

Sygn. akt **XXIV C 421/20**

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 23 kwietnia 2021 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie XXIV Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący:	<i>SSO Maria Piasecka</i>
Protokolant:	sekretarz sądowy Weronika Buchnat

po rozpoznaniu w dniu 9 kwietnia 2021 r. w Warszawie na rozprawie

sprawy z powództwa **R. G.**

przeciwko **Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą w W.**

o zapłatę

- zasądza od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz R. G. kwotę 84 423,74 zł (osiemdziesiąt cztery tysiące czterysta dwadzieścia trzy złote siedemdziesiąt cztery grosze) wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 24 czerwca 2020 roku do dnia zapłaty,
- oddala powództwo w pozostałym zakresie,
- zasądza od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz R. G. kwotę 9 639 zł (dziewięć tysięcy sześćset trzydzieści dziewięć złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym 5 400 zł (pięć tysięcy czterysta złotych) tytułem kosztów zastępstwa procesowego.

Sygn. akt XXIV C 421/20

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 16 marca 2020 r. (data nadania pisma w urzędzie pocztowym) R. G. wniósł o zasądzenie od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. kwoty 84 423,74 zł tytułem nienależnego świadczenia wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz kosztami procesu zgodnie z normami przepisanyymi.

W uzasadnieniu powód podał, że w 2010 r. przystąpił do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Łącznie wpłacił kwotę 204 736 zł, natomiast po wypowiedzeniu umowy otrzymał jedynie kwotę 120 312,26 zł. Powód podniósł, że umowa ubezpieczenia jest nieważna z powodu sprzeczności z istotą stosunku ubezpieczenia, ponieważ na podstawie zawartej umowy, zakład ubezpieczeniowy nie ponosił ryzyka ubezpieczeniowego, uiszczona składka nie stanowiła wynagrodzenia pozwanego zaś wartość rachunku przekładająca się bezpośrednio na wysokość świadczenia pozwanego była niemożliwa do określenia na podstawie obiektywnych i jawnych kryteriów. Powód wskazał również, że nieważna jest jego deklaracja o przystąpieniu do ubezpieczenia, ponieważ nie zawiera ona wysokości sumy ubezpieczenia, ani nie umożliwia ona określenia tej sumy na moment przystąpienia do ubezpieczenia. Na wypadek niestwierdzenia nieważności umowy, powód wskazał jako podstawę

prawną powództwa art. 385(1) par. 1 kpc podnosząc, że niezgodnione postanowienia umowne kształtują jego prawa i obowiązki jako konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i mają charakter niedozwolony. W szczególności dotyczy to opłaty za wykup, gdyż kwota pobrana przez pozwanego nie znajduje żadnego uzasadnienia w sytuacji ponoszenia przez powoda dodatkowych opłat takich jak opłata administracyjna czy opłata za ryzyko.

W odpowiedzi na pozew, pozwane Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. wniosło o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu wg norm przepisanych. Pozwany zakwestionował zarzuty podniesione przez powoda, wskazując, że łącząca strony umowa była zgodna z prawem, gdyż opierała się na konstrukcji ubezpieczenia na cudzy rachunek, o której mowa w art. 808 kc zaś ubezpieczający (...) reprezentował swoich klientów wobec ubezpieczyciela. Pozwany kwestionował stanowisko powoda w zakresie nieważności umowy oraz poddał szerokiej analizie orzecznictwo sądów w kwestii ważności umów z funduszem kapitałowym (odpowiedź na pozew – k. 45-62).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny w sprawie:

W dniu 28 października 2010 r. Towarzystwo (...) S.A. w W. (dalej jako (...)) zawarło z (...) S.A. jako ubezpieczającym umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). Na mocy tej umowy (...) S.A., miał możliwość zgłaszania swoich klientów (jako ubezpieczonych) do ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w tej umowie, po wyrażeniu przez nich zgody na przystąpienie do tego ubezpieczenia. Zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej były określone w Szczególnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) dla Klientów (...)S.A. (dalej jako: „s.w.u.”). Załącznikiem do s.w.u. był Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (dalej jako: „Regulamin”).

(dowód: deklaracja przystąpienia – k. 16, s.w.u. – k. 17-22, Regulamin - k. 23-24)

Przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego (§ 3 ust. 1 s.w.u.) lub dożycie do końca okresu ubezpieczeniowego (§ 4 ust. 2). W przypadku śmierci ubezpieczonego w czasie trwania ubezpieczenia ubezpieczyciel (T.U. (...)) zobowiązywał się do wypłacenia sumy ubezpieczenia jako sumy 1% składki zainwestowanej lub 10 000 zł (niższej z tych dwóch wartości) i wartości jednostek zaewidencjonowanych na rachunku jednostek w dniu śmierci ubezpieczonego według ceny jednostki z dnia rejestracji zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis.

W przypadku dożycia, ubezpieczyciel zobowiązywał się do wypłacenia sumy ubezpieczenia w postaci kwoty w wysokości wartości rachunku liczonej według liczby jednostek w dacie zakończenia okresu ubezpieczenia i ceny jednostek w dacie umorzenia. Umorzenie jednostek miało nastąpić w terminie 25 dni po zakończeniu okresu ubezpieczenia (§ 4 ust. 2).

Przystąpienie do umowy ubezpieczenia następowało poprzez złożenie oświadczenia o chęci skorzystania z zastrzeżonej na rzecz ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej oraz oświadczeń zawartych w formularzu deklaracji przystąpienia (§ 5 ust. 2 pkt 1 s.w.u.). Do objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową dochodziło po złożeniu za pośrednictwem ubezpieczającego podpisanej deklaracji przystąpienia i po jej przekazaniu w formie zapisu elektronicznego do (...) oraz po zapłaceniu zadeklarowanej składki pierwszej i pierwszej składki bieżącej (§ 5 ust. 2 pkt 2 s.w.u.). W przypadku niezapłacenia składki, nie dochodziło do przystąpienia do ubezpieczenia, a klient nie był objęty ochroną ubezpieczeniową.

Składka pierwsza stanowiła 20 % składki zainwestowanej tj. kwoty wskazanej w deklaracji przystąpienia inwestowanej w fundusz w okresie ubezpieczenia. Z kolei, składka bieżąca to składka wpłacana miesięcznie w określonej wysokości, obliczana według opisanego w umowie wzoru z uwzględnieniem opłaty administracyjnej i wpłacana na rachunek bankowy ubezpieczyciela (§ 2 pkt 23, § 6 ust. 2 i 4 s.w.u.).

Za uiszczane składki, ubezpieczyciel nabywał jednostki uczestnictwa Funduszu Kapitałowego (§ 2 pkt 13 i 14, § 6 ust. 10 i 11 s.w.u.). Posiadały one jednakową wartość (§ 7 ust. 1 s.w.u.). W regulaminie zastrzeżono, że początkowa wartość jednostki została ustalona na kwotę 50 zł, a następnie ulegała zmianie zgodnie ze zmianą wartości aktywów

netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego przypadających na jednostkę uczestnictwa funduszu (§ 6 pkt 3 Regulaminu).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy powstawał zatem z wpłacanych składek pierwszych i składek bieżących pomniejszonych o opłaty administracyjne (§ 2 pkt 13 s.w.u.) i został utworzony przez TU (...). Jego celem był wzrost aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat, w szczególności celem była ochrona 100 % kwoty odpowiadającej składce zainwestowanej. Środki gromadzone w funduszu o nazwie (...) lokowane były do 100 % w obligacje wyemitowane przez (...) S.A., z których wypłata oparta jest na indeksie (...) i wyceniane w złotych polskich (§ 4 ust. 2 i 3 pkt 1 Regulaminu).

§ 3 ust. 2 Regulaminu stanowił, że (...) nie gwarantuje osiągnięcia celu określonego inwestycyjnego. Ubezpieczyciel zastrzegł również, że inwestycja w obligacje wiąże się z ryzykiem kredytowym polegającym na możliwości wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności (...) S.A. do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu obligacji (§ 4 ust. 2 pkt 2 Regulaminu).

Ubezpieczyciel zastrzegł także, że w przypadku braku notowań indeksu przez 8 następujących po sobie dni roboczych, jego wartość określi agent kalkulacyjny indeksu (§4 ust. 6 pkt 2 Regulaminu). W przypadku likwidacji indeksu lub innych zdarzeń mających wpływ na jego funkcjonowanie, wartość indeksu określi również agent kalkulacyjny zastępując indeks tzw. indeksem zastępczym (§4 ust. 8 pkt 1 i 2 Regulaminu).

Zgodnie z postanowieniami regulaminu, z uwagi na charakter kształtowania się cen obligacji, cena jednostek uczestnictwa mogła ulegać istotnym zmianom (§ 5 pkt 4 Regulaminu). Strony zastrzegały także możliwość likwidacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego bądź zmiany strategii inwestycyjnej, o czym zobowiązywały się powiadomić ubezpieczonych w określonym w regulaminie terminie (§8 ust. 1 i 2 Regulaminu).

Zgodnie z § 9 ust. 1 s.w.u. w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczony miał prawo do ich wykupu. Wykup był jednoznaczny z rezygnacją z ubezpieczenia. Wykup polegał na umorzeniu wszystkich jednostek. Wartość wykupu odpowiadała sumie wartości rachunku i wartości środków pieniężnych oczekujących na nabycie jednostek pomniejszonej o opłatę za wykup. Wartość rachunku liczona była według ceny jednostki z dnia rejestracji wniosku o wykup w systemie obsługi polis (...). Rejestracja następowała w terminie 5 dni roboczych od dnia wpływu wniosku o wykup.

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów opłata za wykup w pierwszych trzech latach polisowych wynosiła 100 %, w czwartym – 75 %, w piątym – 50 %, w szóstym – 30 %, w siódmym – 20 %, w ósmym – 15 %, w dziewiątym – 10 %, w dziesiątym – 5 %, w jedenastym – 4 %, w dwunastym – 3 %, w trzynastym – 2 %, w czternastym – 1 %, w piętnastym – 1 %. Ubezpieczyciel naliczał ponadto od Składki Zainwestowanej, Opłatę Administracyjną w wysokości 1,92 % w skali roku od Składki Zainwestowanej, Opłatę za ryzyko w wysokości 0,033% w skali roku wliczoną w Opłatę Administracyjną

(dowód: Tabela Opłat i Limitów Składek k.22).

Decyzją KNF z 12 grudnia 2011 r. pozwany otrzymał zezwolenie na uznanie instrumentów finansowych w postaci obligacji strukturyzowanych emitowanych przez (...) S.A. na aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, dla ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający. KNF stwierdził, że wartość zobowiązań danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego odpowiada wartości jego lokat, tj. wartości obligacji strukturyzowanych. Każda zmiana wyceny instrumentu finansowego powoduje równocześnie identyczną zmianę po stronie zobowiązań wynikających z umów ubezpieczenia. W przypadku gdyby wartość lokat spadła do zera również wartość zobowiązań funduszu spada do zera.

(dowód: decyzja KNF – k. 71-74)

W dniu 17 listopada 2010 r. R. G., podpisał „Deklarację przystąpienia nr (...) do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). W deklaracji tej wskazano, że ubezpieczycielem jest (...), ubezpieczającym - (...) S.A., a ubezpieczonym – powód. W części „Charakterystyka ubezpieczenia” podano, że jest to grupowe ubezpieczenie na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). Zaznaczono, że suma ubezpieczenia z tytułu śmierci to suma następujących wartości: a) niższej z wartości: 1% składki zainwestowanej lub 10.000 zł, b) wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunku - z zastrzeżeniem postanowień szczególnych warunków ubezpieczenia, natomiast suma ubezpieczenia z tytułu dożycia końca okresu ubezpieczenia to wartość rachunku, z zastrzeżeniem postanowień szczególnych warunków ubezpieczenia. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określono jako piąty dzień roboczy po zakończeniu okresu subskrypcji. Długość okresu ubezpieczenia ustalono w deklaracji na 180 miesięcy. Określono, że składka zainwestowana to 360.000 zł, pierwsza składka to 72.000 zł, a składka bieżąca to 2.176 zł. W deklaracji zaznaczono, że alokacja środków pieniężnych (nabycie jednostek uczestnictwa za składki) nastąpi w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). Jako uposażonego do wypłaty 100% świadczenia wskazano E. G. – żonę powoda. Powód oświadczył (...) S.A., jako ubezpieczającemu, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...), zawartej w dniu 28 października 2010 r. między (...) S.A. a (...), na podstawie s.w.u. Powód wyraził zgodę na przekazanie (...) przez ubezpieczającego podpisaną przez niego deklarację przystąpienia. Oświadczył, że przed podpisaniem tej deklaracji otrzymał s.w.u. wraz z załącznikami stanowiącymi załącznik do umowy grupowego ubezpieczenia, a także aktualną na dzień przystąpienia do umowy ubezpieczenia informację (...) o opodatkowaniu świadczeń ubezpieczeniowych. Dodał, że zapoznał się z treścią tych dokumentów, były one dla niego zrozumiałe i w pełni zaakceptował zawarte w nich warunki. Pod deklaracją w dniu listopada 2010 r. podpisał się powód jako ubezpieczony, a także przedstawiciel (...) S.A. – jako osoba reprezentująca ubezpieczającego.

(dowód: deklaracja przystąpienia – k. 16, s.w.u. – k. 17-22, Regulamin - k. 23-24)

W dniu 7 grudnia 2010 r. (...) (jako ubezpieczyciel) wystawił Certyfikat uczestnictwa nr (...), w którym potwierdził objęcie R. G. (jako ubezpieczonego) ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...), zawartej między (...) S.A. a (...). W certyfikacie przedstawione zostały warunki ubezpieczenia. Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej określono na 7 grudnia 2010 r., a dzień jej zakończenia na 7 grudnia 2025 r.

(dowód: certyfikat – k. 14-15)

Pismem z dnia 7 stycznia 2016 r., doręczonym pozwanemu 15 stycznia 2016 r., powód wypowiedział umowę ubezpieczenia. Na umowę ubezpieczenia powód dokonał wpłat tytułem składki pierwszej i składek bieżących w łącznej kwocie 204 736 zł. W dniu 19 stycznia 2016 r., gdy pozwany zarejestrował wniosek o wykup, wartość jednostek wynosiła 122 976,26 zł, natomiast wartość wykupu wynosiła 120 312,26 zł, która to kwota została wypłacona powodowi w dniu 22 stycznia 2016 r.

(dowód: wypowiedzenie umowy – k. 25, pismo (...) z 16.02.2016 r. – k. 26)

Z dniem 16 sierpnia 2018 r. z wniosku powoda zostało wszczęte przez Rzecznika (...) postępowanie w sprawie sporu powoda z pozwanym dotyczącego zwrotu wpłaconych kwot na poczet umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). W trakcie postępowania pozwany odmówił uwzględnienia roszczeń powoda i zwrotu różnicy pomiędzy wysokością opłaconych przez powoda składek a wysokością wypłaconych mu środków w związku z zakończeniem stosunku ubezpieczeniowego.

(dowód: opinia Rzecznika Finansowego – k. 27-34)

Pismem nadanym na pocztę 20 lutego 2020 r. powód wezwał pozwanego do zapłaty kwoty 84 423,74 zł tytułem zwrotu różnicy pomiędzy wysokością opłaconych przez powoda składek a wysokością wypłaconych mu środków w związku z zakończeniem stosunku ubezpieczeniowego w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania.

(dowód: wezwanie do zapłaty wraz z potwierdzeniem nadania na pocztę – k. 35-36)

Powyższy stan faktyczny został ustalony na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy: deklaracji przystąpienia, warunków ubezpieczenia, regulaminu ufk, tabeli opłat, certyfikatu, decyzji KNF. Dokumenty przedstawione przez strony nie były kwestionowane i sąd uznał je za pełnowartościowy materiał dowodowy, niesporny między stronami. Ustalając stan faktyczny sprawy, Sąd pominął załączone do odpowiedzi na pozew oświadczenia, stanowiska i pisma podmiotów trzecich prezentujące ich poglądy w kwestii ubezpieczeń na życie z elementem inwestycyjnym, ponieważ nie miały one znaczenia dla ustalenia okoliczności istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Okręgowy zważył co następuje:

Powód domagał się zapłaty kwoty 84 423, 74 zł stanowiącej różnicę między kwotą wpłaconą tytułem umowy ubezpieczenia w wysokości 204 736 zł, a kwotą wypłaconą przez pozwanego po rozwiązaniu umowy tj. kwotą 120 312, 26 zł w związku z nieważnością umowy ewentualnie zasądzenia kwoty 2664 zł odpowiadającej pobranej przez pozwanego opłacie za wykup na podstawie art. 385(1) par. 1 kc.

Należało zatem rozważyć zasadność powództwa o zapłatę w związku z nieważnością umowy ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 58 § 1 kc, czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy. § 2. Nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współzycia społecznego. § 3. Jeżeli 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.

Podstawą roszczenia powoda o zapłatę jest zatem art. 410 kc, zgodnie z którym 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 (§ 2 art. 410 kc). Z kolei, zgodnie z art. 405 kc, kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości.

W pierwszej kolejności należało ocenić charakter zawartej umowy, a w dalszej kolejności ocenić, czy zawarta umowa była sprzeczna z ustawą lub zasadami współzycia społecznego ewentualnie, czy nie zmierzała do obejścia prawa.

Stosownie do treści art. 353¹, kc, strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współzycia społecznego.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego podkreśla się, że zgodnie z art. 353¹ kc strony zawierające umowę mogą - co do zasady - ułożyć stosunek prawny według swojego uznania, swoboda stron przy zawieraniu umów nie jest jednak nieograniczona. Jej granice stanowią właściwość (natura) stosunku prawnego, ustawa oraz zasady współzycia społecznego. Oznacza to, że strony są zobligowane do przestrzegania zasadniczych elementów stosunku zobowiązaniowego, czyli jego części składowych, które decydują o istocie tworzonego węzła prawnego (postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 2018-12-05, postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 2018-11-28, II UK 539/17).

Należy podkreślić, że w zaistniałej sytuacji, doszło do zawarcia dwóch stosunków prawnych: pierwszego pomiędzy ubezpieczycielem TU (...) i ubezpieczającym (...) SA w postaci umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz drugiego – pomiędzy wyżej wymienionymi, a powodem jako ubezpieczonym.

Możliwość zawierania umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym została przewidziana w ustawie z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, obowiązującej w dacie zawierania przedmiotowej umowy. W ustawie tej uregulowano treść tego typu umów. Jak wynika z ustawy, w zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakład ubezpieczeń jest 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.

Z kolei, stosownie do art. 805 § 1 kc, 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. § 2. Świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie: 1) przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku; 2) przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Zgodnie z art. 829 § 1 kc, ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku.

Zawarta umowa odpowiada w części umowie ubezpieczenia na życie, gdyż jako przedmiot ubezpieczenia wskazano życie albo dożycie ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności zaś ubezpieczyciel, zobowiązał się do wypłacenia określonego w umowie świadczenia na wypadek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

W przedmiotowej umowie, powód nie został wskazany jako strona tej umowy, chociaż jako ubezpieczony jest podmiotem stosunku ubezpieczeniowego. Podstawą takiej konstrukcji umowy jest art. 808 § 1 kc, zgodnie z którym ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Z powołanego przepisu wynika, że ubezpieczony może nie być nawet imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. W tego typu umowie, przedmiotem ubezpieczenia jest cudzy interes majątkowy lub osobisty, a ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona na rzecz osoby ubezpieczonej, jednakże do zapłaty składki obowiązany jest wyłącznie ubezpieczający. Stronami umowy są więc ubezpieczający i ubezpieczyciel zaś ubezpieczony (lub uprawniony w przypadku, gdy przedmiotem ochrony jest życie ubezpieczonego) jest osobą trzecią, na rzecz której ma być spełnione świadczenie.

Zawarta umowa odpowiada w swojej konstrukcji tzw. umowom na rzecz osoby trzeciej, w której jedna ze stron zobowiązuje się do spełnienia świadczenia na rzecz osoby trzeciej, niebiorącej udziału w umowie (art. 393 kc). Przy takiej konstrukcji umowy ubezpieczający i ubezpieczyciel są związani węzłem obligacyjnym, zaś ubezpieczony (lub uprawniony) jest wyłącznie upoważniony do odbioru świadczenia. Obowiązek opłacenia składki spoczywa jednak cały czas na ubezpieczającym i obowiązek ten jest obowiązkiem o charakterze essentialia negotii, a więc w tym zakresie ma charakter obligatoryjny.

Zawarta umowa w istotny sposób modyfikuje zasady wynikające z art. 805 kc. Z treści umowy wynika, że do zapłaty składek bieżących i składki pierwszej zobowiązany jest ubezpieczony, pomimo że podmiotem zobowiązanym do ich opłacania powinien być ubezpieczający, co wynika z art. 805 i 808 kc. Z umowy wynika również, że zapłata składek przez ubezpieczonego jest warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową, zaś ich niezapłacenie skutkuje nieprzystąpieniem do ubezpieczenia i brakiem ochrony ubezpieczeniowej. Również nieopłacenie składki bieżącej w czasie trwania umowy oznacza rezygnację z ubezpieczenia. W tym przypadku, ubezpieczyciel dokonuje wypłaty z uwzględnieniem postanowień o wykupie polegającym na umorzeniu jednostek z pomniejszeniem o opłatę za wykup. W konsekwencji ubezpieczony zostaje zobowiązany do finansowania składek, pomimo że nie jest stroną przedmiotowej umowy ubezpieczenia, natomiast (...) S.A. jako ubezpieczający zostaje całkowicie zwolniony z obowiązku ich ponoszenia. Tak skonstruowana umowa, skutkowałą przerzuceniem na powoda ryzyka wynikającego z umowy. Brak uiszczenia składek skutkowałby anulowaniem deklaracji przystąpienia do umowy, odmową udzielenia powodowi ochrony ubezpieczeniowej, a przede wszystkim praktycznie pozbawiałby go możliwości uzyskania świadczenia z uwagi na nieproporcjonalnie wysokie opłaty za wykup. Wysokość takiej opłaty sięgała 100 % wpłaconych środków w trzech pierwszych latach odpowiedzialności ubezpieczyciela, w kolejnych zmniejszała się, jednakże nadal pozostawała na poziomie kilkudziesięciu procent. Na powódzie spoczął zatem cały ciężar związany z wykonaniem umowy przy jednoczesnym zwolnieniu ubezpieczającego z odpowiedzialności za takie zdarzenia. Analiza postanowień umowy jednoznacznie wskazuje, że rola ubezpieczającego została sprowadzona do roli pośrednika w zawarciu umowy pomiędzy powodem a pozwanym. Na ubezpieczającym nie spoczywają w zasadzie żadne obowiązki poza obowiązkami informacyjnymi i związanymi z podpisaniem umowy natomiast ubezpieczony finansuje składki na ubezpieczenie, które w żaden sposób nie są powiązane z umową ubezpieczenia lecz są inwestowane w celu osiągnięcia zysku z czym wiąże się ryzyko inwestycyjne. Suma ubezpieczenia nie jest także kwotą umówioną między stronami wypłacana w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego jak w „klasycznej” umowie ubezpieczeniowej lecz stanowi rezultat powodzenia inwestycyjnego po stronie ubezpieczonego z zastrzeżeniem gwarancji co do składki zainwestowanej, również opłacanej przez ubezpieczonego.

Należy wskazać, że element ubezpieczeniowy nie jest elementem dominującym w umowie. Treść umowy wskazuje, że ma ona charakter mieszany, zawiera bowiem nie tylko elementy umowy ubezpieczenia, ale również element inwestycyjny, polegający na gromadzeniu wpłaconych składek w funduszu kapitałowym oraz inwestowaniu ich w obligacje emitowane przez podmiot trzeci. Strony umowy, do której przystąpił powód, umówiły się bowiem, że pozwany zainwestuje kwoty wpłacane przez ubezpieczonego nabywając za składki, pomniejszone o opłatę administracyjną, jednostki uczestnictwa w Funduszu, który sam utworzył.

Celem umowy był wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat oraz ochrona 100% składki zainwestowanej. Cel ten należy uznać za dominujący w umowie. Wynika to chociażby z porównania obowiązków powoda jako ubezpieczonego i pozwanego jako ubezpieczyciela, wynikających z umowy, jak również wysokości świadczeń wypłacanych na rzecz ubezpieczonego i wysokości pobieranej opłaty za ryzyko w stosunku do opłaty administracyjnej.

Środki pieniężne, uzyskiwane ze składki pierwszej i składek bieżących, wpłaconych przez ubezpieczonego, po potrąceniu opłaty administracyjnej, były zamieniane na jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, a następnie lokowane przez ubezpieczyciela w obligacje emitowane przez spółkę kapitałową. Należy podkreślić, że co do zasady, zawarcie umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym było dopuszczalne w świetle obowiązującej w dacie zawarcia umowy ustawy z 22 maja 2003r. o działalności

ubezpieczeniowej, jednakże dla bytu tej umowy niezbędna jest także realizacja celu związanego z ochroną ubezpieczeniową.

W przypadku zawartej umowy ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, wypłacane przez ubezpieczyciela świadczenie jest po pierwsze - uzależnione od wysokości wpłacanych przez ubezpieczonego kwot, a po drugie – stanowi wartość nieokreśloną zarówno w dacie zawarcia umowy, jak i w czasie jej trwania, a wysokość świadczenia zostaje ustalona dopiero w dacie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wysokość wpłaconych składek pierwszej oraz bieżących, które są przeznaczane na zakup jednostek uczestnictwa w funduszu kapitałowym niewątpliwie wpływa na ilość zakupionych jednostek, a w ostatecznym rozrachunku - również na wysokość świadczenia ubezpieczeniowego. Wpłacane przez ubezpieczonego składki przestają mieć jednak charakter wynagrodzenia za udzieloną ochronę i odrywają się od wyliczeń aktuarialnych uwzględniających ponoszone przez zakład ubezpieczeń ryzyko i koszty, a stanowią pochodną kwoty, którą ubezpieczony wpłaca tytułem składki pierwszej, inwestycyjnej oraz obliczonej przez pozwanego składki zadeklarowanej stanowiącej odpowiedni procent składki pierwszej, którą strony umowy alokują w funduszu kapitałowym. Należy podkreślić, że pozwany inwestuje środki, które pochodzą wyłącznie od ubezpieczonego, na którym w całości spoczywa ryzyko inwestycyjne, zaś pozwany nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego. W przypadku spadku wartości jednostek, a więc i rachunku, środki składające się na świadczenie pochodzą wyłącznie z rachunku powoda i to on ponosi ryzyko utraty ich wartości. W przypadku potencjalnego wzrostu cen wartości jednostek, a więc i rachunku, pozwany nie ponosi z kolei ryzyka faktycznej wypłaty świadczenia ze środków własnych. Wypłata następuje ze środków ubezpieczonego. Ponadto w obu tych przypadkach pozwany otrzymuje zysk w postaci opłat administracyjnych pobieranych miesięcznie ze składek bieżących w dniu ich opłacenia.

Jak wyżej wskazano, essentialia negotii umowy ubezpieczenia stanowi, określone co do kwoty świadczenie na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią określonego wieku. W art. 805 kc mowa jest o umówionej sumie pieniężnej, rencie lub innym świadczeniu w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. W spornej umowie, zarówno w przypadku zgonu i jak i dożycia przez powoda określonego w umowie wieku, wartość świadczenia została natomiast określona w sposób niejednoznaczny. W umowie określono bowiem tylko wzór służący do obliczenia wysokości świadczenia w dacie zaistnienia zdarzenia, co powoduje że wysokość świadczenia nie jest znana w chwili zawierania umowy, jak również nie da się jej określić w czasie trwania umowy do chwili zaistnienia zdarzenia. Należy również wskazać, że sposób określenia wysokości świadczenia został ustalony przez pozwanego w sposób jednostronny zaś powód nie miał żadnego wpływu na treść umowy w tym zakresie. W umowie będącej przedmiotem niniejszego postępowania, ogólnie wskazano, że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu wynosi $1\% \times$ składka zainwestowana lub 10 000 zł + wartość jednostek uczestnictwa na rachunku w dniu śmierci ubezpieczonego według ceny jednostki z dnia rejestracji zgłoszenia, a w przypadku świadczenia z tytułu dożycia wysokość świadczenia wynosiłaby 100 % wartości rachunku w dacie umorzenia.

Tak skonstruowana umowa odbiega swoim charakterem od celów umów ubezpieczenia, gdyż po pierwsze - zwalnia pozwanego od ponoszenia jakiegokolwiek ryzyka związanego z ochroną ubezpieczeniową powoda, co jest oczywiście sprzeczne z istotą umowy ubezpieczenia. W powszechnie obowiązujących umowach ubezpieczenia na rynku ubezpieczeń to ubezpieczyciel ryzykuje, że będzie musiał wypłacić środki większe, niż uzyskane ze zgromadzonych składek. W umowie zawartej z powodem, pozwany zobowiązał się natomiast do wypłaty świadczenia, które w przypadku dożycia będzie stanowiła najwyżej $100\% \times$ wartość rachunku w dacie umorzenia, przy czym wartość tą określa się zgodnie z regulaminem funduszu kapitałowego. Umorzenie jednostek uczestnictwa polega zaś na ich zamianie na kwotę pieniężną według jej wartości. W przypadku dożycia ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, pozwany wypłaci zatem nieoznaczoną kwotę odpowiadającą wartości jednostek na dzień wykupu. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, gdzie wartość świadczenia została oznaczona jako $1\% \times$ składka zainwestowana + liczba jednostek uczestnictwa \times wartość tych jednostek. Powyższy zapis również nie pozwala na określenie wysokości świadczenia w dacie jej zawarcia. Świadczenie to zrealizuje się dopiero w przypadku zgonu ubezpieczonego, przy czym wartością stałą jest jedynie iloczyn 1% ze składki zainwestowanej. W przypadku powoda kwota ta wynosiła zaledwie 36 000 zł. W pozostałej części świadczenie pozostaje niedookreślone, zaś w przypadku przedwczesnego zgonu, uposażony, jako osoba wskazana do uzyskania

świadczenia, może nie uzyskać nawet kwoty odpowiadającej składce pierwszej. Po drugie zatem – umowa oferuje niedookreślone świadczenie na wypadek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, co również jest sprzeczne z istotą umowy ubezpieczenia.

Zawarta umowa w swojej konstrukcji jest zatem sprzeczna z umową ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a tym samym nieważna. Celem nadrzędnym zawartej umowy nie jest bowiem udzielenie ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu lecz w istocie jej element inwestycyjny. Okoliczność ta nie przesądza o nieważności umowy jednakże konstrukcja umowy ubezpieczenia, nieokreślona wysokość sumy ubezpieczenia i brak jakiegokolwiek ryzyka ubezpieczeniowego po stronie pozwanego skutkują uznaniem umowy za nieważną. Uiszczana składka nie jest powiązana z ponoszonym przez ubezpieczyciela ryzykiem ubezpieczeniowym lecz stanowi określoną przez ubezpieczającego kwotę przeznaczoną na inwestycję, a celem inwestycji było zabezpieczenie składki zainwestowanej, co wprost zapisano w umowie. Zamierzony cel ubezpieczeniowy był zatem celem ubocznym umowy zaś świadczenie wypłacane na wypadek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, było nieokreślone w chwili zawarcia umowy i uzależnione od wysokości wpłaconych środków i zysków z inwestycji. Ponadto, to na ubezpieczonym niebędącym stroną umowy, spoczywało ryzyko inwestycyjne zaś ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego.

Istotne znaczenie dla oceny ważności umowy ma również konstrukcja przepisów dotyczących alokacji środków w UFK. Jak wynika z regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, jego celem jest powiększenie wartości jego aktywów, w szczególności zaś ochrona 100% składki zainwestowanej. Fundusz ten składa się z wpłaconych przez ubezpieczonego składek pomniejszonych o opłatę administracyjną. Ponadto z umowy wynika, że środki UFK są w 100 % lokowane w obligacje emitowane przez (...) SA i wyceniane w złotych polskich. W oparciu o wartość jednostek obliczona zostaje wartość rachunku po zakończeniu okresu odpowiedzialności.

Z postanowień regulaminu wynika jednoznacznie, że uiszczane przez powoda składki w istocie mają charakter inwestycyjny, gromadzone są w funduszu kapitałowym w formie jednostek uczestnictwa, które następnie przeznaczone są na zakup obligacji emitowanych przez podmiot o nazwie (...) SA, a ich celem jest przede wszystkim ochrona składki zainwestowanej. Ubezpieczyciel gwarantuje zatem wyłącznie zwrot kwoty zainwestowanej przez ubezpieczonego natomiast nie gwarantuje żadnych dodatkowych zysków. Ponadto ryzyko inwestycyjne jest przerzucone na ubezpieczonego, gdyż rachunek jednostek uczestnictwa, jak również fundusz kapitałowy mogą podlegać likwidacji zaś wycena indeksu, w oparciu o który wycenia się wartość certyfikatów pozostaje dowolna i bliżej nieokreślona. Wszystkie te elementy procesu inwestycyjnego powodują obciążenie ryzykiem wyłącznie ubezpieczonego, którego środki są lokowane w wyżej wymienionym funduszu, zysk nie jest pewny, a dodatkowo wysokość świadczeń zależeć będzie od ich wyceny z daty rozwiązania umowy. Całkowicie anonimowy pozostaje również sposób wyceny indeksu mającego wpływ na ustalenie wartości świadczenia.

Z umowy nie wynika, poza ogólnym stwierdzeniem, że jest to ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy i wydzielona rachunkowo część aktywów ubezpieczyciela, czym jest i jaki jest przedmiot działania funduszu o nazwie Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). Z treści umowy nie wynika również na czym polega ryzyko kredytowe emitenta obligacji, będących przedmiotem inwestycji. Umowa nie precyzuje, czym są owe obligacje, jakie są warunki ich emisji, nie charakteryzuje aktywów wchodzących w skład funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i innych ograniczeń inwestycyjnych, co jest sprzeczne z ustawą o działalności ubezpieczeniowej. Dopiero dołączona do odpowiedzi na pozew decyzja KNF z dnia 12 grudnia 2011 r. pozwala na przyjęcie, że obligacje te to obligacje strukturyzowane, emitowane przez podmiot (...) SA, służące do zabezpieczenia zobowiązań zakładu ubezpieczeń z tytułu zawartych umów ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie, oparte na indeksie (...).

Umowa nie określa przede wszystkim jednak czym jest wyżej wymieniony indeks, w oparciu o który dokonywana jest wycena obligacji, w jaki sposób indeks ten jest tworzony i na jakiej podstawie. Umowa enigmatycznie wskazuje, że indeks umożliwia zdywersyfikowaną ekspozycję na rynek akcji europejskich, amerykańskich, japońskich, chińskich, nieruchomości europejskich, obligacji europejskich, surowców oraz złota. Co więcej umowa nie precyzuje, w jaki sposób będzie tworzona jego wartość w przypadku braku notowań tylko ogólnikowo stanowiąc, że jako wartość indeksu zostanie przyjęta wartość z następnego dnia roboczego, w którym dostępne będą notowania indeksu. W

przypadku dalszego braku notowań, wartość indeksu zostanie natomiast ustalona przez agenta kalkulacyjnego, jednakże również nie określono w jaki sposób, na podstawie jakich parametrów. Umowa nie podaje zatem podstawowych informacji dotyczących wskaźnika, w oparciu o który dokonuje się wypłaty środków z obligacji. Pozwany nie wykazał, aby powód został o nich poinformowany.

Zawarta przez strony umowa nie wypełnia wymagań określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, w szczególności nie zawiera wykazu oferowanych funduszy kapitałowych, charakterystyki aktywów wchodzących w skład funduszu, kryteriów doboru aktywów, zasad ich dywersyfikacji, zasad alokacji.

Umowa ta jest także sprzeczna z przepisami dotyczącymi umowy ubezpieczenia.

Z tych względów należało uznać, że umowa z dnia 28. 10. 2010 r. nie jest umową ważną. W związku z powyższym pozwany winien zwrócić powodowi równowartość wniesionych przez niego kwot na podstawie art. 410 w związku z art. 405 kc. Powód uiścił łącznie 204 736 zł zaś pozwany zwrócił mu kwotę 120 312, 26 zł, a zatem zasądzeniu na rzecz powoda podlega różnica tych kwot.

Odnosnie do żądania odsetek, to podstawę rozstrzygnięcia o odsetkach stanowił art. 481 § 1 w zw. z art. 455 k.c. Sąd zasądził zatem odsetki ustawowe za opóźnienie od wniesienia pozwu do dnia zapłaty, mając na uwadze, że powód wzywał pozwanego do zapłaty przed procesem, jednakże nie wykazał, kiedy doręczono pozwanemu pismo z dnia 19 lutego 2020 r. Niewątpliwie jednak pozew zastępujący wezwanie do zapłaty został doręczony pozwanemu w dniu 17 czerwca 2020 r. Przyjmując, że pozwany powinien spełnić żądanie w terminie 6 dni od daty doręczenia, pozwany pozostaje w zwłoce od dnia 24 czerwca 2020 r. i od tej daty zasądzone odsetki za zwłokę.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 kpc obciążając nimi w całości pozwanego.

Na koszty te składa się: 4222 zł opłaty od pozwu, 5400 zł kosztów zastępstwa procesowego i 17 zł opłaty skarbowej od pełnomocnictwa.

ZARZĄDZENIE

(...)

sędzia Maria Piasecka