoda może przybrać postać szkody rzeczywistej w majątku S. Z. (1), w zakres której wchodzi strata poniesione przez konsumenta w wyniku dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej lub formę utraty spodziewanych korzyści, które konsument mógłby osiągnąć, gdyby szkoda nie została przez przedsiębiorcę dokonana wskutek nieuczciwej praktyki rynkowej. Szkoda w postaci *lucrum cessans* ma charakter hipotetyczny, ponieważ w ramach tego pojęcia poszukujemy odpowiedzi na pytanie, jak kształtowałby się stan praw i interesów poszkodowanego, gdyby nie nastąpiło zdarzenie wyrządzające szkodę. Nie ulega wątpliwości, iż należy tu uwzględniać tylko takie następstwa w majątku poszkodowanego, które oceniając rzecz rozsądnie, według doświadczenia życiowego, w okolicznościach danej sprawy, dałoby się przewidzieć, iż wzbogaciłyby majątek poszkodowanego, a zatem przyjmować trzeba, że szkoda w tej postaci musi być przez poszkodowanego wykazana z tak dużym prawdopodobieństwem, iż logika i doświadczenie życiowe uzasadniają jej przyjęcie, iż utrata spodziewanych korzyści rzeczywiście by nastąpiła. Mając to na uwadze, w stanie faktycznym rozpoznawanej sprawy, Sąd II instancji uznał, że w przypadku, gdyby stosunek ubezpieczenia nadal wiązał S. Z. (1), to – jak wywodzi skarżący – roszczenie

o naprawienie szkody majątkowej skierowane przeciwko pozwanemu bankowi byłoby co najmniej przedwczesne, i jako takie nieudowodnione. Zaoferowane przez powoda dowody nie pozwalają na ustalenie, czy i w jakim zakresie nastąpił uszczerbek w jego majątku w związku z przystąpieniem do spornej umowy ubezpieczenia, która w dalszym ciągu wiąże jej strony i jest przez ubezpieczyciela wykonywana. Dopiero po zakończeniu spornego stosunku prawnego, czy to na skutek rezygnacji przez powoda, czy po upływie okresu odpowiedzialności, co, zgodnie z umową nastąpiłoby z dniem 4 października 2022 r., będzie możliwe ustalenie, czy i w jakiej wysokości powód poniósł szkodę majątkową i z jakiego tytułu. Rację ma autor apelacji, że gdyby wówczas S. Z. (1) otrzymał zwrot 100 % zainwestowanych środków finansowych, czy nawet kapitał powiększony o kwotę zysku, to nie poniósłby żadnej szkody objętej żądaniem pozwu, w ramach którego sformułowano roszczenie o zwrot całości wpłaconego kapitału. Brak jest podstaw do ustalenia na datę wyrokowania wysokości świadczenia, jakie powodowi zostanie wypłacone w dniu zakończenia okresu ubezpieczenia. Powód nie wykazał również, nie tylko z dużym prawdopodobieństwem, ale w żadnym zakresie, faktu utraty spodziewanych korzyści, jak również ich wysokości, w szczególności nie zaoferował żadnych dowodów celem udowodnienia, że gdyby nie zainwestował w sporną umowę ubezpieczenia, mógłby z wysokim prawdopodobieństwem liczyć na wyższe zyski; przy tym jeśli przyjąć, że przedmiotowy stosunek ubezpieczenia nadal obowiązuje, powód w dalszym ciągu może uzyskiwać zyski w wykonaniu umowy, których ostateczna suma będzie znana dopiero po upływie okresu ubezpieczenia.

Należy jednak dostrzec, że w toku postępowania S. Z. (1) stał na stanowisku, że stosunek ubezpieczenia został jeszcze przed wniesieniem pozwu zakończony z mocą wsteczną wskutek złożenia przez niego oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych złożonego oświadczenia woli – należy więc rozważyć i taką możliwość w kontekście oceny zasadności dochodzonego roszczenia. Przesądzenie tej kwestii zgodnie ze stanowiskiem powoda miałyby znaczenie dla rozstrzygnięcia o przysługiwaniu mu roszczenia odszkodowawczego jedynie wówczas, gdyby stwierdzenie ustania stosunku ubezpieczenia na tej drodze dawałoby na tle okoliczności rozpoznawanej sprawy podstawy do ustalenia, że poniósł on szkodę i do określenia jej wysokości. W pierwszej kolejności można zaznaczyć dla porządku, że dla kwestii skuteczności uchylenia się od skutków prawnych oświadczenia woli nie ma – wbrew wywiodom Sądu Rejonowego – decydującego znaczenia to, czy jego adresatem był ubezpieczyciel i czy doszło ono do jego wiadomości. Podkreślić trzeba, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest zawarta pomiędzy ubezpieczycielem i ubezpieczającym (towarzystwem ubezpieczeń i bankiem), a ubezpieczony przystępuje do tego stosunku ubezpieczenia w drodze złożenia oświadczenia o wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, które stanowi jednostronną czynność prawną (tak np. w wyroku SN z dnia 16 kwietnia 2015 r., III SK 42/14, niepubl.). Zgodnie z art. 829 § 2 zd. I k.c., oświadczenie takie ubezpieczony składa tej stronie umowy ubezpieczenia, która została do przyjęcia takiego oświadczenia upoważniona zgodnie z postanowieniami tej umowy. Do akt sprawy nie złożono umowy ubezpieczenia łączącej pozwanego z ubezpieczycielem, niemniej znajdują się tam Warunki ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym określające zasady objęcia ochroną ubezpieczeniową klientów ubezpieczającego banku, a z ich § 5 ust. 2 wynika, że w celu przystąpienia do ubezpieczenia klient winien złożyć oświadczenie woli o wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową ubezpieczającemu. Z ustalonych okoliczności sprawy wynika, że tak właśnie się stało, a bank – poprzez swego pracownika – występował jako odbiorca oświadczenia woli składanego przez ubezpieczonego, a nie np. jako pełnomocnik ubezpieczyciela lub posłaniec, którego zadaniem było jedynie przekazania oświadczenia towarzystwu ubezpieczeniowemu. Z kolei z art. 88 § 1 k.c. wynika dość jasno, że właściwym trybem uchylenia się od skutków prawnych oświadczenia woli poprzez oświadczenie na piśmie złożone adresatowi oświadczenia woli, co oznaczałoby, że w realiach rozpoznawanej sprawy S. Z. (1) winien je złożyć właśnie wobec ubezpieczającego banku jako podmiotu, do którego wcześniej oświadczenie woli było adresowane.

Nie wdając się w dalsze rozważania dotyczące skuteczności uchylenia się przez powoda od skutków prawnych złożonego oświadczenia woli, wskazać trzeba jednak, że w stanie faktycznym ustalonym w toku postępowania nawet przyjęcie tej skuteczności nie byłoby automatycznie równoznaczne z wykazaniem poniesienia przez S. Z. (1) szkody majątkowej jako przesłanki roszczenia odszkodowawczego dochodzonego przeciwko pozwanemu. Konsekwencją skutecznego uchylenia się od skutków oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu jest wzruszenie mocy prawnej tego oświadczenia, które staje się tym samym nieważne z mocą wsteczną od chwili jego złożenia – co oznaczałoby

konieczność przyjęcia, że powód nie stał się nigdy podmiotem stosunku ubezpieczeniowego. W takiej sytuacji bez wątpienia sumę pieniężną, która zgodnie z § 11 ust. 2 Warunków (...) została uiszczona przez S. Z. (1) na rzecz ubezpieczyciela tytułem składki jednorazowej, należałoby uznać za świadczoną nienależnie i podlegającą zwrotowi na podstawie art. 410 § 1 k.c. w związku z art. 405 k.c. – oczywiście w tym zakresie, w jakim dotąd zwrócona nie została, czyli co do kwoty 20.000,00 zł. Powód zyskałby więc roszczenie o zapłatę kwoty 20.000,00 zł względem (...) S.A., ponieważ to ten właśnie podmiot, na rzecz którego ubezpieczony uiszczył składkę, wzbogaciłby się jego kosztem bez podstawy prawnej. Niemniej jednak, zdaniem Sądu odwoławczego, nawet gdyby możliwe było przyjęcie, iż takie roszczenie powodowi służy i że zobowiązany nie zadośćuczynił mu do tej pory, nie sposób jeszcze wyprowadzić stąd wniosku, iż majątek S. Z. (1) doznał uszczerbku. Bezspornie powód nie wywodził, że doznał szkody w postaci utraconych korzyści, a jedynie powoływał się na zmniejszenie aktywów swego majątku w postaci utraty kwoty 20.000,00 zł, jaką wpłacił na rzecz ubezpieczyciela i jaka dotąd nie została mu zwrócona. O szkodzie w postaci *damnum emergens* można mówić wówczas, gdy doszło do utraty składnika majątkowego bez równoczesnego zastąpienia go innym ekwiwalentnym składnikiem majątkowym, a więc wówczas, gdy stan aktywów majątku dozna uszczuplenia. Trudno w ocenie Sądu II instancji, byłoby przyjąć automatycznie, że do tego rodzaju uszczerbku w majątku powoda doszło, jeśli środki pieniężne w kwocie 20.000,00 zł zostałyby w nim zastąpione wierzytelnością o zwrot tej sumy. Nie ulega wątpliwości, że potencjalnie może zaistnieć sytuacja, w której tego rodzaju substytucja nie będzie ekwiwalentna, ponieważ wierzytelność w praktyce nie będzie miała żadnej realnej wartości. Tak może być wówczas, jeśli w okolicznościach danej sprawy okaże się, że zrealizowanie jej jest niemożliwe lub bardzo utrudnione z jakichkolwiek przyczyn, choćby dlatego, że nie można odnaleźć dłużnika i jego majątku albo też dłużnik odmawia spełnienia świadczenia i jest niewypłacalny – z pewnością w takiej sytuacji możliwe byłoby przyjęcie, że doszło do szkody w majątku wierzyciela.

Niemniej jednak okoliczności tego rodzaju w najmniejszym nawet zakresie nie zostały wykazane w toku niniejszego postępowania. Przy założeniu, że doszło do skutecznego uchylenia się od skutków prawnych wyrażenia przez powoda zgody na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, dłużnik potencjalnie zobowiązany do zwrotu nienależnie wpłaconej składki jest znany, a możliwość prowadzenia skutecznej egzekucji z jego majątku – o ile okazałoby się to konieczne – również nie budzi większych wątpliwości. Dostrzec jednak trzeba, że na gruncie stanu faktycznego rozpoznawanej sprawy powód nie tylko nie wykazał, by skuteczna realizacja jego ewentualnej wierzytelności względem ubezpieczyciela nie była możliwa albo że zobowiązany odmówił zadośćuczynienia jego roszczeniom (co ewentualnie mogłoby się wiązać z określonymi utrudnieniami w postaci konieczności skorzystania z drogi sądowej i egzekucyjnej), ale nie udowodnił nawet i tego, by zwracał się do ubezpieczyciela z wezwaniem do zapłaty, formułując swe roszczenia ze wskazaniem ich podstawy faktycznej i prawnej czy choćby informował towarzystwo ubezpieczeniowe o uchyleniu się wobec banku od skutków prawnych złożenia oświadczenia woli o przystąpieniu do stosunku ubezpieczenia jako potencjalnej podstawie tych roszczeń. Na tle zatem okoliczności udowodnionych w toku procesu trudno przyjąć, by ewentualne zastąpienie w majątku S. Z. (1) kwoty 20.000,00 zł roszczeniem wobec ubezpieczyciela o zwrot tej sumy jako uiszczonej nienależnie łączyło się z uszczerbkiem w majątku powoda, a tym samym – by można mówić o wykazaniu przez niego szkody pozostającej w związku przyczynowym z nieuczciwą praktyką rynkową pozwanego. Przyznać zatem trzeba słuszność zarzutom apelacyjnym odnoszącym się do naruszenia art. 6 k.c., art. 363 § 1 k.c. w związku z art. 361 § 1 k.c. oraz art. 12 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2070), gdyż poniesienie przez powoda szkody majątkowej nie zostało udowodnione. Zwrócić jeszcze uwagę można na to, że S. Z. (1) wiązał swe roszczenia wobec pozwanego także z faktem skutecznego – według jego twierdzeń – uchylenia się z powodu błędu od skutków prawnych oświadczenia o wyrażeniu zgody na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, niemniej zgodzić się należy z autorem apelacji, że wobec bezspornego faktu, iż składka ubezpieczeniowa świadczona była na rzecz towarzystwa ubezpieczeniowego, to nie bank został w ten sposób wzbogacony i to nie jemu przysługuje na gruncie roszczenia wywodzonego z art. 410 § 1 k.c. w związku z art. 405 k.c. materialnoprawna legitymacja bierna w zakresie żądania zwrotu tego świadczenia jako nienależnego.

Wobec niewykazania przez powoda okoliczności pozwalających przyjąć, iż spełniła się jedna z przesłanek roszczenia odszkodowawczego z art. 12 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2070), jak również wobec stwierdzenia, że wskazywana podstawa faktyczna

roszczenia nie daje możliwości – po zastosowaniu do niej przepisów materialnoprawnych – uwzględnienia powództwa w oparciu o inną podstawę prawną, winno ono zostać oddalone. Uzasadnia to zmianę zaskarżonego wyroku w oparciu o art. 386 § 1 k.p.c. Rozstrzygnięcie takie implikuje konieczność skorygowania także orzeczeń o obowiązku ponoszenia kosztów sądowych i kosztów postępowania przed Sądem I instancji. Zasada odpowiedzialności za wynik procesu wynikająca z art. 98 k.p.c. przemawiałaby za obciążeniem tymi kosztami powoda jako strony przegrywającej sprawę, niemniej jednak Sąd odwoławczy zdecydował o skorzystaniu z dobrodziejstwa instytucji przewidzianych przez ustawodawcę w art. 102 k.p.c. oraz w art. 83 ust. 2 w związku z art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 755 ze zm.) i w związku z art. 102 k.p.c. Dla zastosowania tych przepisów konieczne jest zaistnienie szczególnie uzasadnionego wypadku przemawiającego za odstąpieniem od obciążania strony kosztami i w ocenie Sądu II instancji taki wypadek tu zaistniał, gdyż mimo ostatecznie stwierdzonej niezasadności roszczenia, sprzeczne z elementarnym poczuciem sprawiedliwości byłoby obciążenie S. Z. (1) kosztami procesu wszczętego z powodu nierzetelnego postępowania pozwanego banku, który dopuścił się nieuczciwej praktyki rynkowej. Z tych samych przyczyn nie obciążono powoda także obowiązkiem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego, biorąc i w tym wypadku za podstawę prawną rozstrzygnięcia art. 102 k.p.c.