Sygn. akt I C 889/16

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 4 listopada 2019 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący: sędzia (del.) Tadeusz Bulanda

Protokolant: Karolina Stańczuk

po rozpoznaniu w dniu 21 października 2019 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa B. H.

przeciwko Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą we W.

o zapłatę

I. Zasądza od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz B. H. kwotę 303 430 zł (trzysta trzy tysiące czterysta trzydzieści złotych) z odsetkami ustawowymi za okres od 5 lutego 2015 r. do 31 grudnia 2015 r. oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 r. do dnia zapłaty;

II. Zasądza od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz B. H. kwotę 29 589 zł (dwadzieścia dziewięć tysięcy pięćset osiemdziesiąt dziewięć złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym 14 400 zł (czternaście tysięcy czterysta złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sygn. akt I C 889/16

UZASADNIENIE

W dniu 25 sierpnia 2016 roku B. H. skierowała przeciwko Towarzystwu (...) spółce akcyjnej z siedzibą we W. pozew o zapłatę kwoty 303 430 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 5 lutego 2015 roku do dnia zapłaty – tytułem zwrotu korzyści majątkowych uzyskanych przez pozwanego bez podstawy prawnej w wykonaniu nieważnej czynności prawnej – nieważnego oświadczenia złożonego przez powódkę pozwanemu o skorzystaniu z zastrzeżenia na jej rzecz ochrony ubezpieczeniowej oraz nieważnej umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) zawartej 22 kwietnia 2009 roku pomiędzy pozwanym a ubezpieczającym (...) Bank S.A. z siedzibą w W..

Na wypadek nieuwzględnienia powyższego roszczenia B. H. wniosła o zasądzenie na jej rzecz od Towarzystwa (...) spółki akcyjnej z siedzibą we W.:

a) kwoty 180 455,39 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 5 lutego 2015 roku do dnia zapłaty tytułem zwrotu opłaty likwidacyjnej, pobranej bez podstawy prawnej, w oparciu o niedozwolone postanowienie umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...),

b) kwoty 13 680 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 5 lutego 2015 roku do dnia zapłaty tytułem zwrotu opłaty administracyjnej, pobranej bez podstawy prawnej, w oparciu o niedozwolone postanowienie umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...).

Ponadto powódka wniosła o zasądzenie od pozwanego na jej rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych (pozew – k. 2-119).

Towarzystwo (...) S.A. we W. wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych w najwyższej dopuszczalnej wysokości. Pozwany podniósł również zarzut przedawnienia roszczeń ewentualnych (odpowiedź na pozew – k. 424-542).

W piśmie procesowym z 28 grudnia 2016 roku powódka podniosła, że jej roszczenia oparte na art. 405 i n. k.c. nie są przedawnione, bowiem podlegają one przedawnieniu na zasadach ogólnych (k. 763-808).

Rzecznik Finansowy wyrażając pogląd w sprawie podniósł, że umowa ubezpieczenia na życie i dożycie zawarta przez powódkę z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest nieważna ze względu:

a) na sprzeczność z właściwością (naturą) stosunku prawnego – ochrona ubezpieczeniowa ma charakter pozorny, gdyż nie spełnia swego podstawowego celu, tj. nie pełni funkcji ochronnej, a nadto istnieje niemożność ustalenia treści świadczenia ubezpieczyciela, jego zweryfikowania w oparciu o danej rynkowe;

b) sprzeczność z zasadami współżycia społecznego – ryzyko operacji finansowych obciąża zawsze osoby ubezpieczone, a ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego i wypłaty sumy ubezpieczeniowej było znikome;

c) nieobjęcie konsensusem minimalnej treści czynności prawnej (k. 1129-1143, 2176-2179v).

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrażając swój pogląd w sprawie podniósł, że deklaracja przystąpienia powódki do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie może zostać uznana za nieważną, bowiem nie określa wysokości sumy ubezpieczenia (art. 829 § 2 k.c.), zaś postanowienia określające wysokość opłaty likwidacyjnych spełniają warunki do uznania ich za klauzule abuzywne w rozumieniu art. 385^1 § 1 k.c. (stanowisko Prezesa UOKiK – k. 1606-1618).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Towarzystwo (...) Spółka Akcyjna z siedzibą we W. jest zarejestrowanie w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem (...) od 9 marca 2001 roku. Przedmiotem działalności tego przedsiębiorcy są: ubezpieczenia osobowe, ubezpieczenia majątkowe, reasekuracja, działalność związana z oceną ryzyka i szacowaniem poniesionych strat, działalność wspomagająca ubezpieczenia i fundusze emerytalne (wydruk informacji odpowiadającej odpisowi aktualnemu z rejestru przedsiębiorców – k. 157-167).

W 2009 roku B. H. otrzymała od Skarbu Państwa ponad 10 mln zł tytułem rekompensaty za należące do jej dziadka tzw. mienie zabużańskie. Postanowiła zainwestować znaczną część tej kwoty i za radą córki udała się w tym celu do placówki (...) Banku S.A. (obecnie (...) Bank S.A.). Pracownik banku, K. M., zapoznała B. H. z zasadami funkcjonowania szeregu produktów inwestycyjnych. B. H. zdecydowała się zainwestować pieniądze w kilka z nich.

W dniu 29 maja 2009 roku B. H. przystąpiła w charakterze ubezpieczonej do «Umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...)Banku SA (...)» zawartej 22 kwietnia 2009 roku pomiędzy (...) Bankiem S.A. z siedzibą w W. jako ubezpieczającym, a Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą we W. jako ubezpieczycielem.

Długość okresu odpowiedzialności miała wynosić 180 miesięcy (od 5 czerwca 2009 roku do 5 czerwca 2024 roku), wysokość składki zainwestowanej określono na 1 068 750 zł, w tym składki pierwszej na 213 750 zł, a kolejnych składek bieżących na 5 605 zł miesięcznie. Objęcie B. H. ochroną ubezpieczeniową potwierdzone zostało certyfikatem nr (...) z 16 czerwca 2009 roku.

Prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia zostały szczegółowo uregulowane w Warunkach Ubezpieczenia „(...)" (o kodzie (...)), których załącznik stanowiła Tabela opłat i limitów składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) oraz w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (o kodzie (...)), które B. H. otrzymała wraz z certyfikatem. Warunki umowy nie były ustalane indywidualnie.

Zgodnie z Rozdziałem 1 Warunków Ubezpieczenia 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. Celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.

Zgodnie z § 3 ust. 1 Regulaminu Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy powstał ze składek pierwszych i składek bieżących, wpłacanych przez ubezpieczonych po pomniejszeniu o opłatę administracyjną. Celem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego jest powiększenie wartości aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego w wyniku wzrostu wartości lokat Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (ust. 2). Ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia wymienionego celu inwestycyjnego (ust. 3).

W regulaminie postanowiono, że Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów Ubezpieczyciela, składającą się z Jednostek Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości (§ 4 ust. 1 i § 7 ust. 1 Regulaminu). Jednostki uczestnictwa funduszu nie przyznają ubezpieczonemu prawa do aktywów ubezpieczyciela (Rozdział 7 Warunków Ubezpieczenia). Wartość początkowa Jednostek Uczestnictwa Funduszu wynosiła 200 złotych i ma ulegać zmianie zgodnie z wartością aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, przypadających na jednostkę uczestnictwa funduszu (§ 7 ust. 4 Regulaminu). Wartość Jednostek Uczestnictwa Funduszu ustalana jest na dzień wyceny i obliczana jako iloraz wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego na dzień wyceny i liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu w dniu wyceny (§ 6 ust. 2 i 3 Regulaminu).

W regulaminie postanowiono nadto, że aktywa netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny. Środki Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego są w 100% lokowane w obligacje wyemitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...) ((...): (...)). Certyfikaty emitowane przez (...) wyceniane są w złotych polskich (§ 4 ust. 2 i ust. 3 Regulaminu). Indeks (...) stworzony przez Bank (...) umożliwia zdywersyfikowaną ekspozycję na rynek akcji europejskich, japońskich i rynków rozwijających się, nieruchomości europejskich, obligacji europejskich i surowców (§ 4 ust. 4 Regulaminu).

Postanowiono, że ubezpieczyciel pobiera opłatę administracyjną, w ramach której pobiera opłatę za ryzyko, oraz opłatę likwidacyjną. Opłata administracyjna naliczana jest procentowo od wartości składki zainwestowanej i pobierana miesięcznie ze składki bieżącej w dniu zapłaty składki bieżącej. Wysokość opłaty administracyjnej wynosi 0,96% w skali roku i naliczana jest od składki zainwestowanej (tj. 1 068 750 zł). Opłata likwidacyjna jest naliczana i pobierana, w przypadku całkowitego wykupu, procentowo od wartości umorzonych Jednostek Uczestnictwa Funduszu z rachunku. Pobieranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej.

Opłata likwidacyjna pobierana jest od wartości rachunku i zależna od czasu odpowiedzialności ubezpieczeniowej. Wskazano, iż w pierwszych trzech latach wynosi 100%. W czwartym roku maleje do 75%, w piątym do 50%, w szóstym do 30%, w siódmym do 20%, w ósmym do 15 %, w dziewiątym do 10%, w dziesiątym do 5%, w jedenastym do 4%, w dwunastym do 3%, w trzynastym do 2%, by w czternastym i piętnastym osiągnąć 1% wartości rachunku (Rozdział 8 ust. 1-4 Warunków Ubezpieczenia, Tabela opłat i limitów składek).

Zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia ubezpieczony zobowiązany jest do zapłaty zadeklarowanych w Deklaracji Przystąpienia składek bieżących oraz składki pierwszej. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczonego kolejnej składki bieżącej w terminie ubezpieczyciel w ciągu 14 dni od terminu, w którym składka bieżąca stała się wymagalna, pisemnie wezwie ubezpieczonego do zapłaty brakujących środków pieniężnych na poczet składki bieżącej w terminie

7 dni od dnia otrzymania wezwania. W przypadku niezapłacenia brakujących środków pieniężnych na poczet składki bieżącej w wyznaczonym w wezwaniu terminie, stosunek ubezpieczenia uważa się za rozwiązany przez ubezpieczonego z dniem upływu dodatkowego terminu płatności wyznaczonego w wezwaniu do zapłaty. W takim przypadku ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania składki pierwszej i składek bieżących) oraz o opłatę likwidacyjną (Rozdział 5 ust. 1, 8 oraz Rozdział 14 ust. 6 Warunków Ubezpieczenia).

W razie zgonu ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub w razie dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu lub uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa (Rozdział 10 ust. 1 Warunków Ubezpieczenia).

Zgodnie z § 4 ust. 5 Regulaminu po zakończeniu okresu odpowiedzialności (180 miesięcy), tj. w przypadku dożycia do końca tego okresu, certyfikaty gwarantują zwrot kwoty odpowiadającej składce zainwestowanej powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę indeksu (...). Po zakończeniu okresu odpowiedzialności wartość rachunku jest obliczana według następującego wzoru:

Składka zainwestowana * (100% + Max [0% : wartość indeksu na zamknięcie dnia 5 czerwca 2024 roku

(tj. 1 068 750 zł) wartość indeksu na zamknięcie dnia 5 czerwca 2009 roku

Zastrzeżono, że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczonego wyniesie 101% wartości rachunku w dacie umorzenia (dacie zgonu), według wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu z daty zgonu (Rozdział 10 ust. 4 i 5 Warunków Ubezpieczenia) (Warunki Ubezpieczenia „(...) kod (...) – k. 169-176 i 1974-1981, Tabela Opłat i Limitów Składek do Umowy Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) – k. 178 i 1982, Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) – k. 180-181 i 2001-2004, Deklaracja Przystąpienia (...) – k. 183-184 i załącznik do deklaracji – k. 185, certyfikat – k. 187, umowa zakupu certyfikatów z 3 czerwca 2009 roku wraz z tłumaczeniem – k. 1709-1726 i 1727-1737, ostateczne warunki emisji certyfikatów z 3 czerwca 2009 roku wraz z tłumaczeniem – k. 1739-1743 i 1744-1749, umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym klientów (...) Banku S.A. (...) – k. 1983-2000,zeznania świadków: P. M. – k. 1159-1165, M. S. - k. 1165-1171, K. M. – k. 1268-1275, dowód z przesłuchania powódki – k. 1275-1282).

W wykonaniu postanowień określonych w Umowie grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) (...) B. H. wpłaciła na rzecz Towarzystwa (...) S.A., w okresie od 5 czerwca 2009 roku do 24 września 2010 roku, składki w łącznej wysokości 303 430 zł. Na tę kwotę złożyły się: składka pierwsza w wysokości 219 355 zł oraz piętnaście składek bieżących po 5 605 zł. Od października 2011 roku B. H. zaprzestała płacenia kolejnych bieżących składek, ponieważ córka poinformowała ją o znacznym obniżeniu wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu (okoliczność bezsporna, a dodatkowo wykaz płatności – k. 190).

W listopadzie 2010 roku Towarzystwo (...) S.A. wezwało B. H. do zapłaty składki bieżącej z tytułu Umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem (...) Banku SA (...) w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania, informując, że upłynął termin zapłaty składki bieżącej z 5 października 2010 roku. Towarzystwo równocześnie poinformowało, iż dalsze nieopłacanie składek bieżących będzie skutkować rozwiązaniem stosunku ubezpieczenia zgodnie z zapisami Warunków Ubezpieczenia (wezwanie – k. 746, koperta – k. 747-748).

W dniu 22 lutego 2011 roku Towarzystwo (...) S.A. umorzyło Jednostki Uczestnictwa Funduszu na rachunku B. H., ustalając, iż ich wartość wynosiła 180 455,39 zł. Równocześnie pobrało 100% wartość rachunku tytułem opłaty likwidacyjnej. Według (...) S.A. ochrona ubezpieczeniowa potwierdzona certyfikatem (...) ustała w dniu 21 lutego 2011 roku. (pismo Towarzystwa (...) S.A. z 28.01.2015 r. – k. 189).

Pismem z 30 grudnia 2014 roku B. H., działając poprzez radcę prawnego, wezwała Towarzystwo (...) S.A. do zwrotu kwoty 309 035 zł wpłaconej na poczet umowy ubezpieczenia grupowego w terminie 30 dni od otrzymania wezwania. Stwierdziła, że umowa ubezpieczenia grupowego została zawarta w celu obejścia bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa oraz wbrew zasadom współżycia społecznego, a zatem jest nieważna. W konsekwencji nienależne są świadczenia spełnione przez nią na rzecz wzywanego (wezwanie – k. 192-193v, pełnomocnictwo – k. 194).

(...) S.A. w piśmie z 4 lutego 2015 roku nie uznało zgłoszonego roszczenia, odpowiadając, iż nie zgadza się z zarzutami dotyczącymi cech produktu. Nie podzieliło opinii, iż produkt został przygotowany nierzetelnie, niezgodnie z przepisami prawa lub z ominięciem przepisów prawa oraz, że jest oparty na konstrukcji fikcyjnego ubezpieczenia (pismo (...) S.A. – k. 195).

Pismem z 5 sierpnia 2015 roku B. H., działając poprzez radcę prawnego, tym razem wezwała Towarzystwo (...) S.A. do zwrotu:

1) kwoty 303 430 zł wpłaconej na poczet ubezpieczenia grupowego,

2) kwoty 180 455,39 zł tytułem opłaty likwidacyjnej pobranej bez podstawy prawnej,

3) kwoty 13 680 zł tytułem opłaty administracyjnej pobranej bez podstawy prawnej,

- zastrzegając, iż spełnienie świadczenia z pkt 1 zaspokaja jego roszczenia względem kwot z pkt 2 i 3 – terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania (wezwanie – k. 196-197, pełnomocnictwo – k. 198, zwrotne potwierdzenie nadania – k. 199).

Na mocy porozumienia z 19 grudnia 2016 roku zawartego pomiędzy Prezesem Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów a Towarzystwem (...) S.A. we W. towarzystwo ubezpieczeń zobowiązało się do znacznego obniżenia opłaty likwidacyjnej należnej towarzystwu w poszczególnych latach ubezpieczenia, w zakresie stosunków ubezpieczenia aktywnych na dzień 1 grudnia 2016 roku. Porozumienie obejmowało Umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) SA (...) (porozumienie z załącznikami – k. 1845-1881).

Sąd ustalił stan faktyczny na podstawie wymienionych wyżej dokumentów, bowiem ich prawdziwość nie była przez strony kwestionowana, a i Sąd nie znalazł podstaw by z urzędu podważać ich moc dowodową.

Sąd uwzględnił zeznania świadków: P. M. (k. 1159-1165), M. S. (k. 1165-1171) i K. M. (k. 1268-1275), ponieważ były spójne i szczere, a także potwierdzone dowodami z dokumentów. Sąd dał w większości wiarę zeznaniom powódki (1275-1282), odmawiając jej jedynie wiary w zakresie twierdzenia, że nie uzyskała informacji o przedmiocie umowy i o związanych z umową ryzykach, oraz nie uzyskała kompletu dokumentów stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia grupowego, ponieważ przeciwne fakty wynikają z dokumentów. W szczególności przeczy zeznaniom powódki treść pisemnej umowy, własnoręcznie przez nią podpisanej, z której wynika, że dokumenty te otrzymała.

Sąd wziął pod uwagę dowód z opinii biegłego sądowego z zakresu aktuariatu W. F. (k. 1363-1404, 1634-1639) w zakresie, w jakim biegły wyjaśnił konstrukcję ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w tym, jakie zagrożenia i korzyści związane są z tego rodzaju produktu finansowego. Opinia biegłego została sporządzona rzetelnie, z wykorzystaniem wszelkich danych dostępnych w aktach sprawy i danych dostępnych publicznie oraz uzyskanych od pozwanego. Do wszystkich danych powódka mogła odnieść się w trakcie procesu. Opinia została poparta rzeczową, logiczną i spójną argumentacją. Zawiera wnioski, które są sformułowane w sposób przystępny i zrozumiały.

Sąd pominął pozostałe dowody z dokumentów lub kopii dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy, nie wskazanych powyżej, jako niemające istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Zasadniczą podstawę prawną żądań powódki stanowią art. 410 k.c. w zw. z art. 405 k.c., zgodnie z którymi przepisy o zwrocie świadczenia nienależnego stosuje się w szczególności do świadczenia nienależnego. Świadczenie jest nienależne, jeżeli ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył, albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia.

Nienależne świadczenie jest szczególnym przypadkiem bezpodstawnego wzbogacenia, gdzie wzbogacenie uzyskiwane jest na drodze świadczenia zubożonego. Przepisy ogólne o bezpodstawnym wzbogaceniu mogą mieć zastosowanie, jedynie gdy przesunięcie majątkowe nie jest efektem świadczenia między stronami lub roszczenie kierowane jest do innego podmiotu niż strona stosunku prawnego. Gdy do wzbogacenia doszło w wyniku świadczenia, przypadek taki musi być analizowany pod kątem nienależnego świadczenia. Oceniając przesłanki roszczenia z nienależnego świadczenia, należy odnieść się do podstawy prawnej i celu samego świadczenia; należy się skupić na podstawie prawnej i celu świadczenia, to bowiem wyznaczy dla zubożonego przesłanki ewentualnego roszczenia restytucyjnego. Zobowiązanym do zwrotu nienależnego świadczenia jest jego bezpośredni odbiorca, zaś uprawnionym spełniający to świadczenie.

Art. 410 § 2 k.c. zawiera zamknięty katalog czterech przypadków (kondykcji) rodzących obowiązek zwrotu nienależnego świadczenia. Jedną z kondykcji jest condictio sine causa, która powstaje w związku z wykonaniem świadczenia ze zobowiązania, które swe źródło miało w nieważnej czynności prawnej (patrz: komentarz do art. 410 k.c. w: E. Gniewek, P. Machnikowski (red.), Kodeks cywilny. Komentarz. Wyd. 9, Warszawa 2019).

Zgodnie z art. 353^1 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 współżycia społecznego. Przekroczenie przez strony zasady swobody umów poprzez naruszenie wyżej wymienionych kryteriów skutkuje nieważnością umowy lub jej części, na podstawie art. 58 k.c., który w § 1 i 2 stanowi, że czynność sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż w miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzą odpowiednie przepisy ustawy. Nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współżycia społecznego.

W ocenie Sądu umowa zawarta przez powódkę w dniu 29 maja 2009 r. jest nieważna, jako sprzeczna z właściwością umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz zasadami współżycia społecznego; umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie, do której przystąpiła powódka nie zawiera w istocie tak cech umowy ubezpieczenia na życie, jak i cech umowy o świadczenie usług inwestycyjnych.

Z przedmiotowej umowy wynika, że jej celem jest z jednej strony ochrona ubezpieczeniowa, z drugiej zaś strony gromadzenie i inwestowanie kapitału poprzez ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, przy czym dominującym jest cel inwestycyjny (patrz: rozdział 2 pkt 2 warunków ubezpieczenia (...) – k. 170), a funkcja ochrona (ubezpieczeniowa) jest w istocie znikoma, skoro z umowy wynika, że w razie ziszczenia się ryzyka dożycia ubezpieczony uzyskuje zwrot zainwestowanej składki powiększonej ewentualnie o zysk wynikający ze zmiany indeksu (przy czym umowa expressis verbis nie gwarantuje wypłaty zysku), zaś w razie śmierci ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie stanowiące 1% wartości rachunku ubezpieczonego w (...). Konkluzję tę potwierdza sam pozwany twierdząc w odpowiedzi na pozew, że « (...) nie było bowiem stricte typową umową ubezpieczeniową a patrząc od strony ekonomicznej produktem inwestycyjnym „opakowanym" w umowę ubezpieczenia dla celów osiągnięcia przez ubezpieczeniowego określonych korzyści» (pkt 1. akapit 1. – k. 453).

W okolicznościach niniejszej sprawy konieczne stało się rozważenie w pierwszej kolejności zgodności przedmiotowej umowy z typem umowy ubezpieczenia, skoro ubezpieczenie na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem

kapitałowym zostało przewidziane jako rodzaj ubezpieczenia na życie w dziale I załącznika ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (tj. Dz.U. z 2015 r. poz. 1206).

Zgodnie z art. 805 k.c. ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela może przyjąć formę umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (art. 805 § 2 pkt 2 k.c.).

Umowa ubezpieczenia została zdefiniowana w art. 805 k.c. przez wskazanie na dwa obowiązki jej stron: ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Kluczowe znaczenie dla zrozumienia istoty umowy ubezpieczenia ma pojęcie „wypadku ubezpieczeniowego", za który należy uznać niezależne od woli ubezpieczającego lub ubezpieczonego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego wystąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową. Umowa ubezpieczenia nie ma charakteru spekulacyjnego, jak gra czy zakład, lecz służy ochronie dóbr lub interesów ubezpieczającego (ubezpieczonego), w razie zajścia określonych, z reguły pejoratywnie ocenianych, zdarzeń.

Przepisy kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia nie regulują ubezpieczeń, w których świadczenia ubezpieczyciela pełnią nie tylko funkcję ochronną, lecz także inwestycyjną lub oszczędnościową, które wyróżnia i reguluje ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r. (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 381, a poprzednio wyróżniała i regulowała ustawa o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (tj. Dz.U. z 2015 r. poz. 1206). Treść takich umów ubezpieczenia wykracza poza definicję zawartą w art. 805 k.c., obejmując również element inwestycyjny lub oszczędnościowy. Chociaż ustawodawca posługuje się w odniesieniu do takich umów podstawową siatką pojęciową właściwą umowom ubezpieczenia i na gruncie przepisów o działalności ubezpieczeniowej są one uznawane za umowy ubezpieczenia, to jednak ustawa nie przesądza ich charakteru prawnego. W orzecznictwie TSUE utrwala się tendencja do kwalifikowania umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jako umów ubezpieczenia, co musi być respektowane przy stosowaniu przepisów krajowych, ale nie przesądza konieczności stosowania do rzeczonych umów wszystkich przepisów kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia (ubezpieczenia osobowego czy ubezpieczenia na życie), także tych, które nie uwzględniają ich szczególnej, złożonej natury. Umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawierająca w mniejszym czy większym stopniu element ubezpieczeniowy, ma charakter mieszany w tym sensie, iż przy wykorzystaniu konstrukcji umowy ubezpieczenia może realizować – także w dominującym stopniu – cel inwestycyjny. Wprawdzie do umów takich należy w zasadzie stosować przepisy kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia (ubezpieczenia osobowego, ubezpieczenia na życie), jednakże – ze względu na ich cel inwestycyjny (zwłaszcza dominujący) – z wyłączeniem albo ograniczeniem zastosowania tych unormowań, które nie przystają do tego inwestycyjnego charakteru (patrz: M. Gutowski (red.), Kodeks cywilny. Tom III. Komentarz. Art. 627–1088. Wyd. 2, Warszawa 2019, a także przywołane tam stanowisko orzecznictwa).

Skoro, jak wynika z przedstawionej wyżej wykładni, przepisy kodeksu cywilnego dotyczące umowy ubezpieczenia mają drugorzędne znaczenie w zakresie regulacji umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, należało skoncentrować się na przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r., która obowiązywała w dacie zawarcia przedmiotowej umowy przez B. H..

Zgodnie z art. 13 ust. 3 tej ustawy w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy (ubezpieczenia na życie), zakład ubezpieczeń był obowiązany do zawarcia w umowie ubezpieczenia:

1) definicji poszczególnych świadczeń;

2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;

3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności sposobu kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziału w zyskach ubezpieczonego, określenia stopy technicznej, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane, określenia kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez zakład ubezpieczeń przy wypłacie świadczeń;

4) opisu tych czynników w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń;

5) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń.

W zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli były związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zakład ubezpieczeń był obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia:

1) wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;

2) zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia;

3) regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne;

4) zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;

5) zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;

6) zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w szczególności w zakresie określonym w pkt 4 i 5, oraz terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu (art. 13 ust. 4).

Aby ocenić zgodność z przytoczonymi przepisami umowy grupowego ubezpieczenia, do którego przystąpiła powódka, wyjaśnić należy następujące kluczowe jej elementy w oparciu o postanowienia warunków ubezpieczenia (...) (k. 169-176), tabelę opłat i limitów składek (k. 178), regulamin (...) (k. 180-181) i deklarację przystąpienia (k. 183-185):

a) Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy – wydzielony fundusz aktywów, utworzony ze składek pierwszych i składek bieżących (pomniejszonych o opłatę administracyjną, wynoszącą 0,96% w skali roku, naliczaną od składki zainwestowanej), inwestowany zgodnie ze strategią inwestycyjną określoną w regulaminie (...), tj. w certyfikaty wyemitowane przez (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...), przy czym ubezpieczyciel nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego (...) w postaci powiększenia wartości aktywów (...)

b) składka zainwestowana – wskazana w deklaracji przystąpienia kwota, która zostanie zainwestowana w (...) w ciągu całego okresu odpowiedzialności,

c) opłata administracyjna – naliczana procentowo, obejmująca także opłatę za ryzyko,

d) jednostki uczestnictwa funduszu ((...)) – część aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, które posiadają jednakową wartość i prezentują prawa majątkowe uczestników (...),

e) wartość aktywów netto – wartość aktywów (...) pomniejszona o zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa (warunki ubezpieczenia – k. 169-170), aktywa netto są wyceniane wg wartości rynkowej (regulamin (...) – k. 180),

f) wartość jednostki uczestnictwa funduszu – iloraz wartości aktywów netto i liczby wszystkich (...)

g) wartość rachunku – iloczyn liczby (...) na wyodrębnionym rachunku ubezpieczonego i wartości (...)

h) świadczenie ubezpieczeniowe – świadczenie pieniężne wypłacane:

a) ubezpieczonemu – w razie dożycia do końca okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynoszące 100% wartości rachunku w dacie umorzenia (dacie zamiany jednostek (...) na środki pieniężne), ustalonej zgodnie z § 4 ust. 5 regulaminu (...), co oznacza, że certyfikaty gwarantują zwrot kwoty odpowiadającej składce zainwestowanej powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę indeksu (...),

b) uprawnionemu – w razie śmierci ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności, wynoszące 101% wartości rachunku w dacie umorzenia, z zastrzeżeniem wyjątków z rozdziału 9 warunków umorzenia.

Biorąc pod uwagę przytoczone przepisy i istotne elementy umowy, do której przystąpiła B. H. stwierdzić należało po pierwsze, że umowa ta, choć nazwana umową ubezpieczenia na życie, nie zawiera ekonomicznie odczuwalnego elementu ochronnego.

Jak to zostało wcześniej wyjaśnione, w umowie ubezpieczenia zdefiniowanej w art. 805 k.c. kluczowe znaczenie ma pojęcie „wypadku ubezpieczeniowego", za który należy uznać niezależne od woli ubezpieczającego lub ubezpieczonego zdarzenie przyszłe i niepewne, którego wystąpienie powoduje uszczerbek w dobrach osobistych lub w dobrach majątkowych albo zwiększenie potrzeb majątkowych po stronie ubezpieczającego lub innej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową. Umowa ubezpieczenia nie ma charakteru spekulacyjnego, jak gra czy zakład, lecz służy ochronie dóbr lub interesów ubezpieczającego (ubezpieczonego), w razie zajścia określonych, z reguły pejoratywnie ocenianych, zdarzeń (patrz: komentarz do art. 805 k.c. w: M. Gutowski (red.), Kodeks cywilny. Tom III. Komentarz. Art. 627–1088. Wyd. 2, Warszawa 2019).

Umowa zawarta przez B. H. nie kreuje realnego zabezpieczenia dla ubezpieczonej lub uprawnionej w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego. Uiszczanie przez powódkę składki ubezpieczeniowej nie gwarantowało, że w razie ziszczenia się ryzyka jej śmierci w czasie okresu odpowiedzialności, uprawniona A. K. byłaby beneficjentem jakiegokolwiek dodatkowego, odczuwalnego ekonomicznie świadczenia wypłacanego przez zakład ubezpieczeń, skoro świadczenie to w tym wypadku odpowiadałoby jedynie 101% wartości rachunku ubezpieczonej w (...). Zakład ubezpieczeń obowiązany byłby zatem do spełnienia świadczenia polegającego na zwrocie sumy zaoszczędzonej przez ubezpieczoną, powiększonej o 1% wartości rachunku. Biorąc przy tym pod uwagę fakt, że zgodnie z umową wartość rachunku nie jest tożsama z nominalną sumą oszczędności zgromadzonych przez ubezpieczoną, lecz stanowi iloczyn liczby (...) i aktualnej wyceny (...), to mogłoby się okazać, tak jak to miało miejsce w niniejszej sprawie, że wartość rachunku powódki byłaby wyceniona w dacie relewantnej dla wypłaty świadczenia o kilkadziesiąt procent poniżej nominalnej sumy uiszczonych składek. Przy takiej konstrukcji umowy ubezpieczenia, jej ekonomiczna opłacalność byłaby niższa niż innych form nie ubezpieczeniowego zabezpieczenia przyszłych potrzeb posiadacza środków pieniężnych lub wybranej przez niego osoby trzeciej, np. złożenia środków na oprocentowanej lokacie bankowej i poczynienia stosownej dyspozycji zleconej bankowi lub w testamencie, aby określona osoba otrzymała zgromadzone środki na wypadek śmierci posiadacza rachunku.

Zważyć przy tym należy, że skoro na wypadek śmierci powódki odpowiedzialność pozwanego sprowadzałaby się jedynie do wypłaty świadczenia odpowiadającego wartości rachunku w (...) powiększonego o 1%, to wysokość tego dodatkowego świadczenia byłaby jaskrawo nieadekwatna do wartości dobra objętego ubezpieczeniem, czyli życia ubezpieczonej. W aspekcie gospodarczym, w tej sytuacji to nie zakład ubezpieczeń ponosi ekonomicznej skutki ziszczenia się ryzyka ubezpieczeniowego, lecz ponosi je ubezpieczony, który z momentem uiszczenia składki i nabycia za nią (...) traci kontrolę nad sposobem zarządzania i inwestowania środków pieniężnych uiszczonych na pokrycie składki, nie uzyskując w zamian za to gwarancji wypłaty na rzecz uprawnionego świadczenia adekwatnego do wagi przedmiotu ubezpieczenia.

Przedmiotowa umowa jako umowa ubezpieczenia nie tylko nie spełnia funkcji ochronnej właściwej umowom ubezpieczenia, lecz także funkcji inwestycyjnej, co bezspornie miało stanowić jej dominujący cel. Jak bowiem wynika z przedstawionych wyżej kluczowych założeń tej umowy, a w szczególności z § 3 ust. 3 regulaminu (...) (k. 180) w razie ziszczenia się wypadku ubezpieczeniowego w postaci dożycia ubezpieczonej do końca okresu odpowiedzialności zakład ubezpieczeń nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego w postaci wzrostu wartości lokat (...). Przewidziana w umowie gwarancja stanowi, że w razie ziszczenia się tego zdarzenia ubezpieczeniowego, nabyte przez (...) certyfikaty gwarantują zwrot 100% składki zainwestowanej, zaś nie gwarantują powiększenia zainwestowanej sumy o wartość określoną wprost lub pośrednio. Skoro także w dominującym, inwestycyjnym obszarze umowy zakład ubezpieczeń nie ponosi ryzyka osiągnięcia celu inwestycyjnego, to okazuje się, że zawarta przez powódkę umowa, zatytułowana umową „ubezpieczenia", nie daje ubezpieczonej realnej ekonomicznie gwarancji osiągnięcia celu inwestycyjnego. Zważyć przy tym trzeba, że skoro w przedmiotowej umowie z jednej strony ustalono 15-letni okres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, zaś z drugiej zakład ubezpieczeń nie zabezpiecza osiągnięcia zysku po upływie okresu odpowiedzialności, lecz jedynie zobowiązuje się do zwrotu zainwestowanej składki w jej wartości nominalnej w oparciu o gwarancję emitenta certyfikatu, to biorąc pod uwagę ryzyko deprecjacji wartości pieniądza na skutek inflacji, umowa może przynieść skutek odwrotny do zamierzonego.

Pozostając przy rozważaniach na temat ekonomicznych konsekwencji umowy podkreślić trzeba, że przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie z (...) skutkowała nie tylko utratą przez ubezpieczoną po wpłaceniu składki pierwszej i w trakcie uiszczania składek bieżących wpływu na sposób inwestowania środków pieniężnych powierzonych zakładowi ubezpieczeń, lecz także pozbawiła ją możliwości swobodnego wycofania środków kwocie co najmniej nominalnej w trakcie długoletniego okresu ubezpieczenia ze względu na zaporowe stawki opłaty likwidacyjnej, która w 3 pierwszych latach miała wynieść 100% wartości rachunku, w 4. roku 75%, zaś w 5. roku 50% rachunku.

Przypomnieć trzeba, że z art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 22 maja 2003 r. wynika, że zakład ubezpieczeń oferujący ubezpieczenie na życie z (...) zobowiązany jest do przedstawienia regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne. Oznacza to, że na zakład ubezpieczeń został nałożony obowiązek udzielenia potencjalnemu ubezpieczonemu, a ze względu na dominujących cel w istocie inwestorowi, stosownych informacji o tym, w jaki sposób zostaną zainwestowane środki wpłacone tytułem składki, co pozwoliłoby przyszłemu ubezpieczonemu-inwestorowi na ocenę potencjału inwestycyjnego ubezpieczenia tego rodzaju.

Z § 4 ust. 2, 3 i 4 regulaminu (...) wynika, że środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego mają być lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...) ((...): (...)). Certyfikaty emitowane przez (...) wyceniane są w złotych polskich, zaś indeks stworzony przez Bank (...) umożliwia zdywersyfikowaną ekspozycję na rynek akcji europejskich, japońskich i rynków rozwijających się, nieruchomości europejskich, obligacji europejskich i surowców.

Ze złożonej przez pozwanego „ Analizy ekonomicznej produktu ubezpieczeń na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) i(...) oferowanym przez TU(...) S.A." autorstwa prof. dr hab. W. C., dr A. J. i dr E. P. wynika, że informacje podawane przez TU(...) (...) nie zawierają informacji, które dla osób znających temat inwestycji są oczywiste, a osobom nie znającym się na inwestycjach (w tym na inwestycjach strukturyzowanych) nie przydają wiedzy w tym zakresie. Wpisy te nie dodają wiedzy ani informacji, ponieważ, zdaniem autorek opracowania, są to normalne przesłanki zachowania inwestora w doborze aktywów do ulokowania kapitału. Dla przykładu wymieniły one kilka takich przesłanek wybranych z ofert produktów strukturyzowanych oferowanych na rynku podawanych jako te, którymi kierowano się w doborze aktywów:

1) oceną sytuacji makroekonomicznej kraju;

2) oceną możliwości wzrostu ceny papieru wartościowego;

3) oceną ryzyka niewypłacalności emitenta dłużnego papieru wartościowego lub instrumentu rynku pieniężnego;

4) oceną ryzyka płynności papierów wartościowych;

5) oceną potencjalnej zmiany wyceny instrumentu finansowego;

6) sygnałami analizy technicznej;

7) sytuacją na rynku towarowym, ze szczególnym uwzględnieniem potencjalnego popytu i podaży, w tym: sytuacji pogodowej, klęsk żywiołowych etc.

8) zgodnością ze strategią inwestycyjną i celem inwestycyjnym Funduszu;

9) dostępnością danego instrumentu finansowego;

10) analizą sytuacji finansowej emitenta instrumentów finansowych (k. 580-581).

Regulamin (...) nie zawiera opisu przesłanek, którymi kierowano się przy wyborze aktywu inwestycyjnego w postaci certyfikatów wyemitowanych przez (...) oraz wyznacznika potencjalnego zysku w postaci indeksu (...). Regulamin nie wyjaśnia konstrukcji i metodologii wyceniania tego indeksu, przy czym, co wynika ze wskazanej wyżej analizy (k. 569), szczegółowa metodologia dotycząca indeksu jest poufna i stanowi know-how (...).(...)., opiera się na założeniach, modelach cenowych i szczegółowych metodach obliczania, zaś publikowanie nawet bardzo szczegółowych danych dotyczących składowych indeksu bez dokładnej znajomości algorytmów nie pozwalałoby inwestorom na samodzielne obliczenie wartości indeksu. Nadto ograniczenia te uniemożliwiają stworzenie kalkulatora dostępnego dla klientów (analiza – k. 569).

Podsumowując stwierdzić należy, że przedmiotowa umowa, choć nosząca nazwę umowy ubezpieczenia, nie tylko nie zawiera realnego elementu ochronnego, ale też nie zawiera gwarancji osiągnięcia celu inwestycyjnego. Umowa przy tym nie konkretyzuje wysokości świadczenia należnego na wypadek ziszczenia się ryzyka śmierci ubezpieczonego.

W ocenie Sądu umowę zawartą przez B. H. należy uznać także za sprzeczną z zasadami współżycia społecznego. W kontekście stosunków prawnych łączących zakład ubezpieczeń z jego kontrahentem ramach ubezpieczenia o charakterze inwestycyjnym przyjąć trzeba, że zasady współżycia społecznego wymagają od stron tych stosunków uczciwości oraz lojalności. Warunki umowy grupowego ubezpieczenia, do której przystąpiła powódka nie respektują tych zasad.

Postanowienia umowy są nieuczciwe, bowiem kreują ekonomiczną pułapkę zastawioną na ubezpieczoną-inwestora, która powierza własne środki pieniężne innemu podmiotowi w celu ich zainwestowania, nie mając wpływu na sposób inwestowania tych środków, nie uzyskując gwarancji osiągnięcia zysku, a w razie powzięcia w trakcie okresu odpowiedzialności wątpliwości co do opłacalności inwestycji, pozbawiona jest realnej możliwości wycofania zainwestowanych środków, skoro stoją temu na przeszkodzie przez kilka pierwszych lat opłaty likwidacyjne pochłaniające całość lub znaczną część zgromadzonych środków.

Okoliczności faktyczne sprawy wskazują na to, że powódka będąca konsumentką, nie posiadającą doświadczenia w zakresie prowadzenia inwestycji finansowych i oceny ryzyka ich powodzenia, została nakłoniona obietnicą korzyści finansowych przez jeden profesjonalny podmiot (ubezpieczający bank) do powierzenia swoich znacznych oszczędności drugiemu profesjonaliście (zakładowi ubezpieczeń) w ramach umowy zawierającej w tytule słowo ubezpieczenie, bez gwarancji osiągnięcia zysku i bez możliwości swobodnego wycofania zainwestowanych oszczędności w okresie odpowiedzialności.

W przedmiotowej umowie razi asymetria korzyści zastrzeżonych na rzecz stron umowy grupowego ubezpieczenia. W ramach tej umowy, na rzecz (...) Bank S.A. zastrzeżono wynagrodzenie za pozyskanie ubezpieczonych tworzących grupę (ok. 128 000 zł – k. 1371), dla zakładu ubezpieczeń zostało zagwarantowane uzyskiwanie

stałego przychodu w postaci opłaty administracyjnej, na poziomie ok. 10 000 złotych w skali roku i ok. 150 000 zł w całym okresie odpowiedzialności (patrz: opinia biegłego – k. 1381-1382), natomiast na rzecz powódki nie zastrzeżono jakiegokolwiek pewnego zysku po zakończeniu okresu odpowiedzialności, zaś dla uprawnionej zapewniono świadczenie ubezpieczeniowe w znikomej wysokości odpowiadającej 1% wartości rachunku ubezpieczonej, nieadekwatnej do przedmiotu ubezpieczenia (życie ubezpieczonej).

Razi też asymetria rozkładu kosztów i ryzyka gospodarczego. Umowa ta z jednej strony nie obciąża zakładu ubezpieczeń znaczącym ekonomicznie kosztem ryzyka wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonej (1% wartości rachunku ubezpieczonej), ryzykiem zwrotu składki zainwestowanej w nominalnej wysokości zostało bowiem przeniesione na emitenta certyfikatów, a z drugiej obciąża powódkę kosztem ryzyka, że jej oszczędności w kwocie ponad 1 mln złotych nie przyniosą jakiegokolwiek zysku w ciągu 15 lat okresu odpowiedzialności.

Biorąc powyższe pod uwagę Sąd doszedł do przekonania, że umowa, do której przystąpiła powódka jest nieważna jako sprzeczna z przepisami określającymi naturę ubezpieczenia na życie z (...), a także jako sprzeczna z zasadami współżycia społecznego – zasadami uczciwości i lojalności kontrahentów stosunku prawnego.

Bezspornie, powódka wpłaciła na rzecz pozwanego z tytułu umowy ubezpieczenia łącznie 303 430 zł, w tym składkę pierwszą w wysokości 219 355 zł oraz piętnaście składek bieżących po 5 605 zł. Skoro świadczenie to zostało spełnione w wykonaniu nieważnej czynności prawnej, a więc zaistniała przewidziana w art. 410 § 1 k.c. kondykcja sine causa, pozwany obowiązany jest zwrócić powódce całość nienależnego świadczenia.

O obowiązku zapłaty odsetek Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. Powódka wezwała pozwanego do zapłaty w piśmie z dnia 30 grudnia 2014 roku, w którym wyznaczyła pozwanemu termin zapłaty wynoszący 30 dni. Pozwany nie kwestionował daty otrzymania pisma i udzielił na nie odmownej odpowiedzi w dniu 4 lutego 2016 roku. W tej sytuacji pozwany z pewnością pozostawał w opóźnieniu od dnia następnego po dacie tego pisma. Należało uwzględnić zmianę przepisów, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. na podstawie ustawy z 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o terminach zapłaty w transakcjach handlowych, ustawy – Kodeks cywilny oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015 r., poz. 1830), na mocy której w treści art. 481 § 2 k.c. dotychczasowe pojęcie odsetek ustawowych zostało zastąpione pojęciem odsetek ustawowych za opóźnienie, zaś na mocy art. 56 ustawy nowelizującej, do odsetek należnych za okres kończący się przed dniem jej wejścia w życie stosuje się przepisy dotychczasowe (za okres do 31 grudnia 2015 roku należą się odsetki ustawowe, a za okres od 1 stycznia 2016 roku odsetki ustawowe za opóźnienie).

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. zasądzając od pozwanego na rzecz powódki, która wygrała proces, zwrot poniesionych kosztów procesu, w tym opłaty od pozwu w wysokości 15 172 zł, wynagrodzenia pełnomocnika w wysokości 14 400 zł oraz opłaty skarbowej od dokumentu pełnomocnictwa w kwocie 17 zł (łącznie 29 589 zł).