

**Sygn. akt I C 1685/19**

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 grudnia 2020 roku

**Sąd Okręgowy w Warszawie, I Wydział Cywilny** w składzie:

**Przewodniczący: sędzia (del.) Ewa Wiśniewska-Wiecha**

**Protokolant: st. sekr. sąd. Paulina Bondel**

po rozpoznaniu w dniu 9 grudnia 2020 roku w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa **K. P.**

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

#### **o zapłatę**

- zasądza od (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz K. P. kwotę 95.187,80 zł (dziewięćdziesiąt pięć tysięcy sto osiemdziesiąt siedem złotych i 80/100) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 22 listopada 2018 roku do dnia zapłaty;
- oddala powództwo w pozostałym zakresie;
- zasądza od (...) S.A. z siedzibą we W. na rzecz K. P. kwotę 10.177,00 zł (dziesięć tysięcy sto siedemdziesiąt siedem złotych) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego od dnia uprawomocnienia się niniejszego wyroku do dnia zapłaty – tytułem zwrotu kosztów procesu.

**Sygn. akt I C 1685/19**

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 19 grudnia 2019 roku K. P. domagała się zasądzenia od pozwanego (...) S.A. z siedzibą we W. kwoty 95.187,80 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od dnia 20 listopada 2018 roku do dnia zapłaty. Ponadto powódka wniosła o zasądzenie od pozwanego na jej rzecz zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Uzasadniając żądanie pozwu powódka wskazała, że działając jako konsument podpisała deklarację przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...). Pozwany występował w tej umowie, jako ubezpieczyciel, zaś podmiot (...) S.A. jako ubezpieczający. Powódka wskazała, że nie była stroną umowy, którą formalnie zawarto na jej rzecz przez dwa podmioty profesjonalne, miała bowiem występować w charakterze ubezpieczonego. Powódka została objęta ww. ubezpieczeniem od dnia 13 stycznia 2010 roku, co zostało potwierdzone przez pozwanego stosownym certyfikatem. Ochrona ubezpieczeniowa miała trwać 15 lat. W związku z powyższym powódka zobowiązała się do zapłaty na rachunek pozwanego tzw. Składki Pierwszej, w kwocie 51.750,00 zł oraz tzw. Składek Bieżących, płatnych miesięcznie w kwocie 1.426,00 zł. (...) S.A. (formalnie ubezpieczający) nie ponosił zaś żadnych ciężarów związanych z finansowaniem składek, przy czym otrzymał jednocześnie gratyfikację finansową za pośrednictwo w zawarciu umowy.

Strona powodowa podniosła następnie, że na podstawie zawartej umowy pozwany zakład ubezpieczeń objął powódkę ochroną ubezpieczeniową i zobowiązał się do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zgonu powódki

lub dożycia przez nią do końca okresu odpowiedzialności. W ocenie powódki rzeczywista wysokość tych świadczeń nie została sprecyzowana. Przystąpienie do ochrony ubezpieczeniowej wiązało się nadto z możliwością inwestowania w wydzielony na jej potrzeby fundusz kapitałowy. Zgodnie zaś z zapisami Regulaminu ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy powstawał z wpłacanych składek – pierwszej i bieżących, pomniejszych o opłatę za zarządzanie (opłatę administracyjną). Z kolei po upływie 15 lat trwania umowy powódka miała otrzymać świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu dożycia w wysokości wartości rachunku w dacie umorzenia. Wartość ta była iloczynem wartości jednostki uczestnictwa i liczby jednostek nabytych przez ubezpieczonego. Wartość rachunku miała zostać określona na podstawie Regulaminu, zgodnie z którym wartość rachunku miała wówczas zostać obliczona na podstawie wartości obligacji, przy czym powinna ona wynieść nie mniej niż kwotę odpowiadającą Składce Zainwestowanej i mogła zostać powiększona i ewentualną dodatnią zmianę indeksu (...). Powódka wskazała przy tym, że jednocześnie nieznana była jednak wartość obligacji na dzień zakończenia umowy, jak i zgodnie z § 3 ust. 3 ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu ochrony Składki Zainwestowanej. Tym samym, zdaniem strony powodowej, wartość świadczenia z tytułu dożycia była nieznana. W umowie nie został zatem ustalony obiektywny sposób określania wartości nominalnej obligacji, stanowiący podstawowy parametr określający z kolei wysokość świadczenia ubezpieczyciela.

Mając na uwadze powyższe w ocenie powódki omawiana umowa powinna zostać uznana za nieważną, albowiem poszczególne jej postanowienia stoją w sprzeczności z przepisami Tytułu XXVII Kodeksu cywilnego, co czyni je nieważnymi na mocy art. 807 § 1 k.c. Nie można bowiem zdaniem strony powodowej mówić o istnieniu umowy ubezpieczenia, w sytuacji, w której wypłata na skutek określonych w umowie zdarzeń jest finansowana tylko ze środków pochodzących ze składek ubezpieczonego, na którego rzecz następuje ta wypłata, a ubezpieczyciel nie gwarantuje ze swojej strony wypłaty jakiegokolwiek świadczenia lub wysokość świadczeń gwarantowanych ma charakter pozorny. Analiza postanowień przedmiotowej umowy prowadzi do wniosku, że każda z ubezpieczonych na jej podstawie osób jest indywidualnie rozliczana z ubezpieczycielem, z pominięciem innych osób ubezpieczonych. Przysługujące jej na podstawie umowy świadczenia są bowiem w całości finansowane ze środków uiszczonych przez tego ubezpieczonego tytułem składki (pozew – k. 3-13).

W odpowiedzi na pozew pozwane Towarzystwo wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powódki na rzecz pozwanego kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł. Argumentując swoje stanowisko pozwany przyznał, że: 1) powódka przystąpiła do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym P. I. oraz że została objęta ochroną ubezpieczeniową na podstawie ww. umowy grupowego ubezpieczenia, jako Ubezpieczony. Wzajemne zobowiązania stron określały: Warunki ubezpieczenia P. I., Regulamin UFK, Tabela opłat i limitów; 2) umowa była wykonywana w sposób, jaki wynika z treści dokumentów Warunków ubezpieczenia, Regulaminu UFK oraz historii rachunku powódki dołączonych do pozwu; 3) w procesie przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia brał udział pracownik (...) S.A. Jednocześnie pozwany zaprzeczył: 1) że powódce przysługuje legitymacja procesowa do żądania unieważnienia umowy, ponieważ powódka nie jest stroną umowy, z której wywodzi swoje roszczenie, lecz posiada wyłącznie status ubezpieczonego w ramach przedmiotowej umowy, a umowa grupowa do której przystąpiła powódka dotyczy również praw i obowiązków osób trzecich (ubezpieczającego oraz ubezpieczonych i uposażonych); 2) że powódka nie otrzymała przed przystąpieniem do umowy Warunków Ubezpieczenia, Regulaminu UFK oraz Tabeli Opłat i limitów składek; 3) jakoby umowa przewidywała istnienie ochrony 100% wpłaconych przez powódkę środków, albowiem ochroną objęta była jedynie tzw. Składka Zainwestowana; 4) jakoby posiadał jakąkolwiek dowolność w wycenie wartości jednostki z tego względu, iż kwestie te są uregulowane właściwymi przepisami prawa; 5) jakoby umowa była sprzeczna z jakimkolwiek przepisem prawa, jak i zasadami współżycia społecznego (odpowiedź na pozew – k. 111-123).

Do dnia zamknięcia rozprawy strony podtrzymały dotychczasowe stanowiska w sprawie (protokół rozprawy z dnia 9 grudnia 2020 roku – k. 213-216).

**Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:**

(...) Spółka Akcyjna z siedzibą we W. jest zarejestrowana w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem (...) od dnia 20 lutego 2002 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. 30-35).

W 2009 roku K. P. udała się do (...) S.A. celem uzyskania porady, w zakresie zakupów inwestycyjnych oraz powzięcia kredytu na zakup mieszkania. (...) S.A. A. S. poinformował powódkę, że jedynie (...) Bank S.A. może zawrzeć z powódką tego rodzaju umowę, jednakże warunek konieczny uzyskania kredytu stanowiło przystąpienie do ubezpieczenia (...). (...) S.A. zapewnił powódkę o korzystnym charakterze planowanej inwestycji. K. P. nie została poinformowana o ryzyku inwestycyjnym, jak również o skutkach wcześniejszego rozwiązania umowy, zdecydowała się zaś na jej zawarcie opierając się na zaufaniu do instytucji finansowej oraz kultury osobistej pracownika (...) S.A. W chwili zawarcia umowy powódka nie prowadziła działalności gospodarczej, uzyskiwała dochód z prowadzonej działalności rolniczej.

W konsekwencji powyższego K. P. przystąpiła w charakterze ubezpieczonej do „Umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem (...) SA (...) zawartej dnia 24 września 2009 roku pomiędzy (...) SA z siedzibą we W. (ubezpieczycielem) (...) Bankiem S.A. z siedzibą w W. (ubezpieczającym).

Długość okresu odpowiedzialności miała wynosić 180 miesięcy (od 13 stycznia 2010 roku do 13 stycznia 2025 roku), wysokość składki zainwestowanej określono na kwotę 258.750,00 zł, w tym składki pierwszej na 51.750,00 zł, a kolejnych składek bieżących na 1.426,00 zł miesięcznie. Objęcie K. P. ochroną ubezpieczeniową potwierdzone zostało certyfikatem nr (...) z dnia 18 stycznia 2010 roku.

Prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia zostały szczegółowo uregulowane w Warunkach Ubezpieczenia (...) (kod: (...)), 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 K. P. otrzymała wraz z certyfikatem. Warunki umowy nie były ustalane indywidualnie.

Zgodnie z Rozdziałem 2 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. 3 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. 1 i 2 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 (...) S.A. z których wypłata oparta jest na indeksie (...). Certyfikaty emitowane przez (...) S.A. wyceniane są w złotych polskich (§ 4 ust. 2 i ust. 3 Regulaminu). Indeks (...) stworzony przez Bank (...) umożliwia zdywersyfikowaną ekspozycję na rynek akcji europejskich, amerykańskich, 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. Wysokości ww. opłat określa „Tabela Opłat i Limitów Składek”. Opłata administracyjna naliczana jest procentowo zgodnie z ww. Tabelą od wartości składki zainwestowanej i pobierana miesięcznie ze składki bieżącej w dniu zapłaty składki bieżącej. Wysokość opłaty administracyjnej wynosi w skali roku 1,28% wartości składki zainwestowanej. 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 jest 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

wartość indeksu na zamknięcie dnia 5 czerwca 2009 roku

Zastrzeżono, że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczonego oblicza się zgodnie z niniejszym wzorem: 1% \* składka zainwestowana + 100% wartości Rachunku w dacie umorzenia (dacie zgonu) + wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do Ubezpieczyciela „Wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego” - według wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu z daty zgonu (Rozdział 10 ust. 4 i 5 Warunków Ubezpieczenia) (Warunki Ubezpieczenia (...))

kod:(...) – k. 21-22; Tabela Opłat i Limitów Składek do Umowy Ubezpieczenia na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym(...) – k. 23; Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) – k. 24; certyfikat wraz z historią rachunku oraz rozliczeniem całkowitego wykupu – k. 18/20; dowód z przesłuchania powódki K. P. – k. 215-216).

W wykonaniu postanowień określonych w umowie K. P. wpłaciła na rzecz pozwanego, w okresie od 13 stycznia 2010 roku do 2 stycznia 2013 roku, składki w łącznej wysokości 103.086,00 zł. Na tę kwotę złożyły się: Składka Pierwsza w wysokości 53.176,00 zł oraz trzydzieści pięć Składek Bieżących po 1.426,00 zł. W dniu 25 czerwca 2013 roku pozwane Towarzystwo umorzyło Jednostki Uczestnictwa Funduszu na rachunku powódki, ustalając, że ich wartość wynosiła 31.592,81 zł. Równocześnie pobrano 100% wartość rachunku tytułem opłaty likwidacyjnej (tj. kwotę 23.694,61 zł), w rezultacie czego powódka otrzymała od pozwanego kwotę 7.898,20 zł (historia rachunku – k. 20).

Pismem z dnia 5 listopada 2018 roku powódka, działając poprzez radcę prawnego, skierowała do pozwanego oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu, na podstawie którego powódka wyraziła zgodę na objęcie jej grupowym ubezpieczeniem na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...). W związku z powyższym powódka wezwała pozwanego do zapłaty na jej rzecz kwoty 95.187,80 zł, stanowiącej równowartość różnicy sumy składek wpłaconych przez powódkę na poczet ww. ubezpieczenia oraz kwoty wypłaconej jej po formalnym rozwiązaniu stosunku ubezpieczenia – w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania. Jednocześnie powódka wskazała, że jest zainteresowana polubownym rozwiązaniem sporu związanego z powyżej wskazanym roszczeniem (pismo powódki z dnia 5 listopada 2018 roku – k. 25-26).

W odpowiedzi na pismo powódki z dnia 5 listopada 2018 roku pozwany wskazał, że otrzymał przedmiotowe pismo w dniu 14 listopada 2018 roku oraz poinformował powódkę, że kwestie zarzutów dotyczących obszaru dystrybucji produktów ubezpieczeniowych przygotowanych przez pozwane Towarzystwo rozstrzygane są przez podmiot, który oferował ubezpieczenie ( (...) S.A.). Pozwany zwrócił się do ubezpieczającego, który poinformował go, iż jego zdaniem w procesie pośrednictwa nie doszło do nieprawidłowości i tym samym zarzuty przedstawione przez powódkę w piśmie z dnia 5 listopada 2018 roku są niezasadne. Pozwany podzielił przedmiotową ocenę poczynioną przez ubezpieczającego (pismo pozwanego z dnia 28 listopada 2018 roku – k. 28-29).

Sąd ustalił powyższy stan faktyczny na podstawie wymienionych wyżej dowodów z dokumentów, bowiem ich prawdziwość nie była przez strony kwestionowana, a i Sąd nie znalazł podstaw by z urzędu podważać ich moc dowodową. Sąd pominął przy tym pozostałe dowody z dokumentów lub kopii dokumentów zgromadzonych w aktach sprawy, nie wskazanych powyżej, jako niemające istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd dał wiarę zeznaniom powódki, albowiem były one spójne, logiczne a nadto korespondowały z pozostałym materiałem dowodowym zgromadzonym na potrzeby niniejszej sprawy. Zważyć przy tym należy, że Sąd dał również wiarę zeznaniom złożonym przez świadka A. S. – byłego pracownika (...) S.A., biorącego udział w procesie zawierania przez powódkę analizowanej umowy, jednakże uznał przedmiotowe zeznania za nieprzydatne z uwagi na okoliczność, iż sam świadek wskazał, że po upływie 11 lat od oferowania powódce produktu inwestycyjnego (...) S.A., nie jest w stanie powiedzieć jak przebiegała rozmowa z powódką. Co więcej świadek ten wskazał, że ciężko jest mu także określić jak wyglądało modelowe spotkanie z klientem (...) S.A. Mając ponadto na uwadze, iż Sąd ocenił sporną umowę za nieważną, zaś zgromadzony w sprawie materiał dowodowy, w tym w szczególności powołane powyżej dokumenty, okazał się wystarczający do rozstrzygnięcia sporu zawisłego w niniejszej sprawie, Sąd oddalił pozostałe wnioski dowodowe zgłaszane zarówno przez powódkę, jak i pozwanego, działając przy tym na podstawie art. 235<sup>2</sup> § 1 pkt 2 k.p.c. – jako nieistotne dla rozstrzygnięcia sprawy.

### **Sąd Okręgowy zważył co następuje:**

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w przeważającej części.

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. Zobowiązany do zwrotu nienależnego świadczenia jest jego bezpośredni odbiorca, zaś uprawnionym spełniający to świadczenie.

Art. 410 § 2 k.c. zawiera zamknięty katalog czterech przypadków (kondycji) rodzących obowiązek zwrotu nienależnego świadczenia. Jedną z kondycji 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<sup>1</sup> k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom 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 wchodzi odpowiednie przepisy ustawy. Nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współżycia społecznego.

W ocenie Sądu umowa zawarta przez powódkę 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, a funkcja ochronna (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 UFK.

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 utrwała 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 powódkę.

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 (...), tabelę opłat i limitów składek oraz regulamin (...):

- a) Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy – wydzielony fundusz aktywów, utworzony ze składek pierwszych i składek bieżących inwestowany zgodnie ze strategią inwestycyjną określoną w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...), przy czym ubezpieczyciel nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego UFK w postaci powiększenia wartości aktywów UFK;
- 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 (JUF) – część aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, które posiadają jednakową wartość i prezentują prawa majątkowe uczestników UFK;
- e) wartość aktywów netto – wartość aktywów UFK pomniejszona o zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa - aktywa netto są wyceniane wg wartości rynkowej;
- f) wartość jednostki uczestnictwa funduszu – iloraz wartości aktywów netto i liczby wszystkich JUF;
- g) wartość rachunku – iloczyn liczby JUF na wyodrębnionym rachunku ubezpieczonego i wartości JUF;
- 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 JUF 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 K. P. 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 powódkę nie kreuje z kolei realnego zabezpieczenia dla ubezpieczonej lub uprawnionego w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego. Uiszczanie przez powódkę składki ubezpieczeniowej nie gwarantowało, że w razie ziszczenia się ryzyka jej śmierci w czasie okresu odpowiedzialności, podmiot uprawniony byłby beneficjentem jakiegokolwiek dodatkowego, odczuwalnego ekonomicznie świadczenia wypłacanego przez zakład ubezpieczeń, skoro świadczenie to w tym wypadku odpowiadałoby jedynie 101% wartości rachunku ubezpieczonej w UFK. 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 JUF i aktualnej wyceny JUF, 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 UFK 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 JUF 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 UFK 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 UFK. Przewidziana w umowie gwarancja stanowi, że w razie ziszczenia się tego zdarzenia ubezpieczeniowego, nabyte przez UFK 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 ekonomicznej 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 UFK skutkowało 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 pozbawiło ją możliwości swobodnego wycofania środków w 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 UFK 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 dominujący 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 UFK wynika, że środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego mają być lokowane do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) S.A., 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, amerykańskich, japońskich i rynków rozwijających się, nieruchomości europejskich, obligacji europejskich i surowców. Wskazać przy tym należy, że Regulamin UFK nie zawiera opisu przesłanek, którymi kierowano się przy wyborze aktywów inwestycyjnych w postaci certyfikatów wyemitowanych przez (...) S.A. oraz wyznacznika potencjalnego zysku w postaci indeksu (...). Regulamin nie wyjaśnia konstrukcji i metodologii wyceniania tego indeksu, zaś publikowanie nawet bardzo szczegółowych danych dotyczących składowych indeksu bez dokładnej znajomości algorytmów zapewne nie pozwalałoby inwestorom na samodzielne obliczenie wartości indeksu.

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 ubezpieczonej.

W ocenie Sądu umowę zawartą przez K. P. należy uznać także za sprzeczną z zasadami współżycia społecznego. W kontekście stosunków prawnych łączących zakład ubezpieczeń z jego kontrahentem w 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 profesjonalistcie (zakładowi ubezpieczeń) w ramach umowy zawierającej w tytule słowo ubezpieczenie, bez gwarancji osiągnięcia zysku i bez możliwości swobodnego wycofania zainwestowanych oszczędności w okresie 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 UFK, 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 103.086,00 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. Wskazania wymaga, iż Sąd orzekł w tym zakresie zgodnie z żądaniem pozwu, tj. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 95.187,80 zł, tj. kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy sumą wpłat poczynionych przez powódkę na rzecz pozwanego z tytułu Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących, a kwotą wypłaconą powódce po formalnym rozwiązaniu stosunku ubezpieczenia.

O obowiązku zapłaty odsetek Sąd orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c. Powódka wezwała pozwanego do zapłaty w piśmie z dnia 5 listopada 2018 roku, w którym wyznaczyła pozwanemu termin zapłaty wynoszący 7 dni od dnia otrzymania rzeczonego pisma. W odpowiedzi na przedmiotowe pismo pozwany w treści pisma z dnia 28 listopada 2018 roku wskazał, że ww. wezwanie do zapłaty wpłynęło do pozwanego Towarzystwa w dniu 14 listopada 2018 roku (powódka nie zakwestionowała tej okoliczności w toku niniejszego postępowania). Uznać zatem należało, iż datą wymagalności roszczenia dochodzonego przez powódkę stanowi dzień 22 listopada 2018 roku, tj. pierwszy dzień po upływie 7-dniowego terminu na spełnienie świadczenia przez pozwanego. Mając to na uwadze Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 95.187,80 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 22 listopada 2018 roku do dnia zapłaty. W dalej idącym zakresie Sąd oddalił powództwo odsetkowe o czym orzekł w punkcie 2 wyroku.

O kosztach procesu Sąd orzekł w pkt 3 sentencji wyroku na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. zasądając od pozwanego na rzecz powódki, która wygrała proces, zwrot poniesionych kosztów procesu, w tym opłaty od pozwu w wysokości 4.760,00 zł, wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika, w osobie radcy prawnego, w wysokości 5.400 zł – ustalonego na podstawie § 2 pkt 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku w sprawie opłat za czynności radców prawnych, w brzmieniu obowiązującym w dniu wytoczenia powództwa oraz opłaty skarbowej od dokumentu pełnomocnictwa w kwocie 17 zł (łącznie 10.177,00 zł). Sąd zasądził rzeczoną kwotę wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie w spełnieniu świadczenia pieniężnego od dnia uprawomocnienia się niniejszego wyroku do dnia zapłaty – zgodnie z art. 98 § 1<sup>1</sup> k.p.c.