

***Sygn. akt I ACa 750/17***

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

***Dnia 26 października 2018 r.***

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Beata Kozłowska (spr.)

Sędziowie: SA Roman Dziczek

SA Marzanna Góral

Protokolant: sekr. sądowy Sławomir Mzyk

po rozpoznaniu w dniu 26 października 2018 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa R. S.

przeciwko Towarzystwu (...) spółce akcyjnej z siedzibą we W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 20 lutego 2017 r., sygn. akt XXIV C 797/15

**I. *oddala apelację,***

**II. *zasądza od Towarzystwa(...) spółki akcyjnej z siedzibą we W. na rzecz R. S. kwotę 3600 (trzy tysiące sześćset) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.***

Marzanna Góral Beata Kozłowska Roman Dziczek

***Sygn. akt I ACa 750/17***

## UZASADNIENIE

**Powód R. S.** pozwem z dnia 20 lipca 2015 roku wniósł o zasądzenie od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. kwoty 83.055,43 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 19 sierpnia 2014 roku do dnia zapłaty. Ponadto wniósł o zasądzenie od pozwanej kosztów postępowania.

W uzasadnieniu powód powołał się na działanie pod wpływem błędu polegającego na przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym, pomimo że, po pierwsze, doręczone powodowi formularze czy tekst umowy nie informowały powoda o jakimkolwiek ryzyku utraty środków, tj. nie przedłożono dokumentu, który informowałby powoda o ryzyku inwestycyjnym spadku (a nie o ryzyku braku wzrostu) środków, dodatkowo leżącym po stronie powoda oraz które zawierałyby ostrzeżenie o tym, że zaprzestanie opłacania składek oznacza automatycznie i kategorycznie przejęcie w pierwszych latach ubezpieczenia większości środków powoda przez pozwaną tytułem opłaty likwidacyjnej. Powód wskazał, że nie przypomina sobie, aby doręczono mu jakikolwiek

formularz czy tekst umowy (np. deklaracje ubezpieczenia, OWU), przed dokonaniem wpłaty składki. Oświadczenie woli powoda, a więc czynność prawna przez niego dokonana, wyrażona została w postaci opłacania składek, w sytuacji gdy powód powinien był otrzymać wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia lub deklarację przystąpienia do ubezpieczenia, tekst OWU i tabelę opłat przed złożeniem oświadczenia woli. Powód podnosił, iż dokumentem potwierdzającym treść stosunku prawnego i postanowienia umowne był jedynie certyfikat ubezpieczenia.

Powód wskazał, że nie opiera żądania pozwu wyłącznie na oświadczeniu woli złożonym pod wpływem błędu, ale na tym, że umowa ubezpieczenia została zawarta na podstawie nieważnych z mocy prawa postanowień umowy. W ocenie powoda nieważność stosunku prawnego zawartego pomiędzy powodem a pozwaną oraz (...) S.A. polegała na tym, że stosunek prawny rażąco zmierzał do ominięcia prawa określonego w art. 808 i 812 § 4 k.c. określających kto i w jakiej sytuacji jest ubezpieczającym. Nadto, drugim powodem nieważności jest jej pozorność, gdyż nie ma ona nic wspólnego z ubezpieczeniem na życie, a jest de facto inwestycją. Nadto, powód wskazał, iż nazwanie (i powielanie umowy) zawartej z nim umowy ubezpieczenie na życie, w sytuacji gdy tak nie było, czyni umowę w całości nieważną. Przedmiotem tej umowy miało być zgodnie z OWU, ubezpieczenie na życie, udzielanie ochrony ubezpieczeniowej w razie zgonu powoda, a tak naprawdę w razie zgonu ubezpieczony otrzymałby „symboliczną złotówkę”, bowiem w sytuacji dojścia do zdarzenia ubezpieczeniowego zostałyby wypłacone świadczenie w wysokości: 1% 8\*składka zainwestowana + (liczba jednostek uczestnictwa Funduszu w Dacie umorzenia. Wartość jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie zgonu Ubezpieczonego). W przypadku powoda, który dokonał płatności składki w kwocie ponad 130.000 zł uzyskałby sumę ubezpieczenia w wysokości trzykrotnie niższej. Sytuacja, w której zapłacona składka jest wyższa od sumy ubezpieczenia należy uznać za rażąco sprzeczną z naturą jakiegokolwiek umowy ubezpieczenia. Powód utrzymywał, że gdyby został wyczerpująco poinformowany o warunkach umowy ubezpieczenia i wiążącym się z nią ryzyku inwestycyjnym, to umowy o takiej treści by nie zawarł.

**Pozwane Towarzystwo (...) S.A z siedzibą we W.** w odpowiedzi na pozew wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów postępowania.

W uzasadnieniu strona pozwana podniosła zarzut braku legitymacji biernej po jej stronie, a także zarzut przedawnienia. Podkreśliła, że pozwana w żadnym razie nie dopuściła się praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumenta oraz nie jest odpowiedzialna za działania lub zaniechania odrębnego od pozwanego podmiotu gospodarczego, jakim jest (...) S.A. W szczególności wskazała, że nie będzie miała w niniejszej sprawie zastosowania art. 11 ust. 1 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, zgodnie z którym zakład ubezpieczeń odpowiada za szkodę wyrządzoną przez agenta ubezpieczeniowego, w związku z wykonywaniem czynności agencyjnych, bowiem w stosunku ubezpieczeniowym w niniejszym postępowaniu (...) S.A nie jest agentem ubezpieczeniowym lecz ubezpieczającym, a więc uczestnikiem stosunku ubezpieczeniowego, a nie pośrednikiem. Strona pozwana podniosła, że ubezpieczający proponował swoim klientom przystąpienie do umowy ubezpieczenia w charakterze ubezpieczonych w ramach prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej, a nie pośredniczył w zawarciu umowy ubezpieczenia pomiędzy konsumentami a pozwanym. W przypadku ustalenia przez Sąd, że (...) S.A dopuścił się w stosunku do powoda nieuczciwej praktyki rynkowej, czemu pozwana zaprzecza, to w takim przypadku wyłącznie odpowiedzialny w stosunku do powoda za powstałą po stronie powoda szkodę będzie podmiot rzekomo dopuszczający się nieuczciwej praktyki rynkowej, tj. (...). W związku zaś z faktem, iż roszczenie powoda jest roszczeniem mającym swoje źródło w czynie niedozwolonym (art. 442<sup>1</sup> § 1 k.c.) uległo przedawnieniu, bowiem przy zachowaniu minimalnego stopnia staranności powód mógł się dowiedzieć o rzekomym błędzie w chwili przystępowania do umowy ubezpieczenia.

Niezależnie od powyższego powód otrzymał wszelkie informacje dotyczące umowy ubezpieczenia, do której przystąpił w trakcie rozmowy telefonicznej w dniu 7 marca 2012 r. Ponadto pozwana zaprzeczyła wszelkim twierdzeniom zawartym w pozwie. Podniosła, że powód nie jest stroną umowy, bowiem przystąpił do wcześniej zawartej umowy ubezpieczenia grupowego, która ma charakter umowy na cudzy rachunek, a jej podstawą są art. 808 § 1 k.c. i 829 k.c. Nadto wskazała, że powód został w pełni poinformowany o charakterze i warunkach ubezpieczenia i otrzymał wszystkie niezbędne dokumenty. Dodatkowo pozwany wskazał, iż nie zachodził obowiązek doręczenia powodowi OWU, ponieważ przystąpił on do umowy już wynegocjowanej. Ponadto zdaniem pozwanej warunki ubezpieczenia

(...)oraz tabela opłat i limitów składek nie stanowią wzorców umownych w rozumieniu art. 384 k.c., zaś postanowienia umowne stosowane przez pozwanego nie stanowią klauzul niedozwolonych. Wskazywała przy tym, iż przedmiotowa umowa nie była zawierana z konsumentem, jej postanowienia były już przedmiotem wcześniejszych negocjacji, a całkowity wykup stanowił główne świadczenie pozwanej. Zdaniem pozwanej postanowienia warunków ubezpieczenia nie są sprzeczne z dobrymi obyczajami.

W toku procesu powód podnosił, że przedmiotem żądania pozwu nie jest zarzut abuzywności opłaty likwidacyjnej, ale uznanie, że oświadczenie woli powoda o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia z pozwaną było zawarte na podstawie nieważnych z mocy prawa postanowień oraz pod wpływem błędu.

**Wyrokiem z dnia 20 lutego 2017 r. Sąd Okręgowy w Warszawie:**

***I. zasądził od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz R. S. kwotę 83.055,43 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 19 sierpnia 2014r. do dnia zapłaty;***

***II. ustalił, że koszty procesu ponosi w całości pozwana, pozostawiając szczegółowe wyliczenie kosztów procesu referendarzowi sądowemu.***

Swe rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych i następujących ocenach prawych:

R. S. był klientem (...) S.A. Doradca przedstawił mu produkt – ubezpieczenie na życie, które miało mu zostać wypłacone, jeżeli „coś mu się stanie”, na co powód wyraził zgodę.

Doradca poinformował powoda, że Certyfikat dotyczący przedmiotowej umowy zostanie mu doręczony po wpłaceniu składki, który to Certyfikat w konsekwencji powód odebrał osobiście w biurze pozwanej.

W Certyfikacie wskazano, że ochrona ubezpieczeniowa udzielona jest na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym Funduszem (...) Spółki Akcyjnej (...), zawartej w dniu 24 września 2009 r. pomiędzy Towarzystwem (...) Spółka Akcyjna i ubezpieczającym (...) Spółką Akcyjną.

W certyfikacie wskazano jako ubezpieczającego (...) Spółkę Akcyjną, zaś jako ubezpieczonego R. S.. Podano daty rozpoczęcia i zakończenia okresu odpowiedzialności: 11.06.2010 r. – 11.06.2025 r., wysokość pierwszej składki na kwotę 85.500 zł, składek bieżących na kwotę 2.356 zł oraz składki zainwestowanej na kwotę 427.500 zł. Z treści Certyfikatu wynikało ponadto, że wpłacane środki zostaną alokowane w Ubezpieczeniowym Funduszu (...) W certyfikacie wskazano ponadto sumę ubezpieczenia z tytułu zgonu określoną jako: „1% \* składka zainwestowana + 100% Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia + wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wypłynięcia do Ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie Ubezpieczonego, a także sumę ubezpieczenia z tytułu dożycia określoną jako „100% Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia”. Ponadto określono termin płatności kolejnych składek oraz wskazano numer rachunku pozwanego.

Pismem z dnia 22 lipca 2014 r. pełnomocnik powoda R. S. złożył oświadczenie pozwanej, twierdząc, że został wprowadzony w błąd odnośnie charakteru produktu poprzez:

1) wprowadzenie w błąd przez (...) S.A. odnośnie istnienia w produkcie ryzyk inwestycyjnych skutkujących możliwością utraty większości kapitału, a także skutków opłaty za likwidację ubezpieczenia, bowiem przygotowane przez (...) S.A. formularze (deklaracja i certyfikat) oraz nawet uzyskane później informacje zawarte w OWU, nie informowały klienta o jakimkolwiek ryzyku tj. ani ryzyku inwestycyjnym, dodatkowo leżącym po jego stronie;

2) wprowadzenie w błąd odnośnie istnienia w produkcie gwarancji kapitału (przez (...)), poprzez wskazanie, że produkt ma gwarancje kapitału, której wcale nie posiadał „(...) unikalna cecha – 100 % ochrona kapitału (...)”;

3) wprowadzenie w błąd przez współpracownika (...) odnośnie tego, że warunkiem nabycia kredytu mieszkaniowego jest przystąpienie do umowy ubezpieczenia z pozwaną, w sytuacji gdy takiego wymogu po stronie banku nie było.

W piśmie tym powód nadto wskazał, że (...) to kontrahent (...), a nie agent ubezpieczeniowy. Z uwagi na to, że nie leżał po stronie (...) żaden obowiązek zastrzeżony prawnie dla ubezpieczającego (opłacanie składek, prawo do odstąpienia, wyznaczenie (...) do roli ubezpieczającego było fikcją prawną zastosowaną przez (...), mającą na celu pozbawienie konsumenta praw związanych z otrzymaniem OWU przed zawarciem umowy i innych praw ubezpieczającego, w tym prawa do ochrony konsumenckiej, etc). Jak twierdzi (...) umowa ubezpieczenia w takich sytuacjach jest nieważna, bo ma na celu ominięcie przepisów prawa, gdyż R. S. powinien pełnić rolę ubezpieczającego i korzystać z praw ubezpieczającego. Dlatego też pełnomocnik powoda w piśmie tym na podstawie art. 86 § 1 k.c. w imieniu mandanta uchylił się od skutków prawnych oświadczenia woli w zakresie przystąpienia do ubezpieczenia, jako złożonego pod wpływem błędu. Pełnomocnik powoda wskazał, że w chwili składania ww. oświadczenia działał on pod wpływem błędu wywołanego przez niejednoznacznie i niezrozumiale sformułowaną informację w zakresie charakteru produktu, pominięcie ryzyka inwestycyjnego po jego stronie, a wręcz przeciwnie zapewnienie o gwarancji kapitału, ponadto niejednoznaczne są informacje odnośnie ryzyka związanego z utratą środków w razie zaprzestania opłacania składek tytułem automatycznej i horrendalnej opłaty likwidacyjnej (zresztą abuzywnej). Za ten błąd odpowiada (...) jako autor dokumentów. W związku z uznaniem ubezpieczenia za niezawarte, pełnomocnik powoda wezwał(...) S.A. do zwrotu pełnej kwoty wpłaconej przez R. S. tytułem składek, a nie wartości rachunku, czy też wartości rachunku pomniejszonej o opłatę za likwidację ubezpieczenia.

W odpowiedzi na to wymienione pismo pozwana pismem z 19 sierpnia 2014 r. poinformowała, że zwróciła się do (...) z wnioskiem o podjęcie postępowania wyjaśniającego i zbadanie procesu oferowania ubezpieczenia. Pozwana wskazała, że (...) poinformowała Towarzystwo, że doradca, który oferował produkt, nie jest pracownikiem spółki, w związku z czym nie można skonfrontować wzajemnych stanowisk odnośnie celowego wprowadzenia R. S. w błąd. Jednak w ocenie (...), jeżeli R. S. podpisał deklarację przystąpienia i wszystkie oświadczenia w niej zawarte, to ubezpieczający zakłada, że przed złożeniem własnoręcznego podpisu, R. S. zapoznał się z treścią dokumentacji. Dodatkowo ubezpieczający podkreślił, że jeżeli klient zaangażował w inwestycję tak duże środki finansowe, to należy zakładać, że swoją decyzję przemyślał i podjął ją świadomie. W związku z powyższym (...) uznał reklamację w zakresie w błędzie za niezasadną. Jednocześnie podkreślił, że zarzuty dotyczące obszaru akwizycji produktów ubezpieczeniowych przygotowanych przez towarzystwo, rozstrzygane są przez podmiot, który oferował ubezpieczenie, gdyż to właśnie ten podmiot może podejmować decyzje w tym zakresie. W piśmie tym pozwana wskazała kalkulację całkowitego wykupu, gdzie wartość rachunku wynosiła 37.873,95 zł, wartość opłaty likwidacyjnej (80% wartości rachunku) 30.299,16 zł, a kwota do wypłaty po potrąceniu opłaty likwidacyjnej wynosiła 7.574,79 zł, która to kwotę pozwana zwróciła powodowi.

W oświadczeniu z 25 września 2015 r. pozwana wskazała, że wysokość pierwszej składki wpłaconej przez R. S. wynosiła - 85.500 zł, wysokość składki regularnej - 2.356 zł, wysokość opłaconych składek łącznie - 44.764 zł, liczba opłaconych składek regularnych oraz liczba alokowanych składek wynosiła zaś odpowiednio po 19, wysokość łączna: składki pierwszej i regularnych 130.26 zł. W oświadczeniu tym pozwana wskazała także datę przystąpienia do ubezpieczenia na dzień 10 maja 2010 r. oraz datę rezygnacji/odstąpienia na dzień 28 marca 2013 r. Zgodnie z oświadczeniem wartość rachunku na dzień umorzenia wynosiła - 37.873,95 zł, a wysokość pobranej opłaty likwidacyjnej - 30.299,16 zł (80%), koszty aktywizacji 64.125 zł, jednostkowy koszt obsługi procesu likwidacji - 85,68 zł, wysokość kosztów poniesionych w momencie wdrożenia produktu przypadająca na pozostały okres do momentu wygaśnięcia polisy zgodnego z umową -1,54 zł, stan nierozliczenia kosztu poniesionego przez Ubezpieczyciela związanego z przystąpieniem do ubezpieczenia i objęciem ochroną ubezpieczeniową - 39.861,16 zł. Koszty związane z rozwiązaniem stosunku ubezpieczenia łącznie - 39.948,39 zł.

Powyższych ustaleń faktycznych Sąd Okręgowy dokonał w oparciu o złożone do akt sprawy dokumenty i zeznania powoda, uznając je za wiarygodne.

Sąd Okręgowy oddalił wniosek o dopuszczenie dowodu z przesłuchania świadka G. K., na okoliczność charakteru umowy, stron umowy, negocjowania umowy, kosztów, jakie pozwany ponosi w związku z umową oraz wpływu uznania postanowienia będącego przedmiotem pozwu za niedozwolone na sytuację finansową pozwanego. Okoliczności te nie

miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy. Natomiast treść, charakter i określenie stron umowy wynikały z treści dokumentów przedstawionych przez strony.

Sąd Okręgowy oddalił też wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarium, który miał się wypowiedzieć na okoliczność prawidłowości kalkulacji pobieranych przez pozwanego opłat, kosztów pozwanego związanych z przedterminową rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach grupowej umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) oraz wpływu tych kosztów na wysokość opłaty likwidacyjnej. Okoliczności dotyczące kalkulacji pobieranych przez pozwanego kosztów nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, wobec zarzutów stawianych przez powoda. Ponadto, pozwany w odpowiedzi na pozew wskazał jedynie, że opłata za wykup jest rekompensatą za poniesione przez niego koszty, nie podając przy tym nawet przybliżonej wysokości tychże kosztów, nie przedstawiając ich kalkulacji, ani materiału dowodowego, na którym byłyby oparta. Brak było więc konkretnych twierdzeń pozwanego, które miałyby zostać wykazane za pomocą wnioskowanego dowodu, jak też materiału dowodowego, który miałby podlegać ocenie przez biegłego.

Nadto Sąd Okręgowy oddalił wniosek powoda o zobowiązanie pozwanej do wskazania wartości środków, o jakie powód zubożał na skutek spadku wartości jednostek oraz wniosek strony pozwanej o zobowiązanie (...) S.A. do udzielenia informacji zawartych w punkcie 9 odpowiedzi na pozew, albowiem okoliczności, na jakie miały być przeprowadzone dowody nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Okręgowy wskazał, że powód przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej pomiędzy (...) S.A., a Towarzystwem (...) S.A., z alokacją środków pieniężnych na ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym (...) – (...). Zgodnie z treścią warunków ubezpieczenia przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego. Pozwane Towarzystwo (...) zobowiązało się do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej na wypadek zgonu ubezpieczonego lub dożycia przez niego oznaczonego w umowie okresu odpowiedzialności. W przypadku zaistnienia jednego z tych zdarzeń ubezpieczyciel, czyli pozwany, miał spełnić określone w umowie świadczenie ubezpieczeniowe.

W warunkach ubezpieczenia określono sposób obliczenia świadczenia w przypadku zaistnienia każdego z tych zdarzeń. Jednocześnie celem ubezpieczenia miało być gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Obowiązkiem ubezpieczonego było opłacanie składek - składek pierwszej i składek bieżących, za które następnie ubezpieczyciel, czyli pozwany, po pomniejszeniu ich o opłatę administracyjną, nabywał jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym.

Zgodnie z dyspozycją art. 805 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Świadczenie ubezpieczyciela polega bądź na zapłacie określonego odszkodowania bądź umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku.

Umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest zatem umową o charakterze mieszanym, zawierającą w sobie zarówno elementy umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 805 k.c., jak i elementy umowy inwestycyjnej. Możliwość takiej konstrukcji umowy przewiduje wprost art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej (obowiązującej w dacie przystąpienia przez powoda do umowy), a zatem, zawieranie umów o ubezpieczenie wraz z lokowaniem składek w jednostki uczestnictwa jest dopuszczalne w świetle treści art. 353<sup>1</sup> k.c.

Ukształtowanie stosunku obligacyjnego w taki sposób, że jego treść lub cel pozostają w sprzeczności z ustawą, z zasadami współżycia społecznego lub właściwością zobowiązania, wywołuje skutki określone ogólnymi regułami o dokonywaniu czynności prawnych ujętymi w przepisie art. 58 k.c. Przekroczenie którejkolwiek z granic swobody umów oznacza więc nieważność całej umowy, jako sprzecznej z ustawą, a jeżeli przekroczenie zakresu kompetencji

podmiotu dotyczyło tylko części umowy, wówczas czynność jest ważna w pozostałej części chyba, że bez postanowień dotkniętych nieważnością umowa nie zostałaby dokonana.

W przedmiotowej sprawie powód podnosił zarzuty dotyczące nieważności umowy, przy czym zarzuty dotyczące obejścia prawa oraz sprzeczności z ustawą skutkują uznaniem umowy za bezwzględnie nieważną. Powód podnosił między innymi zarzut niedoręczenia mu umowy oraz wszelkich dokumentów z nią związanych. Twierdził, że nie otrzymał od pozwanego żadnych dokumentów dotyczących umowy ubezpieczenia do której przystąpił.

Zgodnie z art. 809 § 1 k.c., ubezpieczyciel zobowiązany jest potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia. W razie wątpliwości umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia. Z treści przepisów kodeksu cywilnego dotyczących umowy ubezpieczenia wynika zatem, że zawarcie umowy ubezpieczenia nie wymaga żadnej szczególnej formy i dochodzi ona do skutku przez zgodne oświadczenia stron.

Nie ulega jednak wątpliwości, że w sprawie znajdzie zastosowanie art. 384 k.c., zgodnie z którym, ustalony przez jedną stronę wzorec umowy, w szczególności ogólne warunki umowy wiążą drugą stronę, jeżeli zostały jej doręczone przed zawarciem umowy. Przepis art. 384 § 2 k.c. stanowi, że w razie, gdy posługiwanie się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiąże on także wtedy, gdy druga strona mogła się z łatwością dowiedzieć o jego treści. Nie dotyczy to jednak umów zawieranych z udziałem konsumentów, z wyjątkiem umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego.

Przedłożone do akt ogólne warunki ubezpieczenia (...) bezsprzecznie są wzorcem umownym, zaś powód zawierał umowę, jako konsument. Pozwany nie wykazał w toku postępowania, że doręczył powodowi jakiegokolwiek dokumenty, poza złożonym do akt certyfikatem potwierdzającym objęcie ochroną ubezpieczeniową. Pozwany podnosił, że powód potwierdził otrzymanie wszystkich dokumentów, podpisując deklarację przystąpienia. Tymczasem w aktach sprawy brak jest podpisanej przez powoda deklaracji przystąpienia. Co więcej, pozwana, mimo zobowiązania przez Sąd do złożenia deklaracji, nie zadośćuczyniła temu zobowiązaniu. Nieuprawnione jest zatem twierdzenie, że powód złożył oświadczenie o związaniu go postanowieniami wynikającymi z ogólnych warunków ubezpieczenia (...), regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu (...), tabeli opłat i limitów, w sytuacji, gdy takich dokumentów nie otrzymał przed zawarciem umowy.

Wobec treści art. 384 k.c., powoda nie wiążą zatem warunki ubezpieczenia, regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, jak i tabela opłat i limitów. Jedynym dokumentem, z którego wynika treść umowy, jest zatem certyfikat z dnia 23 czerwca 2010 roku.

W tej sytuacji, kluczową kwestią było ustalenie czy z przedmiotowego certyfikatu, wynikają essentialia negotii grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...).

Ubezpieczenie na życie lub dożycie powiązane z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ma charakter ochronno-inwestycyjny, co oznacza, iż pewna część płaconej składki ubezpieczeniowej przeznaczona jest na pokrycie przewidzianej umową ochrony, zaś pozostała na zakup jednostek uczestnictwa w Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym, który inwestuje środki w różnego rodzaju instrumenty finansowe. Składnikiem przedmiotowo-istotnym takiej umowy jest składka, której wysokość została ustalona w certyfikacie oraz świadczenie, do którego spełnienia zobowiązany był pozwany w przypadku zaistnienia zdarzenia przewidzianego w umowie.

W certyfikacie wskazano dwa takie zdarzenia: zgon osoby ubezpieczonej oraz dożycie ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności. W certyfikacie określono również świadczenie, sumę ubezpieczenia w odniesieniu do wartości rachunków w dacie umorzenia. Tak określona w certyfikacie suma ubezpieczenia bez powiązania z warunkami ubezpieczenia (...), które powoda nie wiążą, nie pozwala na ustalenie wartości świadczeń w chwili zaistnienia wypadków wskazanych w certyfikacie, a co za tym idzie, w chwili potencjalnej wymagalności świadczeń umownych. W certyfikacie brak jest wzoru, na podstawie, którego może zostać wyliczona wartość rachunku w dacie umorzenia. Takie wzory znajdują się, bowiem w warunkach ubezpieczenia (...), które powoda nie wiążą. Z certyfikatu nie sposób również ustalić w jakiej części składka opłacana przez powoda przeznaczona była na ubezpieczenie, a w jakiej części na

nabycie jednostek uczestnictwa funduszu. W szczególności certyfikat nie określa wysokości opłaty administracyjnej i związanej z nią opłaty za ryzyko.

Strony zatem, de facto, nie określiły świadczenia, do którego zapłaty był zobowiązany pozwany w razie zaistnienia zdarzeń ubezpieczeniowych, gdyż wysokość tego świadczenia jest niemożliwa do ustalenia, w sytuacji zaistnienia zdarzenia określonego w certyfikacie. Ponadto określenie składki w umowie mieszanej z elementem inwestycyjnym i ubezpieczeniowym bez wskazania, która z jej części przeznaczona jest na ubezpieczenia a która na element inwestycyjny umowy, jest równoznaczna z brakiem elementów przedmiotowo istotnych umowy.

Mając na uwadze powyższe Sąd uznał, że umowa zawarta pomiędzy stronami, jako niezawierająca elementów przedmiotowo-istotnych oraz sprzeczna z regulacją ustawową o charakterze bezwzględnie obowiązującym jest nieważna.

Sankcja nieważności, która zgodnie z art. 58 k.c. związana jest z czynnością prawną sprzeczną z ustawą albo mającą na celu obejście ustawy lub sprzeczną z zasadami współżycia społecznego, doznaje ograniczenia tylko do niektórych jej postanowień. W pozostałej części czynność prawna pozostaje w mocy, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością nie zostałyby ona przez strony dokonana. Dla utrzymania czynności prawnej konieczne jest, aby jej ważne postanowienia obejmowały, co najmniej jej minimalną treść, bez której żadna czynność nie tylko nie mogłaby zostać dokonana, ale także utrzymana w mocy. Essentialia negotii rozumiane jako cechy konstruktywne danego typu czynności prawnej, w odniesieniu do typowych czynności prawnych, określają tę właśnie minimalną treść. Ich brak powoduje jej nieważność i jednocześnie nie może być ona utrzymana w mocy.

Zgodnie z art. 410 k.c. świadczenie jest nienależne, jeżeli ten, kto je spełnił, nie był do niego zobowiązany, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia.

Mając zatem na uwadze nieważność umowy, powód mógł domagać się zwrotu od pozwanego dochodzonej pozwem kwoty, jako świadczenia nienależnego, gdyż umowa zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia. Przy tym stwierdzenie nieważności następuje ze skutkiem wstecznym od momentu jej dokonania.

Mając na uwadze wszystkie wskazane okoliczności, Sąd Okręgowy zasądził dochodzoną przez powoda kwotę, której wysokości pozwany nie kwestionował.

Pozwany wskazywał także, że powód przystąpił do umowy ubezpieczenia grupowego, która została zawarta pomiędzy pozwanym Towarzystwem jako ubezpieczycielem a (...) Spółką Akcyjną jako ubezpieczającym. Zdaniem pozwanego powód nie był zatem stroną tej umowy, natomiast był podmiotem, na rzecz którego miało być spełnione oznaczone w umowie świadczenie w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Powód podnosił natomiast zarzut wadliwości konstrukcji umowy, poprzez wskazanie go w umowie jako wyłącznie ubezpieczonego.

Z treści doręczonego powodowi certyfikatu wynika, iż został on objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie.

Kwestię ubezpieczenia na cudzy rachunek reguluje art. 808 k.c. Zgodnie z tym przepisem, ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nawet nie być imiennie wskazany w takiej umowie chyba, że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Zgodnie z § 2 tego przepisu, roszczenie o zapłatę składki, przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Zgodnie z § 3 ubezpieczony jest natomiast uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba, że strony uzgodniły inaczej, jednakże uzgodnienie takie nie może być dokonane, jeżeli wypadek już zaistniał.

W standardowej umowie ubezpieczenia stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający, który jest jednocześnie ubezpieczonym. Art. 808 k.c. reguluje natomiast konstrukcję umowy na cudzy rachunek. Z treści powołanego przepisu wynika, że w umowie tej ubezpieczony zostaje cudzy interes majątkowy lub niemajątkowy, a ochrona ubezpieczeniowa

świadczona jest na rzecz osoby ubezpieczonej. Stronami zawartej umowy są zatem ubezpieczyciel i ubezpieczający, zaś ubezpieczony jest osobą trzecią, na rzecz której ma być spełnione świadczenie.

Zdaniem Sądu Okręgowego nie można jednak uznać, iż obciążenie powoda obowiązkiem zapłaty składki jest sprzeczne z bezwzględnie obowiązującym art. 802 § 2 k.c., co miałoby prowadzić do nieważności umowy z tego powodu. Nawet w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek przepisy art. 808 § 2 i art. 805 § 1 k.c. nie sprzeciwiają się przeniesieniu ciężaru opłacenia składek na ubezpieczonego, niebędącego stroną umowy ubezpieczenia (por. wyrok SN z 12 września 2013 r., sygn. akt IV CSK 91/13). Z art. 808 § 2 k.c. wynika wyłącznie, że swoje roszczenie o zapłatę składki ubezpieczyciel może kierować wyłącznie do ubezpieczającego, a nie ubezpieczonego. Podkreślić należy, że materialnoprawny obowiązek spełnienia świadczenia na rzecz ubezpieczyciela nie może być utożsamiany z kwestią rzeczywistego ponoszenia wydatków związanych z wykonaniem tego zobowiązania. W ramach stosunku, który łączy ubezpieczającego z ubezpieczonym, mogą oni uzgodnić, że ciężar składki ponoszony będzie przez ubezpieczonego. Wewnętrzny stosunek pomiędzy ubezpieczającym, a ubezpieczonym nie przesądza o tym, kto jest dłużnikiem zobowiązany do świadczenia na rzecz ubezpieczyciela.

Zdaniem Sądu Okręgowego przedmiotowa umowa była także nieważna z tego powodu, że treść tej umowy była sprzeczna z właściwością stosunku zobowiązaniowego, jakim jest umowa ubezpieczenia oraz 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 oraz zasadę działania w dobrej wierze.

W odniesieniu do zarzutu przedawnienia podnoszonego przez stronę pozwaną Sąd Okręgowy wskazał, że przedmiotem żądania pozwu nie była odpowiedzialność deliktowa, ale uznanie, że umowa była nieważna. Nieważność następuje z mocy prawa, ex tunc i czynność nią dotknięta jest nieważna od samego początku, zatem termin 3-letni wskazywany przez stronę pozwaną nie miał miejsca w przedmiotowej sprawie. Roszczenie z tytułu nienależnego świadczenia przedawnia się bowiem z upływem 10 lat.

Zdaniem Sądu Okręgowego zarzut braku legitymacji biernej pozwanej w sprawie również był nieuzasadniony. Oświadczenie woli powód miał złożyć pozwanej, a nie (...), to pozwana jest zakładem ubezpieczeń, a powód ubezpieczonym, a roszczenia powoda dotyczą działalności ubezpieczeniowej pozwanej i uzyskania przez nią środków pieniężnych. W konsekwencji pozwana miała legitymację bierną w przedmiotowym postępowaniu.

Wyżej przedstawione okoliczności były wystarczające do rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy, nie było więc potrzeby ustosunkowywania się do pozostałych zarzutów stron.

O odsetkach Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 481 k.c. w zw. z art. 455 k.c. Powód domagał się zasądzenia odsetek od dnia 19 sierpnia 2014 roku, tj. od dnia, w którym pozwana odmówiła wypłaty należnego powodowi świadczenia. Strona pozwana w piśmie z dnia 19 sierpnia 2014 r. odpowiedziała na pismo wyzywające do zwrotu wpłacanych świadczeń, a zatem w tym dniu pozostawała w opóźnieniu. Z tych względów roszczenie o zapłatę ustawowych odsetek od dnia 19 sierpnia 2014 r. do dnia zapłaty, podlegało uwzględnieniu w całości.

O kosztach procesu Sąd orzekł na zasadzie przepisu art. 98 k.p.c. ustalając, że koszty procesu w całości ponosi pozwana i na podstawie art. 108 k.p.c. szczegółowe wyliczenie kosztów pozostawił referendarzowi sądowemu.

Apelację od tego wyroku wniósł pozwany ubezpieczyciel. Pozwany zaskarżył wyrok w całości, zarzucając:

1. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów, polegające na:
  - a) błędnej ocenie dowodu z przesłuchania powoda, polegającej na przyjęciu, że powód nie znał warunków ubezpieczenia, do którego przystąpiła, podczas gdy powyższe jest sprzeczne z modelem racjonalnego konsumenta oraz doświadczeniem życiowym, z którego wynika, iż żaden racjonalny konsument nie podjąłby się wieloletniego



zobowiązania do opłacania składki w znacznej wysokości (ponad 100.000 zł) bez szczegółowego zapoznania się z warunkami ubezpieczenia, a więc w tym zakresie oświadczenia powoda nie były wiarygodne,

b) błędnej ocenie dowodu z certyfikatu, ponieważ nawet w przypadku uznania, że powoda wiąże jedynie treść certyfikatu, to należało ustalić, że w certyfikacie strony uzgodniły wysokość składki oraz w jakie instrumenty finansowe składka pośrednio po alokacji w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy będzie inwestowana, a więc Sąd meriti, zasądając zwrot wzajemnych świadczeń, winien zasądzić zwrot wartości aktywów nabytych za składkę, a nie zwrot składki w jej nominalnej wysokości,

2. naruszenie prawa procesowego, tj. art. 328 § 2 k.p.c. poprzez niewyjaśnienie podstawy prawnej wyroku w sposób pozwalający na merytoryczną kontrolę orzeczenia,

3. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 384 § 1 k.c. w zw. z art. 808 § 4 k.c. poprzez uznanie, iż powód jako ubezpieczony nie jest związany warunkami umowy ubezpieczenia, do której przystąpił, podczas gdy powód nie był stroną umowy (ubezpieczającym), a żaden przepis prawa w dacie przystąpienia powoda do umowy ubezpieczenia nie nakładał obowiązku doręczania warunków ubezpieczenia również ubezpieczonemu, wręcz przeciwnie, zgodnie z art. 808 § 4 k.c. warunki ubezpieczenia doręcza się ubezpieczonemu jedynie na jego wyraźne żądanie,

4. naruszenie prawa materialnego, tj. art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c. poprzez ich niezasadne zastosowanie, podczas gdy przepisy prawa wprost przewidują możliwość zawierania umów ubezpieczenia grupowego, a jak wskazał Sąd I instancji opłacanie składki przez ubezpieczonego w przypadku umowy grupowego ubezpieczenia jest dopuszczalne, a więc brak było przesłanek do uznania umowy grupowego ubezpieczenia za nieważną.

Pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na rzecz pozwanej od powoda kosztów postępowania.

Pozwana zgłosiła też wniosek ewentualny, żądając uchylenia zaskarżonego orzeczenia w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądu I Instancji oraz zasądzenie na rzecz pozwanej od powoda kosztów procesu, w tym postępowania apelacyjnego.

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

Apelacja pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie.

W szczególności nie jest zasadny zarzut naruszenia prawa procesowego, tj. art. 328 § 2 k.p.c., którego to naruszenia pozwany upatruje w niewyjaśnieniu podstawy prawnej wyroku w sposób pozwalający na merytoryczną kontrolę orzeczenia. Uzasadnienie zaskarżonego wyroku wskazuje bowiem ustalenia poczynione przez Sąd Okręgowy, prezentuje również ocenę prawną roszczeń powoda na gruncie poczynionych ustaleń faktycznych. Wbrew twierdzeniom pozwanego możliwym jest jednoznaczne ustalenie, jakie konkretnie powody legły u podstaw stanowiska Sądu Okręgowego o nieważności umowy ubezpieczenia i istnieniu podstaw do domagania się przez powoda zwrotu spełnionego świadczenia.

Pozwany ubezpieczyciel podniósł w ramach zarzutów naruszenia prawa procesowego również zarzuty odnoszące się do przeprowadzonego w sprawie postępowania dowodowego, przy czym nie zakwestionował zakresu postępowania dowodowego, a jedynie ocenę dowodu z przesłuchania powoda. Pozwany wskazał bowiem, że Sąd Okręgowy nie powinien dać wiary twierdzeniom powoda, że nie znał on warunków ubezpieczenia, do którego przystąpił, gdyż są one sprzeczne z modelem racjonalnego konsumenta oraz doświadczeniem życiowym, z którego wynika, iż żaden racjonalny konsument nie podjąłby się wieloletniego zobowiązania do opłacania składki w znacznej wysokości (ponad 100.000 zł) bez szczegółowego zapoznania się z warunkami ubezpieczenia.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego również ten zarzut nie jest zasadny. Samo odwołanie się do doświadczenia życiowego nie jest wystarczające do odmowy wiarygodności dowodu z przesłuchania powoda. Ocenę poszczególnych dowodów,

w tym dowodu z przesłuchania strony, jak wskazuje art. 233 § 1 k.p.c. należy przeprowadzić na podstawie wszechstronnego rozważenia zebranego materiału. Zatem kierując się tymi wskazaniem, zauważyć należy, iż sam pozwany, zobowiązany przez sąd do złożenia dokumentów potwierdzających przystąpienie powoda do ubezpieczenia, takich dokumentów nie złożył. W sytuacji, gdy nawet ubezpieczyciel, któremu powód przekazał przez prawie dwa lata tytułem składek ponad 130 000 zł, nie dysponuje, poza wystawionym przez siebie certyfikatem ubezpieczenia, dokumentami pozwalającymi na ustalenie, jakie były w istocie warunki ubezpieczenia, do którego powód przystąpił i jakich informacji udzielono powodowi przy zawarciu umowy, to w oparciu o zasady doświadczenia życiowego nie można odmówić wiarygodności twierdzeniom powoda, iż nie znał on warunków ubezpieczenia, w szczególności ujętych w o.w.u.

Pozwany w swej apelacji podniósł również zarzuty naruszenia prawa materialnego. Zarzucił naruszenie art. 384 § 1 k.c. w zw. z art. 808 § 4 k.c. poprzez uznanie, iż powód, jako ubezpieczony, nie jest związany warunkami umowy ubezpieczenia, do której przystąpił, podczas gdy powód nie był stroną umowy (ubezpieczającym), a żaden przepis prawa w dacie przystąpienia powoda do umowy ubezpieczenia nie nakładał obowiązku doręczania warunków ubezpieczenia również ubezpieczonemu, wręcz przeciwnie, zgodnie z art. 808 § 4 k.c. warunki ubezpieczenia doręcza się ubezpieczonemu jedynie na jego wyraźne żądanie.

Co do zasady zgodzić się więc należy z Sądem Okręgowym, że jedynym dowodem na zawarcie umowy ubezpieczenia jest przedstawiony przez strony certyfikat, przy czym zauważyć należy, że w sytuacji, gdy certyfikat ten, jak wynika z zeznań samego powoda, został przez niego odebrany, a co więcej, powód uiszczał składki w tym certyfikacie wskazane, to przyjęć należy, że powód godził się co najmniej na takie warunki ubezpieczenia, które wynikają z tego certyfikatu.

Z certyfikatu wynika natomiast, że powód został objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

W istocie osią sporu w niniejszej sprawie są kwestie charakteru umowy ubezpieczenia, zwłaszcza tego czy jest to umowa zawarta na rachunek powoda, i czy powód winien był otrzymać ogólne warunki ubezpieczenia.

Z treści art. 808 § 1 k.c. jednoznacznie wynika dopuszczalność zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. W piśmiennictwie przyjmuje się, że umowa wymieniona w art. 808 § 1 k.c. może być umową ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej sensu stricto albo umową ubezpieczenia na cudzy rachunek. Pierwsza polega na tym, że ubezpieczający ubezpiecza własny interes majątkowy lub własne życie, a jednocześnie wskazuje osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku ubezpieczeniowego, przy czym wskazanie tej osoby nie musi być imienne, lecz takie, że wiadomo o kogo chodzi, a w ubezpieczeniu na życie osobą tą może być nawet okaziciel polisy. Druga natomiast występuje wówczas, gdy ubezpieczający ubezpiecza cudzy interes majątkowy, ale działa przy tym we własnym imieniu, co powoduje, że kto inny jest tu ubezpieczającym, a kto inny osobą, w której interesie majątkowym zawiera się ubezpieczenie. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia.

Z jedynego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, tj. wystawionego przez pozwanego certyfikatu, jednoznacznie wynika, że powód jest jedynie ubezpieczonym, a stroną zawierającą umowę ubezpieczenia z pozwanym ubezpieczycielem, był (...) S.A. Powód swe twierdzenie o tym, że (...) S.A. nie jest stroną ubezpieczającą, wywodzi z faktu, że to on był zobowiązany do uiszczenia składki. W świetle art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Oznacza to, że zobowiązanie do zapłaty składki jest zobowiązaniem ubezpieczającego. Z przepisem tym koreluje regulacja art. 808 § 2 k.c., iż roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Tym niemniej, świadczenie w postaci zapłaty składki jest świadczeniem pieniężnym, co oznacza, że nie musi być spełnione osobiście przez ubezpieczającego. Zatem deklaracja powoda, iż zapłaci składkę, ujęta w certyfikacie, nie oznacza automatycznie, iż (...) nie był stroną ubezpieczającą. Dla oceny jakie były faktyczne relacje pomiędzy stronami, koniecznym byłoby zbadanie w szczególności umów łączących pozwanego ubezpieczyciela z (...) S.A.

Kwalifikacja prawna konkretnej umowy, jako umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, musi bowiem uwzględniać całokształt jej postanowień i rzeczywisty obraz relacji między stronami oraz osobami mającymi uzyskać w ramach tej umowy ochronę ubezpieczeniową, bez względu na stosowane w umowie nazewnictwo, w tym sposób określenia stron. Na obraz ten rzutuje nie tylko ciężar opłacania składki, lecz także kwestia dobrowolności objęcia ubezpieczeniem, obowiązek lojalności wobec ubezpieczonych, który powinien spoczywać na ubezpieczającym, a także obowiązek ubezpieczyciela do zapłaty wynagrodzenia, jeżeli taki obowiązek wynika z umowy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2018 r. II CSK 222/17).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego materiał zgromadzony w niniejszej sprawie nie daje podstaw do poczynienia jednoznacznych ustaleń co do roli (...) przy nawiązaniu umowy, której spór niniejszy dotyczy – czy w istocie podmiot ten jedynie pośredniczył w zawarciu umowy, czy też był ubezpieczającym, zawierającym umowę ubezpieczenia na rzecz powoda, jak twierdzi pozwany. Brak jest w szczególności dowodów pozwalających na ustalenie jakie w istocie były obowiązki (...), wspólnoty interesów tego podmiotu jako ubezpieczającego i grupy ubezpieczonych, na rzecz których powinien działać ubezpieczający, co byłoby właściwe w przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. Nie wiadomo, czy (...) pobierał wynagrodzenie od ubezpieczyciela za pozyskanie klienta. Trzeba jednakże zauważyć, że z zapisów certyfikatu, który został przez powoda odebrany i do czasu zgłoszenia żądania zwrotu wpłaconych składek nie był przez powoda kwestionowany, wynika, że (...) był ubezpieczającym. Powód, dowodów przeciwnych nie przedstawił.

Trzeba przy tym zauważyć, iż nawet gdyby zostało wykazane, że zawarta umowa nie była w istocie umową ubezpieczenia zawartą na rachunek powoda, to fakt ten nie przesądzałby automatycznie o nieważności umowy ubezpieczenia, jako sprzecznej z art. 808 k.c., jak przyjął Sąd Okręgowy. Trzeba byłoby bowiem rozważyć czy zawarta umowa nie była umową zawartą przez powoda jako ubezpieczającego, jedynie korzystając z uproszczonego trybu zawierania umowy uzgodnionego przez (...) i pozwanego ubezpieczyciela w ramach tzw. rozporozszonego stosunku ubezpieczenia, zakładającego istnienie - obok umowy ramowej między ubezpieczycielem a organizatorem grupy ubezpieczonych - indywidualnych umów, zawieranych przez przystąpienie do ubezpieczenia, których treść jest określona ex ante w umowie ramowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 września 2016 r., IV CSK 711/15, niepubl., i wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 8 stycznia 2015 r., I ACa 762/14, niepubl.). W tym aspekcie zarzut naruszenia art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c. uznać można za zasadny.

Kolejną kwestią sporną między stronami była kwestia zakresu obowiązku informacyjnego powoda, jako ubezpieczonego. Pozwany bowiem zarzuca, że żaden przepis prawa w dacie przystąpienia powoda do umowy ubezpieczenia nie nakładał obowiązku doręczania warunków ubezpieczenia również ubezpieczonemu, wręcz przeciwnie, zgodnie z art. 808 § 4 k.c. warunki ubezpieczenia doręcza się ubezpieczonemu jedynie na jego wyraźne żądanie.

W wyżej już wskazanym wyroku z dnia 12 stycznia 2018 r. II CSK 222/17 Sąd Najwyższy wyjaśnił, że przepis art. 808 § 4 k.c. odnosi się do sytuacji, w której umowa została zawarta, i ma umożliwić uzyskanie przez ubezpieczonego informacji pozwalających mu na realizację jego powinności wynikających z umowy w celu uniknięcia ewentualnych zarzutów ze strony ubezpieczyciela. Nie gwarantuje on natomiast realizacji obowiązku informacyjnego na etapie poprzedzającym wyrażenie zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, jeżeli umowa między ubezpieczycielem a ubezpieczającym zawiera klauzulę opt-in. Sytuacja taka, zdaniem Sądu Najwyższego, koliduje z ideą obowiązku informacyjnego, który zakłada konieczność zapewnienia dostępu do informacji w celu umożliwienia racjonalnej decyzji o związaniu się umową, nie zaś dowiedzenia się o jej treści już po jej zawarciu. Rozwiązanie przewidziane w art. 808 § 4 k.c. może być uznane za wystarczające, jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana na rachunek ubezpieczonych, którzy nie mają wpływu na objęcie ich ochroną, względnie nie ponoszą ciężaru składki i nie decydują o kształcie ochrony ubezpieczeniowej. Inna sytuacja występuje wówczas, gdy potencjalny ubezpieczony samodzielnie decyduje o przystąpieniu do ubezpieczenia, zobowiązując się do zapłaty kosztu składki. Dystynkcji tej dał wyraz również prawodawca, wprowadzając art. 19 ustawy z 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przy zachowaniu bez zmian art. 808 § 4 k.c.

Potrzeba zapewnienia potencjalnemu ubezpieczonemu, który samodzielnie decyduje o ubezpieczeniu, ponosząc jego koszt, dostępu do warunków ubezpieczenia przed podjęciem decyzji o skorzystaniu z ochrony ubezpieczeniowej, staje się szczególnie ważką, gdy legitymuje się on statusem konsumenta (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2015 r., III SK 42/14, niepubl. i z dnia 17 grudnia 2015 r., V CSK 234/15, niepubl., a także uzasadnienie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2015 r., III SZP 2/15, OSNP 2017, Nr 1, poz. 11).

Wagę możliwości rzeczywistego zapoznania się przez konsumenta z treścią postanowień umowy akcentuje art. 3853 pkt 3 k.c., w którym uznano, w razie wątpliwości, za niedozwolone, klauzule, które ingerowałyby w swobodę wyrażenia decyzji przez konsumenta, wiążąc go postanowieniami, z którymi nie mógł zapoznać się przed zawarciem umowy. Okoliczność, że konsument musi mieć możliwość realnego (real, tatsächlichen, effectivement) zapoznania się ze wszystkimi postanowieniami umowy przed jej zawarciem wynika również z motywu 20 w związku z art. 3 ust. 3 i w związku z pkt 1 lit. i załącznika do dyrektywy Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz.Urz.UE.L 95, s. 29).

Zwłaszcza w sytuacji, gdy może zachodzić ryzyko powstania konfliktu interesów związanych z łączeniem roli ubezpieczającego i de facto pośrednika ubezpieczeniowego, za właściwą trzeba uznać interpretację, która z wykorzystaniem analogii z art. 384 § 1 i 2 k.c. i odwołaniem się do racji konstytucyjnych (art. 76 Konstytucji RP) pozwala zapewnić ubezpieczonemu konsumentowi - w zakresie zapoznania się z ogólnymi warunkami umowy - ochronę odpowiadającą sytuacji konsumenta zawierającego umowę ubezpieczenia samodzielnie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2015 r., V CSK 234/15, niepubl.). Ze zwiększonym ryzykiem po stronie konsumenta, wynikającym ze sposobu prowadzenia działalności przez zakład ubezpieczeń, powinien korespondować wyższy standard ochrony w zestawieniu z typową umową ubezpieczenia zawieraną na cudzy rachunek. Istotne jest przy tym nie tyle, na kim w rozważanej konfiguracji spoczywa obowiązek doręczenia konsumentowi wzorca, lecz konieczność jego doręczenia, w celu umożliwienia konsumentowi podjęcia decyzji o skorzystaniu z ochrony ubezpieczeniowej przy znajomości jej rzeczywistego zakresu.

Przyjąć zatem należy, że wbrew stanowisku pozwanego prezentowanemu w apelacji, powód, jako konsument, winien mieć zapewnioną możliwość zapoznania się z ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Co więcej, nie można tracić z pola widzenia, na co zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w wyroku z dnia z dnia 17 grudnia 2015 r. V CSK 234/15, iż umowę ubezpieczenia na życie osoby trzeciej można zawrzeć tylko na jej rzecz i za wyrażoną przez nią zgodą. Samo wskazanie ubezpieczonego przez ubezpieczającego nie będącego osobą fizyczną nie jest wystarczające do tego, by ubezpieczony został objęty umową ubezpieczenia. Zgodnie z art. 829 § 2 k.c. dopiero złożenie przez ubezpieczonego oświadczenia woli, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej, rodzi po stronie ubezpieczyciela i ubezpieczonego obowiązki i prawa określone w umowie zawartej przez ubezpieczyciela z ubezpieczającym.

Sąd Najwyższy wskazał, też, że jeżeli wzorzec umowy nie został doręczony, a zawierał essentialia negotii, umowa musi być traktowana jako niezawarta.

Taka sytuacja zachodziła w niniejszej sprawie.

O ile można zgodzić się z pozwanym, że certyfikat ubezpieczenia, będący jedynym dokumentem mającym świadczyć o treści umowy ubezpieczenia, jaką objęty został powód, wskazuje pewne dane co do warunków ubezpieczenia, tj. wskazuje wysokość świadczenia na wypadek zgonu, wysokość świadczenia z tytułu dożycia, zatem elementy umowy ubezpieczenia na życie należałoby uznać na określone, o tyle brak jest podstaw do ustalenia, jak będą rozliczane, a tym samym wypłacane powodowi środki alokowane w ubezpieczeniach funduszu kapitałowym wskazanym w certyfikacie i jakie były zasady tej alokacji środków. Zdaniem Sądu Apelacyjnego gdyby zawierana umowa była li tylko umową ubezpieczenia na życie i dożycie, to co do zasady można byłoby zgodzić się z pozwanym, że essentialia negotii tej umowy w podstawowym zakresie zostały określone. Trzeba jednakże mieć na uwadze, że umowa ta była, jak trafnie przyjął Sąd Okręgowy, umową mieszaną – umową ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W

takim zakresie, w jakim umowa, do której przystąpił powód, przewidywała alokację środków, nie można uznać, by określała ona essentialia negotii tzw. części inwestycyjnej, a więc w tym zakresie jest nieważna. Należy zgodzić się z powodem, że w tym zakresie essentialia negotii nie zostały w sposób dostateczny sprecyzowane. Wskazano jedynie, że środki wpłacone przez powoda będą alokowane w ubezpieczeniach funduszu kapitałowym, ale nie ma w ogóle regulacji na jakich zasadach mogą być alokowane, jaka ich ilość może być alokowana, kiedy mogą być zwrócone i przede wszystkim, na jakiej zasadzie składki wpłacone przez powoda, będą rozliczane i zarazem w części kapitałowej, zwrócone powodowi.

Art. 58 § 3 k.c. stanowi, iż w sytuacji, gdy nieważnością jest dotknięta tylko część czynności prawnej, czynność pozostaje w mocy co do pozostałych części, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność nie zostałaby dokonana. Zdaniem Sądu Apelacyjnego przyjęć należy, iż bez postanowień związanych z elementem inwestycyjnym, umowa nie byłaby zawarta.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny uznał, iż zarzuty apelacji pozwanego nie dają podstaw do zmiany zaskarżonego wyroku, wobec czego apelację pozwanego oddalił w oparciu o art. 385 k.p.c.

W oparciu o art. 98 k.p.c. Sąd Apelacyjny zasądził od Towarzystwa (...) spółki akcyjnej z siedzibą we W. na rzecz R. S. kwotę 3600 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego. Koszty te obejmują wynagrodzenie pełnomocnika powoda ustalone w oparciu o § 2 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U.2015.1804 ze zm.).

Marzanna Góral Beata Kozłowska Roman Dżiczek