

Sygn. akt VIII C 155/18

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 grudnia 2019 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi-Widzewa w Łodzi VIII Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Anna Bielecka-Gąszcz

Protokolant: st. sekr. sąd. Dorota Piasek

po rozpoznaniu w dniu 20 listopada 2019 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa J. M.

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

o zapłatę

1. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 22.495,32 zł (dwadzieścia dwa tysiące czterysta dziewięćdziesiąt pięć złotych i trzydzieści dwa grosze) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 13 lutego 2018 roku do dnia zapłaty;
2. oddala powództwo w pozostałym zakresie;
3. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 4.742 zł (cztery tysiące siedemset czterdzieści dwa złote) tytułem zwrotu kosztów procesu.

Sygn. akt VIII C 155/18

## UZASADNIENIE

W dniu 19 stycznia 2018 roku powód J. M., reprezentowany przez pełnomocnika będącego radcą prawnym, wytoczył przeciwko pozwanemu Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej we W. powództwo o zasądzenie kwoty 22.495,32 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty, bądź kwoty 5.826,73 zł jako roszczenia ewentualnego na wypadek, gdyby Sąd nie stwierdził, że świadczenia powoda były świadczeniami nienależnymi i wobec tego roszczenie zgłoszone na pierwszym miejscu uznał za niezasadne, z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Powód wniósł także o zasądzenie zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, przy uwzględnieniu wysokości dwukrotności stawki minimalnej.

W uzasadnieniu podniesiono, że w dniu 31 sierpnia 2010 roku powód złożył pozwanemu za pośrednictwem (...) Bank S.A. deklarację o przystąpieniu do ubezpieczenia, na podstawie Warunków (...) grupowego na życie i dożycie z (...) (...), nr deklaracji (...), kod warunków ubezpieczenia: 2009\_ (...)\_v.12, w ramach Umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy pozwanym a (...) Bank S.A.

Umowa została zawarta na 15 lat. Wysokość Składki Pierwszej została określona na kwotę 18.000 zł, a wysokość Składki Bieżącej na 496 zł. Wysokość świadczenia z tytułu dożycia miała wynosić 100% Wartości Rachunku w Dacie

Umorzenia, a wysokość świadczenia z tytułu zgonu miała wynosić 1% Składki Zainwestowanej + liczba jednostek funduszu w Dacie Umorzenia \* Wartość jednostki w dacie zgonu. W dniu zawarcia umowy powód nie otrzymał Warunków ubezpieczenia ani Tabeli Opłat i Limitów. Powód otrzymał je dopiero po zawarciu umowy. Powód w toku zawierania umowy nie miał możliwości jej negocjowania, gdyż było to już zawarte ubezpieczenie grupowe; podejmował jedynie decyzję czy przystąpić do produktu. Umowa została zawarta w banku, do którego powód poszedł z zamiarem zakupu korzystnej lokaty, jednak z namową doradcy przystąpił do ubezpieczenia, które doradca polecał jako dużo korzystniejsze a tak samo bezpieczne. Powód nie został poinformowany od czego zależy wartość jednostek funduszu, jakiego rodzaju jest to inwestycja. Powód nie wypełniał ankiety inwestycyjnej, sprzedawca nie sprawdził czy produkt jest odpowiednio dostosowany do potrzeb i wiedzy powoda. Powód zakupił produkt, gdyż został on zaoferowany jako bezpieczny, sprzedawca zapewniał powoda, że nie straci wpłaconych środków, prezentując mu prognozy znacznych zysków mimo opłaty likwidacyjnej. Powód był zapewniany, że produkt jest połączeniem lokaty z ubezpieczeniem, może przynieść mu zyski większe niż lokata i że jest to produkt ubezpieczeniowy, więc produkt pewny i nie straci wpłaconych środków. Powód zaufał doradcy. Jako konsument nie mający obeznania w kwestiach finansowych, nie rozumiał dobrze warunków. Nie objaśniono mu warunków uczestnictwa w polisie, w szczególności, że to na nim spoczywa całe ryzyko inwestycyjne i ryzyko związane z wcześniejszym rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.

Łącznie tytułem składek powód wpłacił pozwanemu kwotę 23.952 zł. Z każdej składki wynoszącej 496 zł pozwany inwestował prawdopodobnie 400 zł, a pozostała część była pobierana tytułem opłaty administracyjnej. Powód nie wiedział co to za opłata ani jakie koszty ma pokrywać. O tym, że taka opłata jest pobierana od każdej składki dowiedział się po rozwiązaniu umowy; przystępując do ubezpieczenia, nie miał świadomości potrącania opłaty administracyjnej. Przed zawarciem umowy nie otrzymał Tabeli Opłat i Prowizji ani OWU.

Pozwany pobierał opłatę administracyjną, mimo że wykonywał umowę w sposób prowadzący do znacznych strat na rachunku powoda. Powód wpłacił 23.952 zł, a na skutek działań pozwanego wartość jego rachunku po roku wynosiła ok. 7.300 zł. Powód nie wie, czy, jak i kiedy były inwestowane jego składki. Zdaniem powoda, pozwany nie inwestował składek od razu, lecz po kilkunastu dniach od wpłaty składki, a przez ten okres bezkosztowo korzystał z kapitału powoda. Straty powoda na produkcie od samego początku były ogromne, zatem proponowana powodowi konstrukcja umowy nie była dla niego korzystna. Powód zawierając umowę zapłacił składki za rok z góry. Ponieważ po roku nie wiedział, że ma dalej płacić, umowy wygasła po tym, jak nie opłacił 2 kolejnych składek.

Po rozwiązaniu umowy pozwany wycenił Wartość rachunku udziałów powoda na kwotę 7.283,41 zł, z tego potrącił opłatę likwidacyjną w wysokości 80% Wartości Rachunku powoda, tj. 5.826,73 zł. Strata powoda w wysokości 22.495,32 zł trzykrotnie przewyższała zatem wysokość rachunku powoda w chwili rezygnacji z produktu.

Uzasadniając roszczenie zgłoszone na pierwszym miejscu pełnomocnik powoda podniósł, że oświadczenie powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia jest nieważne, gdyż zgodnie z art. 829 § 2 k.c., brakuje w nim elementu istotnego – wskazania konkretnej wysokości sumy ubezpieczenia.

Umowa ubezpieczenia miała charakter pozorny, gdyż ubezpieczyciel w rzeczywistości nie ponosił żadnego ryzyka ubezpieczeniowego. Produkt został sprzedany powodowi jako produkt ubezpieczeniowy i bezpieczny, co odpowiadało oczekiwaniom powoda, który zgłosił się do banku by założyć lokatę. W rzeczywistości jednak całe ryzyko spoczywało na powodzie. Suma ubezpieczenia w przypadku dożycia wynosiła 100% Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia, a w przypadku zgonu świadczenie miało wynosić 1% Składki Zainwestowanej + liczba jednostek funduszu w Dacie Umorzenia \* Wartość jednostki w dacie zgonu. W rzeczywistości żadna część wpłacanej przez powoda składki nie stanowił typowej składki ubezpieczeniowej. Niezależnie od tego czy zdarzeniem ubezpieczeniowym miała być śmierć czy dożycie, pozwany nie ponosił ryzyka ubezpieczeniowego, a miał zagwarantowaną opłatę administracyjną w wysokości prawie 100 zł miesięcznie.

W ocenie powoda umowa jest nieważna także dlatego, że zawarto ją z naruszeniem lub obejściem przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Pośrednictwo takie może być wykonywane wyłącznie przez agentów ubezpieczeniowych bądź brokerów ubezpieczeniowych. Sporna umowa została tymczasem zawarta

przez bank jako pośrednika ubezpieczeniowego, który działał jako swego rodzaju „dystrybutor – agent” produktu ubezpieczeniowego oferowanego osobom trzecim, co formalnie opakowano w umowę ubezpieczenia grupowego. Przy zawarciu umowy doszło także do ominięcia przepisów o działalności maklerskiej i o obrocie instrumentami finansowymi. Wreszcie umowa była sprzeczna z zasadami współzycia społecznego, gdyż produkt był oferowany konsumentom jako produkt ubezpieczeniowy mający przynosić zyski, tymczasem jego konstrukcja i bardzo wysokie opłaty czyniły te zyski praktycznie niemożliwymi do osiągnięcia.

W razie uznania, że oświadczenie powoda o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia i umowa ubezpieczenia są ważne, powód wniósł o uznanie, że świadczeniem nienależnym jest pobrana przez pozwanego opłata likwidacyjna, a postanowienia umowy przewidujące pobranie takiej opłaty, na które powód jako konsument nie miał żadnego wpływu, kształtują prawa i obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, zatem nie wiążą powoda. Powód podkreślił, że wypłacono mu jedynie 6% wpłaconych przez niego środków, a działanie pozwanego przejawiające się w zatrzymaniu pozostałej części zgromadzonych przez powoda środków narusza zasady współzycia społecznego, interesy konsumenta oraz zasadę ekwiwalentności świadczeń stron. **(pozew k. 5-15)**

W odpowiedzi na pozew pozwany, reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. Wywodził, że zawarta umowa ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) stanowi konstrukcyjnie umowę ubezpieczenia, a funkcjonalnie instrument długoterminowego inwestowania. Tego typu umowy są często produktami strukturyzowanymi, a więc takimi instrumentami inwestycyjnymi, które składają się z dwóch elementów: „bezpiecznego” (przykładowo obligacje skarbowe lub lokaty na rynku międzybankowym) i „ryzykownego” (zazwyczaj instrument pochodny – opcja). Dzięki takiemu połączeniu możliwe jest korzystne dla inwestora połączenie gwarancji odzyskania zainwestowanego kapitału z potencjalnie wysoką stopą zwrotu od dokonanej inwestycji. Z drugiej strony z uwagi na obecność elementu „ryzykownego” (mogącego w krótkim horyzoncie czasowym przynieść zarówno wysoki zysk, jak i równie wysoką stratę), produkty strukturyzowane, w szczególności w formie umowy ubezpieczenia z (...), są pomyślane jako produkty długoterminowe, w których termin inwestowania liczy się w kilku lub nawet kilkunastu latach. W przypadku ubezpieczeń na życie i dożycie z (...) ryzyko finansowe (powodzenia inwestycji) ponosi w ostatecznym efekcie inwestor, czyli ubezpieczony, co jest konsekwencją tego, że także ubezpieczony jest podmiotem, który zyskuje w przypadku, gdy środki zainwestowane w jednostki uczestnictwa (...) (którego środki z kolei są dalej inwestowane w konkretne aktywa) przyniosą określony zwrot. Ryzyko to jest jednak minimalizowane przez ubezpieczyciela dzięki wbudowanemu w produkt mechanizmowi zapewniającemu ubezpieczonemu na koniec umówionego okresu co najmniej zwrot wszystkich faktycznie zainwestowanych przez niego środków.

Pozwany podniósł, że od strony techniczno prawnej umowa ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) stanowi oczywiście umowę ubezpieczenia. Ubezpieczający jest ubezpieczony, jest więc obowiązany płacić na rzecz ubezpieczyciela składki, za które – po potrąceniu stosownych opłat należnych na rzecz ubezpieczyciela tytułem pokrycia kosztów poniesionych przy obsłudze umowy ubezpieczenia oraz jego wynagrodzenia – nabywane są jednostki uczestnictwa (...). Środki wpłacone do (...) w zamian za te jednostki są następnie inwestowane w poszczególne aktywa, zgodnie z polityką inwestycyjną (...) określoną w umowie ubezpieczenia lub stanowiącym jej część regulaminie. Ww. aktywa, w które inwestowane są środki (...) stanowią przy tym aktywa ubezpieczyciela na pokrycie rezerw służących zabezpieczeniu wypłaty świadczeń.

Wbrew zarzutom powoda, złożył on oświadczenie o wyrażeniu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w Warunkach. Zarówno Warunki, jak i Deklaracja, zawierają określenie wysokości świadczeń z tytułu zgonu oraz dożycia. Świadczenie z tytułu dożycia jest uwarunkowane wysokością 100% Wartości Rachunku, czyli de facto wyniku inwestycyjnego (...), a sposób ustalenia wysokości tego świadczenia zapewnia ubezpieczonemu unikalną na rynku inwestycyjnym gwarancję zawartą w obligacjach (certyfikatach), że ubezpieczeni co najmniej nie stracą zainwestowanych składek, co istotnie ogranicza ryzyko inwestycyjne ubezpieczonych. Świadczenie z tytułu zgonu jest natomiast sumą dwóch wartości: 100% Wartości Rachunku (z uwzględnieniem ewentualnych niealokowanych na dzień wniosku o wypłatę świadczenia Składek Pierwsze i Składek Bieżących) i 1% Składek Zainwestowanej. Oznacza to, że uprawiony ma prawo do żądania zapłaty kwoty stanowiącej 100% Wartości Rachunku powiększonej

o 1% Składki Zainwestowanej. Zwiększenie wypłaty w stosunku do kwoty uzależnionej od powodzenia inwestycji (Wartości Rachunku) o dodatkowy 1% Składki Zainwestowanej gwarantuje ubezpieczeniowy charakter umowy. Z tytułu ponoszenia tego ryzyka Pozwany pobiera opłatę za ryzyko, która jest zawarta w Opłacie Administracyjnej.

Stanowisko doktryny potwierdza, że sumę ubezpieczenia w ubezpieczeniach osobowych ustalają strony umowy w sposób dowolny. W przypadku umowy ubezpieczenia na życie z (...) wskazanie podstaw do ustalenia wysokości świadczeń ubezpieczyciela to jedyny możliwy sposób określenia wysokości sumy ubezpieczenia, ponieważ wysokość zobowiązania pieniężnego ubezpieczyciela zmienia się w czasie i zależy od wyników inwestycji w (...). Sposób, w jaki została określona suma ubezpieczenia w przedmiotowym ubezpieczeniu nie jest sprzeczny z art. 829 § 2 k.c., a przepis ten nie zobowiązuje do wskazania sumy ubezpieczenia jako określonej kwoty. Obowiązek taki istnieje tylko w przypadku, gdy w ramach danej umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia jest określona jako ustalona kwota. Jednak nie jest tak w przypadku wszystkich ubezpieczeń na życie, w szczególności nie dotyczy to ubezpieczeń na życie z (...), których cechą charakterystyczną jest uzależnienie wysokości świadczenia od wyników inwestowania rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej utworzonej ze składki. Podstawowa regulacja prawna określająca świadczenia ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia osobowego jest zawarta w art. 805 § 2 k.c., gdzie wskazano, że świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia, w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Pozwany podkreślił, że ubezpieczenia na życie z (...) są dozwolone przez ustawę i nie są zawierane dla pozorów. Odrębna regulacja dotycząca umów ubezpieczenia na życie z (...) została zawarta w art. 13 ust. 4 i 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Ponadto przepisy prawa wprost dopuszczają zawieranie umów ubezpieczenia na życie, w których wysokość sumy ubezpieczenia nie jest określona z góry i jest obciążona ryzykiem ponoszonym przez ubezpieczonego. Wskazuje na to m.in. treści przepisu art. 151 ust. 1 pkt 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, który wyodrębnia „rezerwę ubezpieczenia na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający”. Z przepisów ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontach emerytalnych oraz indywidualnych kontach zabezpieczenia emerytalnego, wynika, że ustawodawca dopuszcza co do zasady istnienie umów ubezpieczenia z (...), w których składka na pokrycie ochrony ubezpieczeniowej będzie niższa niż 1%, z tym, że takie ubezpieczenia nie mogą służyć prowadzeniu pracowniczego programu emerytalnego. Opisana powyżej mieszana konstrukcja tego ubezpieczenia nie tylko nie jest sprzeczna z naturą ubezpieczenia na życie z (...), lecz jest właśnie cechą charakterystyczną dla tego typu umów. W jednych umowach (ich wzorcach) akcentowana jest w większym stopniu ich funkcja ochronna, zaś w innych – funkcja ta została zminimalizowana w takim stopniu, że realizują one w rzeczywistości tylko funkcję inwestycyjną. Żadne natomiast przepisy prawa nie konstruują wymagań co do nakazanej relacji między funkcją ubezpieczeniową i inwestycyjną, nie przewidują wymogów co do relacji pomiędzy sumą ubezpieczenia a kwotą angażowaną w tworzenie (...).

Pozwany podkreślił, że alokuje środki pochodzące ze składki do (...), zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach i Regulaminie. Celem (...) jest powiększenie wartości aktywów tego funduszu, aby uzyskać jak najwyższą stopę zwrotu na koniec okresu ubezpieczenia, co wprost przekłada się na wysokość świadczenia z tytułu dożycia. Konstrukcja tego ubezpieczenia zakłada jednak, że będzie ono trwać przez określony czas (okres ubezpieczenia wynosi 15 lat). Co istotne, instrumenty finansowe, w które lokowane były środki (...), zapewniają wypłatę na koniec okresu ubezpieczenia co najmniej Składki Zainwestowanej, co jest szczególną zaletą produktu, mając na względzie ryzyko inwestycyjne immanentnie związane z inwestycjami na rynkach kapitałowych oraz bardzo długi horyzont inwestycyjny. Oczywiście jest więc, że celem przedmiotowego produktu nie jest i nie może być zapewnienie stałego wzrostu wartości rachunku w trakcie trwania okresu ubezpieczenia. Konstrukcja ubezpieczenia nie narusza jakichkolwiek zasad słuszności czy dobrych obyczajów. Ubezpieczenie było dedykowane osobom, które poszukiwały długoterminowego ubezpieczenia na życie zawierającego element inwestycyjny, nie było natomiast przeznaczone dla osób, które szukały krótkoterminowych inwestycji, czy też zamierzały aktywnie zarządzać daną inwestycją. Wreszcie powodem stwierdzenia nieważności umowy nie może być sam fakt, że dla jednej ze stron jest ona niekorzystna, albowiem oznaczałoby to, że skutek ekonomiczny miałby rozstrzygać o tym czy umowa jest ważna czy nieważna. Pozwany zaprzeczył temu by umowa powodowała obejście przepisów ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym i

dodał, że do działalności towarzystw ubezpieczeniowych nie mają zastosowania przepisy o działalności maklerskiej i o obrocie instrumentami finansowymi.

W odniesieniu do opłaty likwidacyjnej pozwany podniósł, że postanowienia jej dotyczące nie mają charakteru abuzywnego, a także podniósł zarzut przedawnienia roszczenia opartego za zarzucie abuzywności opłaty likwidacyjnej (termin 3-letni z art. 819 § 1 k.c.). **(odpowiedź na pozew k. 58-71)**

Do zamknięcia rozprawy stanowiska procesowe stron nie uległy zmianie. **(pismo procesowe powoda k. 149-155, protokół rozprawy k. 180-182, k. 189-197, k. 200-204, głos do protokołu k. 206-207)**

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

Powód J. M. ma 68 lat i jest z zawodu technikiem chemikiem. Pozwane Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna we W. prowadzi działalność gospodarczą przeważnie w zakresie ubezpieczeń na życie, a także w zakresie reasekuracji, pozostałej działalności wspomagającej usługi finansowe z wyłączeniem ubezpieczeń i funduszków emerytalnych, ponadto działalność związaną z oceną ryzyka i szacowaniem poniesionych strat, działalność związaną z zarządzaniem funduszami i pozostałą działalność wspomagającą ubezpieczenia i fundusze emerytalne. **(okoliczności bezsporne, dowód z przesłuchania powoda k. 200, informacja odpowiadająca odpisowi aktualnemu z Rejestru Przedsiębiorców KRS k. 51-55)**

W dniu 31 sierpnia 2010 roku J. M. wraz z swoją córką M. M. udał się do (...) Bank S.A. II Punktu (...) Klienta w Ł. przy Al. (...), gdzie chciał założyć lokatę bankową, ponieważ poprzednia jego lokata kończyła się.

Podczas rozmowy z pracownikiem Banku, pracownik zaproponował powodowi inny produkt niż lokata, choć początkowo powód był temu zdecydowanie przeciwny, jednak pracownik twierdził, że jest to dużo bardziej bezpieczne i więcej można zyskać, a przede wszystkim, że można w każdej chwili zrezygnować. Argumentował, że jest to na tamten czas najlepsza oferta na rynku, oferta ta pojawiła się i nie wiadomo ile jeszcze będzie aktualna, pieniądze z ZUS i emerytura będą niskie, więc warto zainwestować, że będzie z tego duży zysk, a produkt jest bardzo bezpieczny, okazywał przy tym wykres obrazujący jak pieniądze wspaniale pracują i jakie wspaniałe zyski się z tego osiąga. Pracownik Banku nie omawiał z powodem i jego córką żadnych szczegółowych warunków umowy, nie informował o żadnym ryzyku, a na pytanie o to czy są jakieś dodatkowe koszty, dodatkowe ukryte kruczki, powiedział, że absolutnie nie. Gdy powód poinformował jaką kwotę pieniędzy może wpłacić, pracownik Banku powiedział, że to bardzo dobrze oraz, że to jest z góry zapłacone. Nie mówił przy tym, że jakieś pieniądze trzeba będzie wpłacać co miesiąc. Pieniądze miały być wpłacone na dłuższy okres czasu, a produkt miał przynieść większy zysk niż lokata. Powód był przekonany, że zysk jest gwarantowany. **(zeznania świadka M. M. k. 180v-181v, dowód z przesłuchania powoda k. 200-203, płyta CD k. 205)**

W dniu 31 sierpnia 2010 roku J. M. podpisał Deklarację Przystąpienia (...), przystępując tym samym w charakterze ubezpieczonego (to jest klienta objętego ochroną ubezpieczeniową) do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) Klientów G. Banku (...), zawartej w dniu 25 września 2009 roku pomiędzy (...) Bank Spółką Akcyjną w W., jako ubezpieczającym, a pozwanym Towarzystwem (...) S.A. we W., jako ubezpieczycielem. **(okoliczności bezsporne, dowód z przesłuchania powoda k. 200-203, zapis na płycie CD k. 205, kserokopia Deklaracji Przystąpienia (...) k. 19-20)**

Zgodnie z Deklaracją Przystąpienia (...) długość okresu odpowiedzialności miała wynosić 180 miesięcy (jak wynika z Certyfikatu – od 7 września 2010 roku do 7 września 2025 roku), natomiast wysokość Składek Zainwestowanych 90.000 zł, w tym Składka Pierwsza w wysokości 18.000 zł, a Składka Bieżąca 496 zł. Objęcie powoda ochroną ubezpieczeniową potwierdzone zostało certyfikatem Seria i Nr (...) z dnia 7 września 2010 roku, który został powodowi doręczony pocztą po zawarciu umowy. **(kserokopia Deklaracji Przystąpienia (...) k. 19-20, kserokopia Certyfikatu k. 22)**

Prawa i obowiązki stron umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) Klientów Ubezpieczającego, w tym powoda J. M., zostały szczegółowo uregulowane w Warunkach (...) (kod: 2009\_ (...)\_v.12), których załącznik stanowiła Tabela opłat i limitów składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) (...) oraz w Regulaminie (...) (...). Warunki zawartej umowy nie były ustalane z powodem indywidualnie, przez co powód nie miał wpływu na treść zawartej umowy. **(kserokopia Warunków (...) kod: 2009\_ (...)\_v.12 k. 23-30, kserokopia Tabeli Opłat i Limitów Składek k. 31, kserokopia Regulaminu (...) k. 156-158)**

Zgodnie z § 4 Regulaminu (...) (...) (zwanego dalej Regulaminem), (...) jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów Ubezpieczyciela, składającą się z Jednostek Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości. Wartość początkowa Jednostki Uczestnictwa Funduszu wynosiła 200 zł. Zmieniała się zgodnie ze zmianą wartością aktywów netto (...) przypadających na Jednostkę Uczestnictwa Funduszu. Jednostki Uczestnictwa Funduszu nie przyznawały ubezpieczonemu prawa do aktywów ubezpieczyciela. W Regulaminie zostały ustalone zasady funkcjonowania (...) (...), w szczególności sposób lokowania środków (...) (do 100% w obligacje wyemitowane przez S. A., z których wypłata oparta jest na indeksie (...) 8 (...) ( (...)) (...) ( (...): (...)) i sposób wyceny. Wskazane zostało, że aktywa netto (...) są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny. Wartość Jednostek Uczestnictwa Funduszu ustalana była na Dzień wyceny i obliczana jako iloraz wartości aktywów netto (...) na Dzień wyceny i liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu w dniu wyceny (§ 4-7 Regulaminu (...), Warunki (...)).

Ubezpieczyciel pobierał następujące opłaty: 1) Opłatę Administracyjną, w ramach której pobierana była Opłata za ryzyko, oraz 2) Opłatę Likwidacyjną. Opłata Administracyjna była naliczana procentowo zgodnie z (...) od wartości Składki Zainwestowanej i była pobierana miesięcznie ze Składki Bieżącej w Dniu zapłaty Składki Bieżącej (Rozdział 8 Warunków (...)).

Jak wskazano w § 3 Regulaminu (...), (...) powstał z wpłacanych przez Ubezpieczonych Składek Pierwszych oraz Składek Bieżących pomniejszonych o Opłatę Administracyjną, których Alokacja dokonywana jest w (...) (...) poprzez nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu. Celem (...) było powiększanie wartości Aktywów (...) w wyniku wzrostu wartości lokat (...); w szczególności celem była ochrona 100% kwoty odpowiadającej Składce Zainwestowanej, przy czym Ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia powyższego celu inwestycyjnego. Wyniki inwestycyjne (...) osiągnięte w przeszłości nie mogły stanowić podstawy do oczekiwania jego przyszłych wyników inwestycyjnych. Środki (...) były lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) S.A., z których wypłata oparta była na indeksie (...) 8 (...) ( (...)) (...) ( (...): (...)). Obligacje emitowane przez (...) S.A. wyceniane są w złotych polskich. W regulaminie wskazano, że inwestycja w obligacje wiąże się z ryzykiem kredytowym. Przez ryzyko kredytowe obligacji rozumie się możliwość wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności emitenta do obsługi zadłużenia, w tym wykupu wyemitowanych obligacji. Wartość rachunku na dzień zakończenia Okresu odpowiedzialności miała być obliczona w oparciu o wartość obligacji. Na dzień zakończenia Okresu odpowiedzialności, obligacje zapewniały ochronę wartości nominalnej odpowiadającej Składce Zainwestowanej. Na dzień zakończenia Okresu odpowiedzialności wartość obligacji miała zostać obliczona według podanego w § 4 pkt 5 Regulaminu wzoru.

W Warunkach (...) wskazano, że przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu na wypadek zgonu Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub dożycia Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności. W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel miał spełnić Świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w Regulaminie w Rozdziale 10, na zasadach określonych w Rozdziale 12, z zastrzeżeniem Rozdziału 9. Ponadto wskazano, że celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu (...). (Rozdział 2 pkt 1 i 2 Warunków (...))

W przypadku zgonu Ubezpieczonego wysokość świadczenia ubezpieczeniowego obliczana była zgodnie z wzorem wskazanym w Rozdziale 10 pkt 4 Warunków (...) i stanowiła sumę 1% Składki Zainwestowanej + [liczby Jednostek

Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia (w dacie zgonu) \* wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu ubezpieczonego].

Wysokość Świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca Okresu odpowiedzialności wynosiła 100% Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia, która to wartość miała zostać ustalona zgodnie z zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu (...).

Natomiast w przypadku rezygnacji Ubezpieczonego z ubezpieczenia przed zakończeniem okresu odpowiedzialności, Ubezpieczyciel wypłacał Ubezpieczonemu kwotę równą Wartości rachunku pomniejszoną o Oplatę Likwidacyjną oraz podatek dochodowy, gdzie Wartość rachunku była obliczana zgodnie z wzorem wskazanym w Rozdziale 1 pkt 32 Warunków (...) i stanowiła iloczyn bieżącej liczby Jednostek Uczestnictwa Funduszu znajdującej się na Rachunku (wyodrębnionym dla Ubezpieczonego rachunku, na którym były ewidencjonowane Jednostki Uczestnictwa Funduszu nabyta za Składkę Pierwszą oraz Składki Bieżące pomniejszone o Oplatę Administracyjną) oraz aktualnej na dany dzień Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu. **(kserokopia Deklaracji Przystąpienia (...) k. 19-20, kserokopia Certyfikatu k. 22, kserokopia Warunków (...) kod: 2009\_ (...) v.12 k. 23-30, kserokopia Tabeli Opłat i Limitów Składek k. 31, kserokopia Regulaminu (...) k. 156-158)**

W dniu 31 sierpnia 2010 roku powód J. M. wpłacił na rzecz pozwanego Towarzystwa (...) S.A. kwotę 18.496 zł tytułem „ (...)” (k. 32), oraz kwotę 5.952 zł tytułem „ (...)” składka na kolejne 12 m-cy” (k. 33), przy czym jak wynikało z Deklaracji Przystąpienia (...), kwota Składki Pierwszej wynosiła 18.000 zł, a Składka Bieżąca wynosiła 496 zł. **(okoliczności bezsporne, kserokopia Deklaracji Przystąpienia (...) k. 19-20, kserokopie potwierdzenia złożenia dyspozycji przelewów k. 32 oraz k. 33)**

W wykonaniu postanowień umowy powód wpłacił na rzecz pozwanego w dniu 31 sierpnia 2010 roku łącznie kwotę 24.448 zł, przy czym jak wynika z informacji udzielonych przez pozwanego, z kwoty 18.496 zł, w tym 18.000 zł jako Składki Pierwszej i 496 zł jako Składki Bieżącej (po potrąceniu ze składki bieżącej opłaty administracyjnej 96 zł) w dniu 7 września 2010 roku nabyte zostały 92 jednostki uczestnictwa po cenie 200 zł, a pozostała wpłacona przez powoda kwota nie była od razu alokowana. Z wpłaconej w dniu 31 sierpnia 2010 roku sumy 5.952 zł, przyjmowano, że zostają wpłacone dalsze Składki Bieżące każdego 7-go dnia kolejnego miesiąca (496 zł wpłacone 7 października 2010 roku, 496 zł wpłacone 7 listopada 2010 roku, itd. aż do 7 września 2011 roku), przy czym za każdą Składkę Bieżącą 496 zł, po potrąceniu Opłaty administracyjnej 96 zł, zatem za każde 400 zł nabywano jednostki uczestnictwa po określonej cenie. **(okoliczności bezsporne, kserokopia Deklaracji Przystąpienia (...) k. 19-20, kserokopie potwierdzenia złożenia dyspozycji przelewów k. 32 oraz k. 33, zestawienie nabycia jednostek uczestnictwa k. 121)**

Powód dokonał wpłaty całej sumy 24.448 zł przy aktywnym udziale i akceptacji pracownika Banku (Ubezpieczającego), gdyż jak wcześniej wskazano, po informacji powoda jaką kwotę pieniędzy może wpłacić, pracownik Banku coś wyliczał i powiedział, że to bardzo dobrze oraz, że to jest z góry zapłacone. Pracownik Banku nie mówił przy tym, że jakieś pieniądze trzeba będzie wpłacać co miesiąc. Po wpłacie środków w dniu 31 sierpnia 2010 roku powód nie dokonywał zatem żadnych dalszych wpłat. **(zeznania świadka M. M. k. 180v-181v, dowód z przesłuchania powoda k. 200-203, płyta CD k. 205, kserokopie potwierdzenia złożenia dyspozycji przelewów k. 32 oraz k. 33)** Opłacanie z góry składki rocznej nie miało przy tym żadnego ekonomicznego sensu i było zupełnie nieracjonalne, gdyż wpłacone z góry środki i tak nie były wcześniej alokowane, założeniem produktu było bowiem systematyczne oszczędzanie, wpłata na początku 20%, a następnie systematyczne opłacanie składki bieżącej. Była to bowiem inwestycja w papiery o rosnącym nominale, więc koncepcja produktu była taka, że co miesiąc klient dopłacając do nominalu opłaca resztę brakującego wkładu w wysokości blisko 80% tej obligacji. **(zeznania świadka T. K. k. 191-192, k. 196, zestawienie nabycia jednostek uczestnictwa k. 121)**

Przesłuchany w sprawie na okoliczność rodzaju i charakteru instrumentów finansowych, w które lokowane są środki w ramach ubezpieczenia, do którego przystąpił powód, świadek T. K. wyjaśnił, że produkt (...) przestał być sprzedawany w 2013 roku. Na pytanie czy i w jaki sposób pracownicy banku oferujący ten produkt odbywali szkolenia w zakresie

produktu, przyznał, że z wiedzy ogólnej na ten temat wie, że były pewne uchybienia. Jak to się konkretnie odbywało, co mówili sprzedawcy, nie wie i nie jest to w zakresie jego kompetencji. Doradcy pewnie opowiadali coś innego niż jest zawarte w umowie ubezpieczenia, a z dokumentów wynika to co starał się zaświadczyć. **(zeznania świadka T. K. k. 197)**

Konsekwencją tego, że powód nie dokonywał żadnych dalszych wpłat (poza wpłatami dokonanyymi w dniu 31 sierpnia 2010 roku), było skierowanie przez pozwanego do powoda w dniu 25 października 2011 roku pisma z informacją o brakującej składce bieżącej 496 zł, której termin zapłaty upłynął 7 października 2011 roku, a następnie rozwiązanie stosunku ubezpieczenia oraz dokonanie wypłaty z tytułu Całkowitego wykupu, zgodnie z Warunkami (...), zatem kwoty równej Wartości Rachunku pomniejszonej o Oplatę Likwidacyjną. Kwota do wypłaty z tytułu całkowitego wykupu została skalkulowana w następujący sposób: umorzenie nastąpiło na dzień 6 marca 2012 roku, liczba jednostek uczestnictwa funduszu na rachunku powoda na ten dzień to 140, (...), cena jednostki uczestnictwa funduszu to 51,88 zł, zatem wartość rachunku powoda wyliczono na 7.283,41 zł, z czego potrącono opłatę likwidacyjną 80%, czyli 5.826,73 zł, zatem powodowi wypłacono 1.456,68 zł.

W dniu 31 października 2017 roku powód reprezentowany przez zawodowego pełnomocnika, zwrócił się do pozwanego z żądaniem wyliczenia wartości jego rachunku i przedstawienia szczegółowej historii tego rachunku, a także wniósł o udzielenie informacji, w jakie fundusze były alokowane składki, proponując jednocześnie ugodowe zakończenie sporu.

W odpowiedzi pozwany przekazał wyjaśnienia w sprawie, w tym przedstawił kalkulację kwoty do wypłaty z tytułu całkowitego wykupu. **(kserokopia pisma z informacją o brakującej składce bieżącej k. 36, pismo pełnomocnika powoda k. 37-39, pismo pozwanego k. 40-43)**

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów znajdujących się w aktach sprawy, a także w oparciu o dowód z zeznań świadków M. M. i T. K. oraz dowód z przesłuchania powoda. Sąd pominął przy tym dowód z opinii biegłego z zakresu finansów i rynku kapitałowego jako zbędny i nieprzydatny dla rozstrzygnięcia sprawy.

#### **Sąd Rejonowy zważył, co następuje:**

Powództwo było zasadne i zasługiwało na uwzględnienie praktycznie w całości (powód przegrał proces jedynie w niewielkim zakresie roszczenia odsetkowego).

Na wstępie wskazać należy, że niniejsze powództwo, które w zamierzeniu powoda miało obejmować roszczenie główne i roszczenie ewentualne, w istocie składa się z jednego roszczenia (zasądzenia wskazanej w pozwie kwoty pieniężnej) o szerokiej podstawie faktycznej. W pierwszej kolejności powód dochodził bowiem kwoty odpowiadającej różnicy między kwotą 24.448 zł wpłaconą przy zawarciu umowy, a kwotą 1.456,68 zł wypłaconą z tytułu całkowitego wykupu (po potrąceniu opłaty likwidacyjnej 5.826,73 zł), twierdząc, że cała umowa była nieważna, stosownie do art. 58 k.c. i opierając roszczenie o zasądzenie kwoty 22.495,32 zł na przepisach art. 410 w zw. z art. 405 k.c. W razie uznania, że oświadczenie powoda o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia i umowa ubezpieczenia są ważne, powód wniósł o uznanie, że świadczeniem nienależnym jest pobrana przez pozwanego opłata likwidacyjna 5.826,73 zł, a postanowienia umowy przewidujące pobranie takiej opłaty, na które powód jako konsument nie miał żadnego wpływu, kształtują prawa i obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, zatem nie wiążą powoda, stosownie do przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. W takim przypadku powód sformułował roszczenie „ewentualne” o zasądzenie kwoty 5.826,73 zł, również na podstawie art. 410 w zw. z art. 405 k.c. W istocie zatem należy zauważyć, że powód dochodził jednego roszczenia o zapłatę, a żądania powoda różniły się od siebie jedynie zakresem wskazywanej wadliwości umowy i przyczyną tej wadliwości. W obu przypadkach podstawę prawną zwrotu powodowi żądanych kwot stanowiły przepisy o bezpodstawnym wzbogaceniu i nienależnym świadczeniu. W tej sprawie Sąd miał zatem do czynienia z jednym roszczeniem o zapłatę, choć oczywiście wysokość zasądzonej kwoty mogła być różna, tak jak różny mógł być zakres wadliwości spornej umowy.



Przedmiotowe rozważania wypada rozpocząć od przypomnienia, że zgodnie z art. 353<sup>1</sup> 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. Przekroczenie przez strony zasady swobody umów poprzez naruszenie wyżej wymienionych kryteriów skutkuje nieważnością umowy bądź jej części (art. 58 § 1 i 2 k.c.). Zasada swobody umów nie ma charakteru absolutnego. Jest ograniczona naturą stosunku prawnego, ustawą i zasadami współzycia społecznego. W przypadku zawarcia umowy nazwanej, uregulowanej w Kodeksie cywilnym lub w przepisach szczególnych, jej treść musi być zgodna z przepisami bezwzględnie obowiązującymi, regulującymi dany rodzaj umowy. Strony ograniczone są również normami pozaprawnymi, które nakazują kształtowanie praw i obowiązków stron kontraktu w sposób odpowiadający słuszności kontraktowej, zgodnie z zasadami uczciwości, rzetelności profesjonalnej, w sposób równoważący ryzyko związane z powstaniem i wykonaniem zobowiązania (tj. zasadami współzycia społecznego). Ponadto swobodę zawierania umów ogranicza także właściwość stosunku obligacyjnego, co oznacza, że musi on odpowiadać podstawowym cechom danego modelu stosunku obligacyjnego lub określonego rodzaju zobowiązania. Nie może prowadzić do dowolnego kształtowania treści stosunku prawnego przez jedną ze stron umowy. Podstawowe znaczenie dla oceny stosunku zobowiązaniowego ma przy tym nie literalne brzmienie umowy, ale przede wszystkim zgodny zamiar stron umowy i cel umowy. Przy czym, nawet jeśli strony chcą zawrzeć umowę danego rodzaju i sporządzają jej treść tylko na potrzeby osiągnięcia korzystnego dla siebie skutku prawnego, podstawowe znaczenie ma charakter umowy faktycznie wykonywanej. Naruszenie którekolwiek z wymienionych w przepisie art. 353<sup>1</sup> k.c. kryteriów swobody zawierania umów, skutkuje jej nieważnością na podstawie art. 58 k.c.

W ocenie Sądu orzekającego, sporna umowa zawarta pomiędzy stronami była nieważna z tego powodu, że treść tej umowy była sprzeczna z właściwością stosunku zobowiązaniowego, jakim jest umowa ubezpieczenia oraz z zasadami współzycia społecznego (art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 k.c.). Takie ukształtowanie stosunku prawnego, które przenosi na ubezpieczonego wszystkie obowiązki ubezpieczającego nie dając mu żadnych uprawnień poza żądaniem świadczenia jest sprzeczne z istotą stosunku zobowiązaniowego, godzi w zasadę równości stron oraz uczciwego obrotu, a także zasadę działania w dobrej wierze.

Bezspornym jest, że powód przystąpił do umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Celem tej umowy było z jednej strony uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej, z drugiej zaś strony, gromadzenie i inwestowanie kapitału poprzez ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy. Z treści umowy wynika, że dominującym celem umowy był cel inwestycyjny. Wynika to chociażby z porównania wysokości świadczeń wypłacanych na rzecz ubezpieczonego, jak również 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 i opłaty za ryzyko były zamieniane na jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, a następnie alokowane przez zakład ubezpieczeń w obligacje strukturyzowane emitowane przez spółkę kapitałową SecurAsset. Jednakże dla bytu tej umowy niezbędna była także realizacja celu związanego z ochroną ubezpieczeniową, skoro umowa miała mieć charakter mieszany ubezpieczeniowo-inwestycyjny, a nie wyłącznie inwestycyjny.

Zgodnie z treścią przepisu art. 805 k.c., ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. W przypadku ubezpieczeń osobowych świadczenie określone w art. 805 k.c. może przybrać postać świadczenia pieniężnego, tj. umówionej sumy pieniężnej (jako świadczenia jednorazowego), renty (jako świadczenia jednorazowego lub świadczenia okresowego) lub innego z nazwy świadczenia pieniężnego o jednorazowym lub okresowym charakterze ( art. 805 § 2 pkt 2 k.c.). Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia zdarzeń losowych. Nie budzi więc wątpliwości, że istotą stosunku ubezpieczeniowego w przypadku zakładu ubezpieczeń jest ponoszenie ryzyka. Zorientowanie działalności gospodarczej na zysk jest oczywiste, jednak również oczywiste wydaje się, że umowa ubezpieczenia musi wiązać się z ryzykiem ubezpieczyciela związanym z udzielaną ochroną

ubezpieczeniową. Ponoszenie ryzyka z uwagi na masowość i skalę ubezpieczenia a jednocześnie rzadkość zdarzeń losowych jest dla ubezpieczyciela mimo wszystko dochodowe, w związku z czym ubezpieczyciel godzi się na to, prowadząc w tym zakresie działalność gospodarczą. Umowa na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest dopuszczona do polskiego obrotu prawnego, a jej wymogi zostały określone w art. 13 ust. 4 ustawy z 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej. Sąd nie kwestionuje dopuszczalności zawierania umów ubezpieczenia z (...) jako takich. Skoro jednak w całej umowie element ubezpieczeniowy był iluzoryczny, nie można jej ani nazwać, ani kwalifikować jako umowy ubezpieczenia. O ile sama mieszana konstrukcja ubezpieczenia na życie z (...) nie jest sprzeczna z naturą ubezpieczenia na życie z (...), lecz jest cechą charakterystyczną dla tego typu umów i oczywiście w jednych umowach (ich wzorcach) akcentowana jest w większym stopniu ich funkcja ochronna, zaś w innych – funkcja ta została zminimalizowana w takim stopniu, że realizują one w rzeczywistości tylko funkcję inwestycyjną, to jednak mimo, że żadne przepisy prawa nie konstruują wprost wymagań co do nakazanej relacji między funkcją ubezpieczeniową i inwestycyjną, nie przewidują wymogów co do relacji pomiędzy sumą ubezpieczenia a kwotą angażowaną w tworzenie (...), to należy z całą stanowczością zauważyć, że element ubezpieczenia nie może być pozorny, fikcyjny czy iluzoryczny, jeśli nadal mamy mieć do czynienia z umową ubezpieczenia o mieszanym charakterze ubezpieczeniowo-inwestycyjnym, nie zaś z produktem czysto inwestycyjnym (którego oferowanie absolutnie jest dopuszczane, jednak nie pod szyldem „ubezpieczenia”, skoro nie ma z tym ostatnim nic wspólnego). Dotychczasowe orzecznictwo sądów powszechnych w sprawach ubezpieczeń inwestycyjnych koncentrowało się na kwestiach postanowień niedozwolonych dotyczących opłat likwidacyjnych oraz analizy i wykładni samej tylko części inwestycyjnej umowy, natomiast zagadnieniu części ochronnej na tle charakteru inwestycyjnego umowy poświęcono niewiele miejsca. Przełomowe orzeczenia w tym zakresie zostały wydane w ostatnim czasie przez Sąd Apelacyjny w Warszawie w sprawach o sygn. V ACa 451/18 i I ACa 3/18, zaś argumentację tam przytoczoną Sąd orzekający w przedmiotowej sprawie w zupełności podziela, adekwatnie do stanu faktycznego przedmiotowej sprawy.

W okolicznościach faktycznych niniejszej sprawy nie sposób stwierdzić by pozwany ponosił jakiegokolwiek ryzyko związane z ochroną ubezpieczeniową powoda, co jest oczywiście sprzeczne z istotą umowy ubezpieczenia. W powszechnie obowiązujących umowach ubezpieczenia na rynku ubezpieczeń to ubezpieczyciel ryzykuje, że będzie musiał wypłacić środki większe, niż uzyskane. O jakim zaś ryzyku może być mowa, jeśli na ochronę ubezpieczeniową przeznaczano 1% wartości wpłat, a w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w praktyce wypłata następowałaby z części inwestycyjnej. Wbrew twierdzeniu strony pozwanej, zwiększenie wypłaty w stosunku do kwoty uzależnionej od powodzenia inwestycji (Wartości Rachunku) o dodatkowy 1% Składki Zainwestowanej absolutnie nie gwarantuje ubezpieczeniowego charakteru umowy. W umowie skonstruowanej wyłącznie przez pozwanego, w przypadku potencjalnego wzrostu cen wartości jednostek uczestnictwa, a więc i rachunku powoda, nie ponosi on ryzyka faktycznej wypłaty świadczenia ze środków własnych, gdyż ewentualne środki składające się na to świadczenie pochodzą wyłącznie od powoda, wyłącznie z pieniędzy przez niego zainwestowanych. Podobnie w przypadku spadku wartości jednostek uczestnictwa, a więc i rachunku powoda, środki składające się na świadczenie ubezpieczeniowe pochodzą również wyłącznie z rachunku powoda. Ponadto w obu tych przypadkach, niezależnie od wartości jednostek uczestnictwa, pozwany otrzymuje stały zysk w postaci opłat administracyjnych. W spornej umowie brakowało istotnego elementu umowy ubezpieczenia w postaci braku elementów ochronnych ubezpieczonego i braku ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez ubezpieczyciela, co zresztą wiązało się z nieprecyzyjnym, niedającym się określić z góry i niejasnym dla ubezpieczonego określeniem wartości świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zgonu bądź dożycia.

Kwestia braku ścisłego określenia świadczeń pozwanego jest kolejną przesłanką świadczącą o nieważności umowy będącej przedmiotem niniejszego postępowania. E. negotii umowy ubezpieczenia na życie i dożycie stanowi określoność kwoty świadczenia na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej bądź na wypadek dożycia. W przypadku zarówno zgonu, jak i dożycia przez powoda określonego w umowie wieku, wartość tego świadczenia była ustalana w sposób arbitralny przez jedną ze stron stosunku cywilnoprawnego – przez pozwanego ubezpieczyciela. W umowie będącej przedmiotem niniejszego postępowania, brak jest wskazania konkretnych podstaw ustalania wartości tego świadczenia. Ogólnie wskazano że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu wynosi 1% \* Składka

Zainwestowana + (liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia \* Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu Ubezpieczonego) + wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do Ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie Ubezpieczonego, a w przypadku świadczenia z tytułu dożycia wysokość świadczenia miała wynosić 100% Wartości Rachunku w Dacie Umorzenia. Powyższe świadczenia nie były w żaden sposób kontrolowane/kontrolowalne przez powoda, a jedynie jednostronnie kształtowane przez pozwanego.

Przedmiotowa umowa ubezpieczenia miała polegać na wypłacie ubezpieczonemu bądź uprawnionemu świadczenia ubezpieczeniowego w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, tj. śmierci osoby ubezpieczonej oraz wypłacie środków zgromadzonych na rachunku udziałów w przypadku dożycia przez osobę ubezpieczoną oznaczonego w umowie wieku. Wiek dożycia osoby ubezpieczonej był to okres na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, tj. 180 miesięcy. Wobec braku czynnika aktuarialnego w wyliczeniu sumy z tytułu dożycia uwzględniającego wiek, tzw. suma z tytułu dożycia była nieokreślona z góry kwotą odpowiadającą wartości rachunku na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia, czyli na dzień rozliczenia się ubezpieczyciela z ubezpieczonym ze środków powierzonych w celu zainwestowania. Wobec tego dożycie było w niniejszej umowie równoznaczne z nadejściem terminu końcowego i wymagalnością roszczenia o zwrot powierzonych środków pieniężnych. Na wysokość świadczenia z tytułu dożycia, sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci oraz kwoty pieniężnej należnej osobie ubezpieczonej w związku z wykupem ubezpieczenia miała bezpośredni wpływ wartość jednostki uczestnictwa funduszu, która była wyznaczona na podstawie wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na dzień wyceny, a na wartość aktywów miała wpływ wartość indeksu. Zgodnie z § 4 ust. 3 Regulaminu (...) (...), był to indeks (...) 8 (...) ( (...)) (...) ( (...): (...)). Z § 4 ust. 3 regulaminu (...) wynika, że środki (...) były lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez S. A., z których wypłata oparta jest o ww. indeks. Obligacje wyceniane były w złotych polskich, co oznaczało, że podmiot dokonujący wyceny aktywów dokonywał przeliczenia na walutę polską po sobie znanym kursie. Jednak poza ryzykiem kursowym, osobę ubezpieczoną obciążało także ryzyko kapitałowe, polegające na tym, że emitent obligacji mógł być trwale lub czasowo niezdolny do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu obligacji. Wskazany powyżej indeks był ustalony przez agenta kalkulacyjnego. W § 5 Regulaminu (...) dopuszczono możliwość zaprzestania notowania indeksu, jego likwidację i zastąpienie go innym, przy czym początkowa wartość indeksu oraz wartość końcowa miała bezpośredni wpływ na końcową wartość obligacji, a ta na wartość netto jednostek uczestnictwa funduszu kapitałowego (§ 4 Regulaminu). Zatem celem inwestycyjnym funduszu był wzrost jego wartości w wyniku wzrostu wartości lokat, w szczególności ochrona kwoty odpowiadającej 100% wartości składki zainwestowanej. Jednakże ten cel inwestycyjny nie był gwarantowany przez ubezpieczyciela – pozwanego. Analiza postanowień Regulaminu nie daje możliwości precyzyjnego zrekonstruowania reguł inwestycyjnych, a w konsekwencji ustalenia sposobu wykonania zobowiązania przez pozwanego. Nie sposób ustalić jakie jest oznaczenie obligacji (seria, kod), nie jest wskazana waluta w jakiej zostały wyemitowane obligacje, nie jest znana wartość nominalna obligacji, nie jest podana wartość po jakiej zostały nabyte ani jak zostały opłacone (jednorazowo, ratalnie), nie wiadomo również w oparciu o jaki rynek została ustalona wartość obligacji.

W odniesieniu do sposobu wyliczenia sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń sprowadzała się w przypadku zajścia zdarzenia jedynie do wypłaty wartości zgromadzonych środków powiększonych o zaledwie 1% składki zainwestowanej, a więc w istocie do kwoty symbolicznej w relacji do wpłaconej składki i w żaden sposób nieprzystającej do wskazanej wartości zdarzenia ubezpieczeniowego, czyli zgonu.

Powyższe prowadzi do wniosku, że w przedmiotowej umowie brak było istotnego elementu umowy ubezpieczenia, jakim jest ryzyko ubezpieczeniowe ponoszone przez zakład ubezpieczeń, polegające na zobowiązaniu zakładu do spełnienia określonego świadczenia w zamian za określoną składkę na wypadek zajścia wskazanego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego. W występowaniu ryzyka ubezpieczeniowego zasadza się istota stosunku ubezpieczenia, przy czym ryzyko wyrażać się powinno w tym, że między wysokością składki, a wysokością zastrzeżonego świadczenia występuje określona dysproporcja (!), zaś sama wysokość składki kalkulowana jest w oparciu o ściśle określone czynniki ryzyka, nie zaś w oparciu o zamierzoną wartość inwestycji. W przedmiotowej umowie ryzyko odnosi się nie do ubezpieczyciela, ale do ubezpieczonego, gdyż środki ulokowane są w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym,

nie są środkami, które stanowią wynagrodzenie ubezpieczyciela za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, wobec czego ochrona ubezpieczeniowa nie powinna być również realizowana przy pomocy tych środków.

Jak słusznie zauważył Sąd Okręgowy Warszawa - Praga w Warszawie w uzasadnieniu orzeczenia z dnia 23 lutego 2018 roku wydanego w sprawie II C 727/17, które to zapatrywanie podzielił następnie Sąd Apelacyjny w Warszawie orzekając w sprawie V ACa 451/18, a które podziela także tutejszy Sąd, możliwość zawierania umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, swoboda stron w ustalaniu warunków umowy w tym proporcji między elementem inwestycyjnym a ochronnym, nie daje podstawy do uznania za ważną umowę zawartą pod nazwą „umowa ubezpieczenia na życie”, gdy nie zwiera ona w sobie praktycznie żadnego elementu ochronnego, dającego gwarancję określonego przysporzenia na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Także w przypadku umowy, do której w dniu 31 sierpnia 2010 roku przystąpił powód J. M., nie sposób przyjąć, że wysokość opłat administracyjnych, związanych z prowadzeniem i obsługą umowy ubezpieczenia narzucona przez stronę pozwaną była adekwatna do czynności wykonywanych przez pozwane Towarzystwo w związku z prowadzeniem rachunku, pozwany tego nie wykazał. Miało to również wpływ na ważność samej umowy ubezpieczenia, gdyż stawiało powoda, będącego konsumentem, w pozycji dużo niższej niż pozwany w spornym stosunku umownym, bowiem ponosił on opłaty związane z obsługą umowy ubezpieczenia znacząco zawyżone, mające na celu przede wszystkim osiągnięcie korzyści finansowych przez pozwanego. Szczególnie zawyżona i niezgodna z interesem konsumenta była opłata likwidacyjna, do której zresztą odnoszą się wszelkie podniesione w pozwie argumenty o jej abuzywności.

Dodatkowo należy wskazać, że nie może budzić wątpliwości, że na ubezpieczycielu ciążył obowiązek skonstruowania umowy w taki sposób, aby była ona zrozumiała, jasna i precyzyjna dla przeciętnego konsumenta. Zdaniem Sądu, analiza Warunków ubezpieczenia oraz Regulaminu, nie dawały powodowi żadnych szans na ustalenie, jaki właściwie jest zakres świadczeń strony pozwanej. Po pierwsze, w Regulaminie i Warunkach ubezpieczenia użyto szeregu definicji i bardzo wielu odniesień/odsyłań utrudniających zrozumienie tej regulacji nawet osobie mającej doświadczenie w analizie umów i aktów prawnych, nie mówiąc o przeciętnym konsumentce, jakim jest powód. Po drugie, nie został określony precyzyjnie nie tylko mechanizm wyceny jednostek uczestnictwa (§ 4 regulaminu odwołuje się po prostu do indeksu, nie przedstawiając nawet podstawowych zasad obliczania tego indeksu), ale również dzień, na który ma nastąpić wycena jednostek w razie dożycia (co w oczywisty sposób daje pozwanej duże pole do dowolności, pozwalając wybrać najkorzystniejszy dzień umorzenia spośród 25 dni po zakończeniu okresu odpowiedzialności), a nawet zakres obowiązku inwestowania przez pozwaną powierzonych jej środków (wg § 4 regulaminu środki (...) są lokowane w obligacje wyemitowane przez SecurAsset do 100%, a zatem pozwana ma pełną swobodę inwestowania jedynie pewnej części tych środków). Wobec takiego sposobu sformułowania postanowień wzorca umownego, w tym postanowień określających główne świadczenie pozwanego, należy podzielić pogląd o abuzywności postanowień wzorca. Warunki ubezpieczenia i Regulamin nie spełniają także kryterium przejrzystości. Jak wskazał Trybunał Sprawiedliwości w wyroku z 26 lutego 2015 roku C-143/13, wynikający z art. 4 ust. 2 i art. 5 dyrektywy 93/13 w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich wymóg przejrzystości warunków umownych nie może zostać zawężony do ich zrozumiałości pod względem formalnym i gramatycznym. Istotne jest bowiem to, czy poinformowany konsument może przewidzieć, w oparciu o jednoznaczne i zrozumiałe kryteria wskazane w umowie, wpływające dla niego z faktu tak skonstruowanej umowy konsekwencje ekonomiczne (!). Tymczasem składające się w tej sprawie na wzorec umowny Warunki umowy, Regulamin i Tabelę skonstruowano w sposób, który uniemożliwił przeciętnemu konsumentowi ocenę konsekwencji ekonomicznych przystąpienia do umowy (zwłaszcza w ciągu 40 minutowej wizyty w banku), niezależnie już od tego, że warunki umowy mogły zostać w przekazie ustnym mocno zniekształcone przez pracownika Banku oferującego i sprzedającego produkt, jako bardzo „bezpieczny” i „korzystny”. Na możliwe nieprawidłowości w tym zakresie wskazał nawet świadek T. K.; wiarygodność powoda i świadka M. M. w tym zakresie potwierdza także fakt, że powód poza składką pierwszą wpłacił pozwanemu także z góry składki bieżące za pierwszy rok, co jak wyjaśnił T. K. i co potwierdzają warunki umowy, było zupełnie bezsensowne z ekonomicznego punktu widzenia, jednak fakt ten wskazuje ewidentnie na to, że takiej rady powodowi musiał udzielić pracownik Banku, co tylko wskazuje pośrednio na to, że sam pracownik nie mógł być prawidłowo przeszkolony z produktu, jak zatem mógł go prawidłowo oferować do sprzedaży (?). Niewątpliwie przy tym postanowienia wzorca, także odnoszące

się do głównych świadczeń strony pozwanej, są sprzeczne z dobrymi obyczajami. Pozwana, traktując konsumenta (w tym przypadku powoda) w sposób sprawiedliwy, słuszny i uwzględniający jego prawnie uzasadnione roszczenia, nie mogła racjonalnie spodziewać się, że konsument przyjąłby w drodze negocjacji indywidualnych takie postanowienia. Co przy tym istotne, powód był zapewniany, że proponowany produkt jest formą oszczędzania, przedstawiciel Banku wskazywał bowiem, że polisa jest bardzo korzystna, że na przestrzeni kolejnych lat będzie przynosiła wyłącznie zysk. J. M., jako konsument, nie miał świadomości, że proponowany mu produkt jej skomplikowany i ryzykowny. Wyraźnego zaznaczenia wymaga, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym to kontrakt zawierający zapisy o bardzo wysokim stopniu trudności, regulowany wieloma różnorodnymi wzorcami umownymi, odwołujący się w swej treści do pojęć niejasnych. Analiza treści takiego kontraktu przez przeciętnego konsumenta jest w praktyce mocno utrudniona bądź wręcz niemożliwa. Nie jest on bowiem w stanie bez odpowiedniego przygotowania zrozumieć mechanizmów prawno-finansowych zawartych we wzorcach umownych, w związku z czym konsument na ogół zawiera taką umowę bazując na informacjach przekazywanych mu przez osobę oferującą zawarcie umowy, czyli pośrednika ubezpieczeniowego, pracownika banku lub doradcy finansowego. Tak stało się również w przypadku powoda, który bazował na informacjach udzielonych mu przez pracownika Banku działającego jako Ubezpieczający, który koncentrował się wyłącznie na pozytywnych cechach oferowanego produktu. Istotne jest tutaj działanie pracownika Banku, który skupiał uwagę powoda nie na cechach produktu, relewantnych z punktu widzenia jego działania (nie omawiał sposobu inwestowania składek, ich elementów składowych, nie informował o wartości świadczenia wykupu, jak również o tym, w jaki sposób kreowana jest wysokość środków wypłacanych klientowi w związku z rozwiązaniem umowy), a na wynikach podpisywanej umowy. Starał się wywołać u powoda przekonanie, że podpisując umowę zabezpieczy finansowo swoją przyszłość. Powyższa praktyka doprowadziła do powstania fałszywego wyobrażenia, prowadzącego do podjęcia (lub możliwości podjęcia) przez powoda, jako przeciętnego konsumenta, decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął, nie był przecież od początku zainteresowany tego typu produktem lecz zwykłą lokatą. Informacje przekazane przez pracownika Banku w istotny sposób zniekształciły lub mogły zniekształcić zachowanie rynkowe powoda, jako przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy dotyczącej produktu.

Tak skonstruowana umowa była sprzeczna z zasadą słuszności kontraktowej i rzetelności profesjonalnej, naruszała postanowienia art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2013 roku o działalności ubezpieczeniowej, przepis art. 353<sup>1</sup> k.c. i jako taka nie mogła zostać uznana za ważną podstawę kształtowania praw i obowiązków podmiotów tego stosunku obligacyjnego.

Biorąc pod uwagę okoliczność niesporną, że powód wpłacił pozwanemu łącznie kwotę 24.448 zł (18.496 zł i 5.952 zł, obie kwoty w dniu 31 sierpnia 2010 roku), zaś pozwany wpłacił powodowi jedynie 1.456,68 zł (dokonując kalkulacji jak na k. 121), jednocześnie w wezwaniu przesądowym powód nie wzywał pozwanego do zwrotu konkretnej sumy pieniężnej, proponując negocjacje ugodowe, Sąd uznał, że wobec stwierdzenia nieważności umowy roszczenie główne zasadne jest w całości, natomiast odsetki należne były od dnia następnego po doręczeniu pozwanemu odpisu pozwu, co nastąpiło 12 lutego 2018 roku. Przesunięcie w sferze majątkowej, polegające na zatrzymaniu przez pozwanego kwoty 22.495,32 zł nosiło przymiot bezpodstawnego wzbogacenia. Zgodnie z przepisem art. 405 k.c., kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby było możliwe, do zwrotu jej wartości. Skoro sporna umowa była nieważna w całości, całe świadczenie powoda było nienależne, zatem powód mógł żądać zwrotu tego świadczenia, stosownie do przepisu art. 410 § 1 i 2 k.c.

Podstawę prawną rozstrzygnięcia stanowiły przepisy art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 k.c. i art. 405 k.c. w zw. z art. 410 § 1 i 2 k.c., a w zakresie odsetek przepis art. 481 k.c.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c., zgodnie z zasadą odpowiedzialności stron za wynik sprawy, przy czym Sąd uznał, że niezasadne było przyznanie pełnomocnikowi powoda wynagrodzenia w wysokości dwukrotności stawki minimalnej (suma kosztów 4.742 zł obejmowała 1.125 zł opłaty od pozwu, 17 zł opłaty skarbowej od pełnomocnictwa oraz 3.600 zł wynagrodzenia pełnomocnika powoda).

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji wyroku.