

UZASADNIENIE

Zaskarżonym wyrokiem z dnia 17 września 2019 r. Sąd Rejonowy dla Wrocławia- Krzyków we Wrocławiu oddalił powództwo M. D. przeciwko Towarzystwu (...) SA we W. o zapłatę kwoty 7011,44 zł z odsetkami ustawowymi za opóźnienie oraz orzekł, iż rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu opiera na zasadzie przepisu art. 98 k.p.c., uznając, że strona pozwana wygrała proces w całości; szczegółowe wyliczenie tych kosztów pozostawił referendarzowi sądowemu.

Swoje rozstrzygnięcie Sąd Rejonowy oparł o następujące ustalenia faktyczne:

Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W. prowadzi działalność gospodarczą m.in. w zakresie usług ubezpieczeniowych, w tym sprzedaży ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Swoje produkty ubezpieczeniowe strona pozwana sprzedaje za pośrednictwem szeregu podmiotów, w tym (...) S.A., z którym strona pozwana zawarła umowę ubezpieczenia grupowego, do którego przystępować mogli klienci ww. spółki.

Powód na podstawie złożonej w dniu 8 lipca 2010r. deklaracji przystąpienia, przystąpił do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), prowadzonego przez pozwane Towarzystwo (...) S.A. we W.. Jako ubezpieczający został wskazany (...) S.A., zaś jako ubezpieczony - powód. W deklaracji przystąpienia powód potwierdził odbiór, zapoznanie się z treścią, zrozumienie oraz akceptację: Warunków (...); Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...); Tabeli Opłat i Limitów Składek oraz załącznika nr 1 do deklaracji przystąpienia. Ochrona ubezpieczeniowa udzielona została powodowi na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym klientów (...) S.A. (...) zwartej pomiędzy stroną pozwaną a (...) S.A. Alokacja środków pieniężnych miała następować do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). Składkę bieżącą ustalono w wysokości 310,00 zł miesięcznie a składkę pierwszą w wysokości 11.250,00 zł. Łącznie składka zainwestowana miała wynieść 56.250,00 zł. Powód przystępując do ubezpieczenia jednocześnie wnioskował o udzielenie kredytu na dom.

Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia do końca okresu odpowiedzialności miała odpowiadać 100% wartości rachunku, zaś wysokość świadczenia z tytułu zgonu - określono jako sumę 1% składki zainwestowanej oraz iloczynu 100% wartości rachunku zsumowana z wartością składki pierwszej lub składek bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie ubezpieczonego.

Objęcie powoda ochroną ubezpieczeniową na powyższych warunkach zostało potwierdzone wystawionym przez stronę pozwaną certyfikatem z dnia 06.08.2010 r. Datę rozpoczęcia okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela określono na 06.08.2010r., zaś datę zakończenia na 06.08.2025r.

Zgodnie z warunkami ubezpieczenia (...) regulującymi zasady, na jakich ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową klientów ubezpieczającego w ramach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym klientów ubezpieczającego, przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.

Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez ubezpieczyciela ubezpieczonemu na wypadek zgonu ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub dożycia ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości określonej w rozdziale 10, na zasadach określonych w rozdziale 12, z zastrzeżeniem rozdziału 9. Ponadto, stosownie do treści Rozdziału 2 ust. 2, celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Strategia N. F. X..

Warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową było złożenie za pośrednictwem ubezpieczającego - (...) S.A. podpisanej deklaracji przystąpienia, tj. dokumentu zawierającego oświadczenie woli ubezpieczonego, mocą którego wyraża on

zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) S.A. (...) zawartej między stroną pozwaną a (...) S.A. (rozdział 4 ust. 1 w zw. z rozdziałem 1 ust. 7 i 28 WU), a także zapłacenie składki pierwszej i składki bieżącej w wysokości zadeklarowanej w deklaracji przystąpienia.

W rozdziale 8 ust. 1 i 2 postanowiono, że ubezpieczyciel pobiera opłaty: administracyjną, w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko, naliczaną procentowo, zgodnie z tabelą opłat i limitów składek od wartości składki zainwestowanej, pobieranej miesięcznie ze składki bieżącej w dniu jej zapłaty oraz opłatę likwidacyjną, której wysokość określa „Tabela opłat i limitów składek”. Opłata likwidacyjna jest naliczana i pobierana w przypadku całkowitego wykupu od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa funduszu z rachunku, a jej pobranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej.

Zgodnie z treścią rozdziału 5 ubezpieczony miał płacić zadeklarowane w deklaracji przystąpienia składki bieżące oraz składkę pierwszą.

Ubezpieczyciel miał w ciągu 14 dni od dnia zakończenia okresu subskrypcji nabyć jednostki uczestnictwa funduszu i zapisać je na rachunku ubezpieczonego (rozdział 5 ust. 10).

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) zgodnie z definicją zawartą w rozdziale 1 ust. 27 stanowił wydzielony fundusz aktywów, inwestowany zgodnie z przyjętą w regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) strategią inwestycyjną.

Fundusz podzielony był na jednostki uczestnictwa, stanowiące wyodrębnioną część aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Jednostki uczestnictwa funduszu posiadały jednakową wartość i reprezentowały prawa majątkowe uczestników Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, nie stanowiły odrębnego od umowy prawa, nie mogły być zbywane na rzecz osób trzecich, nie były oprocentowane (rozdział 1 ust. 11).

Zasady funkcjonowania tego funduszu, a w szczególności sposób lokowania jego środków oraz sposób wyceny jednostek uczestnictwa tego funduszu określał Regulamin ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...).

Zgodnie z § 3 Regulaminu ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy powstawał z wpłacanych przez ubezpieczonych składek, pomniejszonych o opłatę administracyjną.

Celem tego funduszu kapitałowego było powiększanie wartości aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w wyniku wzrostu wartości lokat (...). Strona pozwana, jako ubezpieczyciel, nie gwarantowała osiągnięcia powyżej określonego celu inwestycyjnego (§ 3 ust. 2 i 3).

Zgodnie z § 4 Regulaminu (...) ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy był wydzieloną rachunkowo częścią aktywów ubezpieczyciela, składającą się z jednostek uczestnictwa funduszu o jednakowej wartości. Jego aktywa netto wyceniane były według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny.

Środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „Strategia - N. F. X. lokowane były do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) S.A. w których wypłata oparta jest na indeksie (...) N. F. 8 (...) Return I. (kod B.: (...)). Certyfikaty były wyceniane w złotych polskich. Indeks (...) N. F. 8 (...) Return I. stworzony przez Bank (...) umożliwił zdywersyfikowaną ekspozycję na rynek akcji europejskich, amerykańskich, japońskich i rynków rozwijających się, nieruchomości europejskich, obligacji europejskich i surowców. Zgodnie z § 4 ust. 5 regulaminu po zakończeniu okresu odpowiedzialności obligacje miały zapewniać ochronę kwoty odpowiadającej składce zainwestowanej powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę indeksu (...) Return I.. Po zakończeniu okresu odpowiedzialności, o którym mowa w rozdziale 3 pkt.1 warunków ubezpieczenia wartość rachunku miała zostać obliczona zgodnie z wzorem:

gdzie I. to wartość indeksu w dacie t_{final} na zamknięcie dnia, zaś I. to wartość indeksu w dacie t_{inicial} na zamknięcie dnia.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel zobowiązał się wypłacić ubezpieczonemu lub uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

W myśl rozdziału 10 warunków ubezpieczenia, wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczonego określono jako sumę 1% składki zainwestowanej oraz iloczynu 100% wartości rachunku zsumowana z wartością składki pierwszej lub składek bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie ubezpieczonego.

Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wynosiła 100% wartości rachunku.

Wartość rachunku stanowiła iloczyn bieżącej liczby jednostek uczestnictwa funduszu znajdującej się na rachunku i aktualnej na dany dzień wartości jednostki uczestnictwa funduszu (rozdział 1 ust. 32).

Wartość jednostki uczestnictwa funduszu obliczana była jako iloraz wartości aktywów netto (...) i liczby wszystkich jednostek uczestnictwa (...) (rozdział 1 ust. 31).

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) strona pozwana uprawniona jest do pobrania następujących opłat likwidacyjnych:

Rok Odpowiedzialności	Wysokość Opłaty Likwidacyjnej (pobierana od Wartości Rachunku)
1	80%
2	80%
3	80%
4	75%
5	50%
6	30%
7	20%
8	15%
9	10%

10	5%
11	4%
12	3%
13	2%
14	1%
15	1%

(...) jest ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, powiązany z ubezpieczeniem na życie i dożycie. Ubezpieczenie to ma zakładany termin trwania 15 lat gdzie prawie 100% środków inwestowanych przez ubezpieczonego jest inwestowana w (...).

Notowania indeksu, na którym oparty jest fundusz kapitałowy (...) oraz wartości jednostek uczestnictwa (...) publikowane są na stronach internetowych T.U. na (...) S.A.

Pismem z dnia 05.04.2016 r. strona pozwana poinformowała pełnomocnika powoda, że stosunek ubezpieczenia został rozwiązany z dniem 29.02.2016 r. w związku z nieopłacaniem składek bieżących. Z przedmiotowego pisma wynikało, że w dacie umorzenia jednostek tj. w dniu 10.03.2016r. na rachunku powoda, znajdowało się ich 371, (...), a ich cena jednostkowa wynosiła 63,92 zł. Wartość rachunku wynosiła zatem 23.768,56 zł. Strona pozwana określiła, że wysokość opłaty likwidacyjnej wynosi 30% wartości rachunku, tj. 7.130,57 zł a kwota do wypłaty po potrąceniu opłaty likwidacyjnej wynosi 16.637,99 zł. Suma składek wpłaconych przez powoda wyniosła 30.780,00 zł.

Pismem z dnia 17.10.2016r., doręczonym w dniu 21.10.2016r. powód wezwał Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W. do zapłaty w terminie 7 dni kwoty 30.780,00 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie.

Decyzją z dnia 11.04.2011 r. Komisja Nadzoru Finansowego udzieliła Towarzystwu (...) S.A. zezwolenia na uznanie instrumentów finansowych wyemitowanych przez S. w dniu 20.08.2010 r. za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I grupa 3 załączników do ustawy ubezpieczeniowej, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający - przy czym obligacje strukturyzowane o kodzie (...) miały odpowiadać wysokości ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...), będącego wydzielonymi funduszami aktywów, stanowiącymi rezerwę utworzoną ze składek ubezpieczeniowych w ubezpieczeniach na życie, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający.

Decyzją z dnia 19.02.2015 r. Komisja Nadzoru Finansowego odmówiła udostępnienia wnioskowanej informacji publicznej w zakresie udostępnienia kopii decyzji w przedmiocie udzielenia zezwolenia (zezwoleń), o którym mowa w art. 154 ust. 9 ustawy o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz.U. 2013 r., poz. 950 ze zm.) na uznawanie za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych aktywów innych niż określone w art. 154 ust. 6 tej ustawy ze względu na niewystępowanie przesłanki szczególnej istotności dla interesu publicznego w udostępnianiu wnioskowanej informacji publicznej kwalifikowanej jako informacja publiczna przetworzona.

Rzecznik (...) stoi na stanowisku, że umowy ubezpieczenia na życie z (...) zawierane ze stroną pozwaną mogą być nieważne.

Przy tak ustalonym stanie faktycznym Sąd Rejonowy uznał, że powództwo nie zasługiwało na uwzględnienie co do zasady.

W pierwszej kolejności Sąd Rejonowy zważył, że powód dochodzone pozwem roszczenie wywodził zarzucając nieważność samej umowy grupowego ubezpieczenia, do którego przystąpił, zaś jego zarzuty skupiały się po pierwsze - na kwestii ważności umowy łączącej stroną pozwaną jako ubezpieczyciela z ubezpieczającym (...) S.A. - powód w tym zakresie zarzucał pozorną umowę i działanie ubezpieczającego w istocie jako pośrednika ubezpieczeniowego, co wiązałoby się z oczywistą obrazą prawa i zdaniem powoda prowadzić miało do nieważności umowy ubezpieczenia, działaniem ubezpieczyciela i ubezpieczającego w celu obejścia prawa, a to przepisu art. 830 k.p.c., poprzez uniemożliwienie ubezpieczonemu konsumentowi odstąpienia od umowy w każdym czasie. Po drugie – wskazując na nierówność pozycji ubezpieczyciela i ubezpieczonego zarzucał sprzeczność łączącego stroną pozwaną i powoda stosunku prawnego z przepisem art. 805 § 1 k.p.c. oraz art. 13 ust.1 pkt 3 i ust.4 pkt 2 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej w zakresie postanowień dotyczących świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego oraz sprzeczność tegoż stosunku prawnego z art. 13 ust.1 pkt 3 i ust.4 pkt 2 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej w zakresie postanowień dotyczących świadczenia z tytułu całkowitego wykupu ze względu na brak minimalnej treści postanowień umownych wymaganej przez te przepisy nadto zaś podnosił, że ubezpieczyciel mógł w sposób arbitralny kształtować świadczenie należne ubezpieczonemu, nie ponosząc w żadnej mierze ryzyka inwestycyjnego, co w konsekwencji prowadziło zdaniem powoda do sprzeczności łączącego strony stosunku z naturą stosunku zobowiązaniowego i jego sprzeczności z zasadami współżycia społecznego.

Jak wskazał Sąd Rejonowy, stan faktyczny sprawy, oparty na dowodach z dokumentów w postaci deklaracji przystąpienia, certyfikatu, ogólnych warunków ubezpieczenia, regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego – nie był między stronami sporny oraz na treści zeznań powoda. Sąd Rejonowy zaznaczył jednak, iż pominął dowód z analizy ekonomicznej produktu ubezpieczeń na życie i dożycie z (...) i opinii prawnych prof. dr hab. P. M. oraz dr hab. M. S. albowiem dokumenty te nie zostały złożone do akt sprawy do daty zamknięcia rozprawy i oddalił wnioski o dopuszczenie dowodu z dokumentacji dotyczącej certyfikatów stanowiących aktywa (...) sporządzonej w języku obcym albowiem wbrew zobowiązaniu tego Sądu strona pozwana nie przedłożyła stosownego tłumaczenia przedmiotowych dokumentów.

Jak zważył Sąd I instancji, w niniejszej sprawie spór koncentrował się wokół ustalenia, czy łącząca strony umowa – czy to z przyczyn dotyczących stosunku prawnego pomiędzy ubezpieczycielem, a ubezpieczającym, czy też w odniesieniu do relacji pomiędzy ubezpieczycielem, a powodem jako ubezpieczającym – była ważna.

Powołując się na brzmienie art. 58 § 1 k.c. oraz art. 353¹ k.c. dotyczące nieważności umów oraz zasady swobody kształtowania stosunku umownego przez strony. Sąd Rejonowy zauważył, iż w świetle powołanych przepisów należało ustalić, czy umowa, do której przystąpił powód, była sprzeczna z ustawą, miała na celu obejście ustawy lub też była sprzeczna z zasadami współżycia społecznego. Sąd Rejonowy wskazał, iż analizie przy tym poddać należy zarówno treść umowy (tj. zawarte w niej postanowienia określające prawa i obowiązki stron), jak i cel stosunku prawnego.

Zachowując kolejność zarzutów sformułowanych w pozwie, w pierwszej kolejności Sąd Rejonowy poddał analizie więź prawną zachodzącą pomiędzy stroną pozwaną jako ubezpieczycielem, a (...) S.A. jako ubezpieczającym.

Jak podkreślił Sąd Rejonowy, zgodnie z przepisem art. 808 k.c., normującym problematykę ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia (§1). Roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko ubezpieczonemu (§2). Ubezpieczony jest uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej;

jednakże uzgodnienie takie nie może zostać dokonane, jeżeli wypadek już zaszedł (§3). Ubezpieczony może żądać by ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków ubezpieczonego (§4).

Sąd Rejonowy wskazał także, że umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek, o której mowa w art. 808 § 1 k.c., występuje wówczas, gdy ubezpieczający ubezpiecza cudzy interes majątkowy (także życie i zdrowie innej osoby), ale działa przy tym we własnym imieniu, co powoduje, że kto inny jest tu ubezpieczającym, a kto inny osobą, w której interesie zawiera się ubezpieczenie.

Dalej Sąd I instancji zważył, że umowa ubezpieczenia na życie na cudzy rachunek zakłada, że ubezpieczający we własnym imieniu obejmuje ubezpieczeniem osobę trzecią – ubezpieczonego. W razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego świadczenie wypłacone zostanie nie ubezpieczającemu, a ubezpieczonemu; wskazaną przez ubezpieczającego osobą, na rzecz której zawarta została umowa ubezpieczenia, może być tylko ubezpieczony, bowiem to on podlega ubezpieczeniu.

Jak wskazał Sąd Rejonowy, motywem zawarcia takiej umowy może być szczególna relacja ubezpieczającego do ubezpieczonego, bowiem ubezpieczającemu zależy na zachowaniu cudzego interesu majątkowego lub też jest on zobligowany do dbałości o zachowanie tego interesu. Dalej Sąd Rejonowy wskazał, że przeniesienie na ubezpieczonego ciężaru finansowego opłacania składek w wypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek jest prawem dozwolone i nie sprawia, że ubezpieczony zyskuje status ubezpieczającego.

Sąd Rejonowy zważył ponadto, że stosunek prawny powstały pomiędzy stroną pozwaną jako ubezpieczycielem, pośrednikiem – jako ubezpieczającym oraz powodem – jako ubezpieczonym odpowiada powyżej omówionemu schematowi wzajemnych relacji, występującymi pomiędzy stronami ubezpieczenia majątkowego na cudzy rachunek. Powód w ocenie Sądu Rejonowego w żaden sposób nie wykazał, aby stosunek prawny nawiązany pomiędzy pośrednikiem finansowym a ubezpieczycielem miał charakter pozorny. W ocenie Sądu Rejonowego, jedynym argumentem, który powód zdaje się przywoływać na poparcie stanowiska o pozorności tego stosunku prawnego, co zdaniem powoda miałyby podważyć ważność całego stosunku ubezpieczenia – jest niekwestionowany przez stronę pozwaną fakt, że za swoje czynności pośrednik finansowy jako ubezpieczający otrzymał wynagrodzenie. Sąd Rejonowy zauważył, że przywołane wyżej przepisy nie dają podstaw do ustalenia, że ubezpieczający ma swoje czynności wykonywać nieodpłatnie i sam fakt, iż otrzymał za zaoferowanie przystąpienia do ubezpieczenia swoim klientom – nie czyni z niego pośrednika ubezpieczeniowego w rozumieniu ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym (w brzmieniu obowiązującym na dzień zawarcia przez strony umowy). Zgodnie bowiem z przepisem art. 2 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dnia 22 maja 2003 r. wykonywanie pośrednictwa ubezpieczeniowego polega na wykonywaniu przez pośrednika za wynagrodzeniem czynności faktycznych lub czynności prawnych związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia – pośrednik ubezpieczeniowy nie jest zaś nigdy stroną stosunku ubezpieczenia, a ubezpieczyciel nie może dochodzić od niego w drodze przymusu spełnienia świadczenia z tytułu składki – jak ma to miejsce w przypadku ubezpieczającego, zawierającego umowę ubezpieczenia majątkowego na cudzy rachunek. Jak podkreślił Sąd Rejonowy, fakt zawarcia przez stronę pozwaną i (...) S.A. umowy ubezpieczenia, do którego klienci (...) S.A. mogli przystępować, nie był przez strony kwestionowany. Fakt, że te podmioty należały do tej samej grupy kapitałowej nie pozwala jednak w ocenie Sądu Rejonowego a priori ocenić, że zawarta między nimi umowa była pozorna.

Ponadto Sąd Rejonowy zważył, iż nie zostało w umowie wyłączone prawo konsumenta do odstąpienia od umowy w każdym czasie – przeciwnie, jak wskazał Sąd I instancji, kwestia ta została uregulowana w ogólnych warunkach ubezpieczenia, które w sposób wyraźny przewidziały wówczas dla ubezpieczonego wypłatę świadczenia wykupu. Związane z odstąpieniem od umowy sankcje finansowe w postaci opłaty likwidacyjnej – zostały w stosunku do strony pozwanej uznane za abuzywne i z umowy wyeliminowane.

Dalej Sąd Rejonowy wskazał, iż z uwagi na datę przystąpienia przez powoda do ubezpieczenia zastosowanie do oceny zawartej przez niego umowy znajdują przepisy ustawy z 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr

12, poz. 1151). Ustawa ta przewidywała zawieranie umów ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, wymieniając taki rodzaj ubezpieczeń w załączniku do ustawy, Dział I, grupa 3. Jak zauważył Sąd I instancji, powołana ustawa w art. 2 ust. 1 pkt 13 definiowała ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy jako wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Sąd Rejonowy, wskazując na brzmienie art. 13 ustawy uznał, iż już w dacie nawiązania stosunku prawnego pomiędzy stronami, obowiązujące przepisy przewidywały umowę ubezpieczenia związaną z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Jednakże Sąd I instancji wskazał również, iż umowa ta nie jest typową umową ubezpieczenia. W literaturze zdefiniowano istotne elementy umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oraz przedstawiono ich definicję.

Sąd Rejonowy podkreślił, iż w literaturze panuje spór co do tego, czy ubezpieczenie na życie z (...) jest jedynie jednym z rodzajów umowy ubezpieczenia, czy też ze względu na swoje cechy szczególne nie mieści się w jej ramach. Sąd I instancji podkreślił ponadto, że analizowana umowa jest umową mieszaną z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Jak wskazał Sąd I instancji, przewidziana umową ochrona ubezpieczeniowa ma jednak ze względu na sumę ubezpieczenia charakter symboliczny, dominuje więc aspekt kapitałowy uzasadniający pogląd, że cel umowy zakłada istnienie długotrwałego stabilnego stosunku prawnego łączącego strony w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczającego, co zapewnia także ubezpieczycielowi określone korzyści.

Sąd Rejonowy wskazał, iż oceniając postanowienia umowy ubezpieczenia, do której przystąpił M. D. pod kątem ich zgodności z przepisami ustawy, powołać się należy na przepis art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. W ocenie tego Sądu, skoro zawarta ze stroną pozwaną umowa odpowiadała przepisom prawa - to w konsekwencji uznać należy, że umowa nie jest sprzeczna z przepisami określającymi jej elementy konstrukcyjne. Ponadto, w ocenie Sądu Rejonowego, o ile powołany przepis ustawy, z uwagi na mieszany charakter umowy, nie określał wyczerpująco jej essentialia negotii, to na pewno czyni to w tej jej części, która związana jest z inwestowaniem środków pochodzących ze składek.

Dalej Sąd Rejonowy zauważył, że przepis art. 805 k.c. określa essentialia negotii części ochronnej umowy ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Sąd I instancji stwierdził, że ustawodawca nie wskazał zamkniętego katalogu świadczeń w ubezpieczeniach osobowych, które mogą być świadczeniami w umowie ubezpieczenia, a ponadto nie sprecyzował dokładnie, w jaki sposób mają być one ustalane. W ocenie tego Sądu, również sposób sformułowania przepisu art. 13 ust.4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej wskazuje, że ustawodawca nadał mu ramowy charakter, a konkretna treść umowy w zakresie elementów inwestycyjnych określana jest przez zakład ubezpieczeń w warunkach ubezpieczenia i regulaminie lokowania środków (...). Jak wskazał Sąd I instancji, warunki ubezpieczenia (...) oraz regulamin (...) mający zastosowanie do ubezpieczenia powoda określają sposób wyliczenia wartości świadczeń ubezpieczyciela przewidzianych na wypadek zajścia któregoś z wypadków ubezpieczeniowych, tj. śmierci ubezpieczonego lub dożycia przez niego do końca okresu odpowiedzialności. Nie można zatem przyjąć, że umowa nie określa świadczeń ubezpieczyciela. Sąd Rejonowy uznał za istotny fakt, że w umowach zobowiązaniowych świadczenie dłużnika nie musi być ściśle oznaczone już w chwili zawierania przez strony umowy. W tym zakresie Sąd ten wskazał, że wystarczającym jest, aby umowa wskazywała sposób jego określenia tak, aby w chwili nadejścia terminu spełnienia świadczenia przez dłużnika dało się ustalić, jakiego rodzaju i w jakiej wysokości dłużnik ma świadczyć. W ocenie Sądu Rejonowego, takie wymogi zostały spełnione w przypadku ubezpieczenia, do którego przystąpił powód.

Sąd Rejonowy odniósł się także do zarzutów podniesionych przez powoda i uznał, że powód nie udowodnił w żaden sposób podnoszonych twierdzeń o wpływaniu przez pozwanego ubezpieczyciela na wycenę jednostek uczestnictwa

(...), wycenę certyfikatów, czy też ostateczną wartość rachunku ubezpieczonego będącą podstawą ustalenia wartości należnych mu świadczeń. Jak podkreślił Sąd I instancji, swych twierdzeń w tym zakresie powód nie poparł żadnymi dowodami, mimo że to na nim jako wywodzącym z tego faktu skutki prawne w postaci nieważności umowy spoczywał ciężar ich udowodnienia (art. 6 k.c.). W ocenie tego sądu, Przedstawione dowody w postaci wycen bieżącej wartości jednostki uczestnictwa publikowanych na stronie internetowej ubezpieczyciela, przeczą twierdzeniom powoda, jakoby dostęp do danych, będących podstawą do naliczenia świadczenia przypadającego ubezpieczonemu był niemożliwy. Jak wskazał Sąd Rejonowy, powód miał możliwość bieżącego śledzenia wartości indeksu, a co ważniejsze – jego wartość była weryfikowalna i ustalana niewątpliwie bez udziału pozwanego ubezpieczyciela.

Z kolei, odnosząc się do zarzutu powoda dotyczącego nieznanomości zasad ustalania wartości tego indeksu, Sąd Rejonowy wyszedł od stwierdzenia, że jest on miernikiem mającym odzwierciedlać koniunkturę rynkową, a aktywa wpływające na jego wartość zostały określone w § 4 ust. 4 Regulaminu. W ocenie Sądu Rejonowego, skoro notowania indeksu są powszechnie dostępne, to niezrozumiałe jest twierdzenie powoda, iż wartość należnego mu świadczenia (opartego na tym indeksie) nie miała być ustalana w oparciu o „jakiekolwiek obiektywnie weryfikowalne i powszechnie dostępne dane rynkowe”.

Jak wskazał dalej Sąd Rejonowy, odrębną kwestią jest natomiast metodologia wyliczania tego indeksu, istotnie nieopisana w umowie (warunkach ubezpieczenia ani regulaminie (...)). Sąd Rejonowy wskazał, iż brak możliwości weryfikacji tego rodzaju indeksu jest typowy dla większości instrumentów finansowych. Szczegółowa metodologia dotycząca indeksu jest poufna i stanowi tajemnicę przedsiębiorstwa emitenta. W ocenie Sądu Rejonowego, nawet więc publikowanie szczegółowych danych dotyczących składowych tego indeksu nie pozwoliłoby powodowi na samodzielne ustalenie jego wartości bez znajomości algorytmów. Oczywistym jest przy tym ponadto, że samodzielne ustalanie i weryfikowanie wartości zarówno powyższego indeksu bazowego, jak i innych indeksów giełdowych, znacznie wykracza poza przeciętnie dostępną wiedzę ekonomiczną i z zakresu finansów i nie jest możliwe w przypadku przeciętnego inwestora. Jak wskazał Sąd Rejonowy, brak koniecznej w tym zakresie wiedzy powoda w żaden sposób nie podważa jednak natury zobowiązania w rozumieniu art. 3531 k.c. ani nie narusza zasad współżycia społecznego. Zdaniem Sądu I instancji, powszechnie wiadomym jest przecież, że inwestowanie środków pieniężnych celem ich pomnażania w różne przedsięwzięcia finansowe niejednokrotnie wiąże się z koniecznością posiadania wyższej od przeciętnej wiedzy ekonomicznej i znajomości odpowiednich instrumentów finansowych.

Okoliczność, że metodologia wyceny była poufna i ubezpieczony nie jest w stanie samodzielnie jej zweryfikować, w ocenie Sądu Rejonowego nie oznacza jednak, że metodologia wyceny jest nieweryfikowalna w ogóle. Sąd I instancji uznał zatem, iż skoro powód twierdzi, że jest inaczej, tzn. że sposób ustalania wartości tego indeksu był niewłaściwy i nie odzwierciedlał zmian cen aktywów, o których mowa w § 4 ust. 4 regulaminu, winien to udowodnić. Jak wskazał Sąd I instancji, dowód taki nie został przedstawiony ani zawnioskowany przez powoda. Zmiana wartości tego indeksu, wpływającego na wysokość świadczenia należnego powodowi, oddawała zaś inwestycyjny charakter umowy, którego immanentną cechą jest ryzyko związane z osiągnięciem lub nieosiągnięciem zysku. Jako takie jest to więc w pełni zgodne z naturą stosunku prawnego, którego stroną była powód i który został przez niego dobrowolnie nawiązany.

Odnosząc się do zarzutu arbitralnego charakteru wyceny obligacji, w które lokowane były aktywa (...), Sąd Rejonowy wskazał, że zgodnie z § 4 ust. 1 i 2 regulaminu ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy był wydzieloną rachunkowo częścią aktywów ubezpieczyciela, składającą się z jednostek uczestnictwa funduszu o jednakowej wartości. Aktywa netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego wyceniane były według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny. Powołane zapisy umowne odsyłają do przepisów ustawy z 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591), do (mającego zastosowanie w niniejszej sprawie) rozporządzenia Ministra Finansów z 28 grudnia 2009r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji oraz do rozporządzenia Ministra Finansów z 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych. Jak podkreślił Sąd Rejonowy, powołane akty prawne przewidują w szczególności zasady dokonywania wyceny lokat, których ryzyko ponosi ubezpieczający. Zgodnie z art. 28 ust. 9 ustawy o rachunkowości lokaty takie wyceniane są przez zakład ubezpieczeń na życie według wartości godziwych

ustalonych na dzień bilansowy. Różnice między wartością godziwą a wartością według cen nabycia albo kosztu wytworzenia tych lokat odpowiednio zwiększają lub zmniejszają rezerwy techniczno-ubezpieczeniowe na życie, których ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający. Jak zauważył Sąd I instancji, jeżeli nie jest możliwe ustalenie wartości godziwej innych lokat niż nieruchomości, to ich wycena następuje po cenach nabycia albo kosztach wytworzenia z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości, z wyjątkiem instrumentów finansowych, dla których ustalony jest termin wymagalności i których wycena następuje według skorygowanej ceny nabycia z uwzględnieniem odpisów z tytułu trwałej utraty wartości. Jak wskazał dalej Sąd Rejonowy, w myśl ust. 10 powołanego przepisu w ubezpieczeniach majątkowych i osobowych dopuszcza się stosowanie dyskonta lub odpisów wyłącznie przy ustalaniu rezerw na skapitalizowaną wartość rent, rezerw ubezpieczeń na życie, rezerw ubezpieczeń na życie, gdy ryzyko lokaty (inwestycyjne) ponosi ubezpieczający, oraz rezerw na premie i rabaty (bonifikaty) dla ubezpieczonych w związku z osiąganymi dochodami z lokat stanowiących pokrycie tych rezerw. Wartość godziwa zdefiniowana została w ust. 6 powołanego przepisu, zgodnie z którym za wartość godziwą przyjmuje się kwotę, za jaką dany składnik aktywów mógłby zostać wymieniony, a zobowiązanie uregulowane na warunkach transakcji rynkowej, pomiędzy zainteresowanymi i dobrze poinformowanymi, niepowiązаныmi ze sobą stronami. Wartość godziwą instrumentów finansowych znajdujących się w obrocie na aktywnym rynku stanowi cena rynkowa pomniejszona o koszty związane z przeprowadzeniem transakcji, gdyby ich wysokość była znacząca. Cenę rynkową aktywów finansowych posiadanych przez jednostkę oraz zobowiązań finansowych, które jednostka zamierza zaciągnąć, stanowi zgłoszona na rynku bieżąca oferta kupna, natomiast cenę rynkową aktywów finansowych, które jednostka zamierza nabyć, oraz zaciągniętych zobowiązań finansowych stanowi zgłoszona na rynek bieżąca oferta sprzedaży.

Sąd Rejonowy stwierdził, iż z powyższego wynika, że przepisy prawa nie pozwalają zakładowi ubezpieczeń na jakąkolwiek dowolność w dokonywaniu wycen. Zdaniem Sądu Rejonowego, powołane rozporządzenia zawierają szczegółowe zasady dokonywania wycen aktywów (...), w związku z tym Sąd ten uznał, że wycena aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych nie jest materią, która jest kształtowana na zasadzie swobody umów i którą strony mogą w uznaniowy sposób modyfikować. Zdaniem Sądu I instancji, tym bardziej nie jest możliwe dokonywanie powyższej wyceny przez ubezpieczyciela w sposób arbitralny i oderwany od obowiązujących przepisów. Sąd Rejonowy podkreślił, że problematyka związana z metodologią wyceny, o której mowa, ma charakter bardzo skomplikowany i wymaga specjalistycznej wiedzy z zakresu rachunkowości i rynku finansów. Sąd Rejonowy wskazał, że oczywistym jest, że wiadomościami takimi nie dysponuje przeciętny konsument. W ocenie tego Sądu, w tym zakresie niezbędna jest wiedza w szczególności o poszczególnych aktywach funduszu na dzień wyceny, czyli dostęp do ksiąg rachunkowych. Sąd Rejonowy wskazał, że żaden przepis prawa nie nakazuje ubezpieczycielom bieżącego i stałego publikowania wszystkich danych koniecznych do dokonania takiej wyceny. Powołując się na brzmienie art. 13 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej Sąd Rejonowy podkreślił, że prawidłowość wyceny aktywów dokonana przez ubezpieczyciela, w szczególności pod względem zgodności z przepisami, podlega weryfikacji przez organ nadzoru, jakim jest Komisja Nadzoru Finansowego, w szczególności w myśl art. 167 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej

Dalej Sąd Rejonowy podkreślił, iż zgodnie z art. 829 § 2 k.c. w umowie ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej. Sąd Rejonowy podkreślił, iż oświadczenie to powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia, a złożona przez powoda deklaracja przystąpienia zawierała określenie sumy ubezpieczenia. Zdaniem Sądu Rejonowego ani przepis art. 829 § 2 k.c., ani przepis art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie nakazują określenia sumy ubezpieczenia wyłącznie poprzez wskazanie konkretnej kwoty. Ponadto Sąd I instancji stwierdził, że art. 13 ust. 4 pkt 2 powołanej ustawy, który winien być w niniejszej sprawie traktowany jako *lex specialis* w stosunku do art. 829 § 2 k.c., bowiem zobowiązuje zakład ubezpieczeń do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia jedynie zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Powyższe, w ocenie tego Sądu, zgodne jest z definicją sumy ubezpieczenia, zgodnie z którą suma tą jest górną granicą świadczenia ubezpieczyciela. Dalej Sąd

Rejonowy wskazał, że określenie sumy ubezpieczenia to więc nic innego niż określenie świadczenia, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel. Jak wskazał Sąd Rejonowy, warunek ten w niniejszej sprawie został spełniony.

Sąd Rejonowy podkreślił, że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności miała odpowiadać 100% wartości rachunku, zaś wysokość świadczenia z tytułu zgonu - określono jako sumę 1% składki zainwestowanej oraz iloczynu 100% wartości rachunku zsumowana z wartością składki pierwszej lub składek bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wypłynięcia do ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie ubezpieczonego.

Dalej Sąd I instancji podkreślił, że swoboda kształtowania treści stosunku zobowiązaniowego stanowi zasadę, a to oznacza, że twierdzenie o jej naruszeniu wymaga każdorazowo uzasadnienia, ze wskazaniem granicy swobody umów, która została naruszona - czy przyjęta przez strony treść stosunku zobowiązaniowego sprzeciwia się ustawie, zasadom współżycia społecznego czy też właściwości (naturze) stosunku. W ocenie tego Sądu, w analizowanym przypadku brak było podstaw do stwierdzenia sprzeczności umowy, do której przystąpił powód, z przepisami ustawy. W ocenie Sądu Rejonowego nie zachodziła także sprzeczność treści zobowiązania z zasadami współżycia społecznego.

W ocenie Sądu Rejonowego, w przypadku ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie można w ogóle brać pod uwagę sprzeczności danej umowy z naturą stosunku prawnego ubezpieczenia. Sąd ten wskazał, iż wynika to z faktu, że umowa ubezpieczenia na życie z (...) w swej konstrukcji (wynikającej także z przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej z 2003 r. oraz aktualnie obowiązującej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej) znacznie odbiega od typowej umowy ubezpieczenia - ma charakter mieszany, z dominacją elementów inwestycyjnych, co zostało już wcześniej wyjaśnione. W ocenie tego Sądu, takie ukształtowanie treści umowy ubezpieczenia, odbiegającej od typowego stosunku ubezpieczenia, stanowi właśnie emanację zasady kształtowania treści stosunku zobowiązaniowego według uznania stron.

Dalej Sąd Rejonowy wskazał, że zasady inwestowania w ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy nie zostały w sposób szczegółowy określone w art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, gdyż ustawodawca wskazał w nim jedynie minimalny zakres informacji, które ubezpieczyciel powinien zawrzeć w umowie. Jak wskazał Sąd Rejonowy, w ustawie zagwarantowano jedynie minimalny zakres informacji o tych funduszach, które powinna zawierać umowa. Sąd Rejonowy podkreślił ponadto, iż ustawie o działalności ubezpieczeniowej wskazano, że informacje te powinny być zawarte w regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, który obejmuje w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji. Powyższe przepisy wskazują, w ocenie Sądu I instancji, że strony w ramach swobody umów mogą stworzyć fundusze kapitałowe i inwestować we wszelkiego rodzaju aktywa kreowane zgodnie z prawem. Sąd Rejonowy uznał zatem, iż taka swoboda wyboru instrumentów finansowych, w które może inwestować ubezpieczający, odpowiada istocie umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W ocenie tego Sądu, ma ona bowiem cel inwestycyjny, a jest on najefektywniej realizowany poprzez możliwość inwestowania w aktywa, które odzwierciedlają bieżące trendy ekonomiczne. Sąd Rejonowy zwrócił przy tym uwagę, że aktywa, w które lokowane miały być środki wpłacane przez powoda, zostały w umowie określone, przy czym nie ma podstaw do stwierdzenia, że niedopuszczalne jest lokowanie środków ubezpieczonego w tylko jeden rodzaj instrumentów, jak w przypadku analizowanego ubezpieczenia.

Jak podkreślił Sąd Rejonowy w uzasadnieniu orzeczenia, o tym, że strona pozwana lokowała środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w aktywa kreowane zgodnie z prawem, świadczy decyzja z dnia 11.04.2011 r., którą Komisja Nadzoru Finansowego udzieliła Towarzystwu (...) S.A. zezwolenia na uznanie instrumentów finansowych wyemitowanych przez S. w dniu 20.08.2010 r. za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I grupa 3 załączników do ustawy ubezpieczeniowej.

W ocenie Sądu Rejonowego, nie znalazły również uzasadnienia twierdzenia powoda o sprzeczności umowy ubezpieczenia z zasadami współżycia społecznego. Jak wskazał Sąd I instancji, zarzuty powoda w tym zakresie

dotyczyły – podobnie jak co do sprzeczności z naturą stosunku zobowiązaniowego – swobody ubezpieczyciela w kształtowaniu wysokości świadczenia, która zdaniem tego Sądu w umowie nie występowała. Pozostałe zaś kwestie, związane m.in. z niekorzystnym dla konsumenta rozkładem ryzyka inwestycji, nie świadczą, w ocenie Sądu Rejonowego, o sprzeczności umowy ubezpieczenia z (...) z zasadami współżycia społecznego wskazanymi przez powoda. Jak zauważył Sąd Rejonowy, fakt, że produkt ubezpieczeniowo-inwestycyjny zaoferowany powodowi okazał się niekorzystny pod względem ekonomicznym, zaś jego warunki zapewniały stałe pobieranie opłat przez ubezpieczyciela bez gwarancji zysku dla ubezpieczonego, nie uzasadnia przyjęcia, że umowa jest dotknięta sankcją nieważności. Jak ocenił Sąd I instancji, taki rozkład ryzyka, gdzie ryzyko inwestycyjne spoczywa w całości na ubezpieczonym, nie sprzeciwia się zasadom współżycia społecznego. Sąd ten podkreślił ponadto, iż stosownie do treści art. 155 ust. 1a udz.u. do rezerw techniczno - ubezpieczeniowych, o których mowa w art. 155 ust. 1, nie wlicza się rezerw techniczno - ubezpieczeniowych dla ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I w grupie 3 załącznika do ustawy, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający. Jak wskazał dalej Sąd I instancji, zgodnie z ust. 4 tego przepisu - z ograniczeń określonych w ust. 1 są wyłączone aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno - ubezpieczeniowych dla ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający. Zdaniem Sądu Rejonowego, brzmienie powyższych przepisów nie pozwalało na aprobatę stanowiska powoda, że okoliczność, iż całe ryzyko inwestycyjne ponosił on osobiście świadczy o sprzeczności umowy z naturą stosunku zobowiązaniowego. W ocenie tego Sadu, nie było bowiem sprzeczne z naturą łączącego strony stosunku ubezpieczenia, że ubezpieczyciel nie gwarantował zysku i osiągnięcia celu inwestycyjnego; stanowiło to jedynie następstwo ryzyka, że inwestycje na rynku kapitałowym przynoszą zysk albo stratę, a umowa, na podstawie której określony podmiot inwestuje powierzone mu środki jest umową starannego działania, a nie umową rezultatu.

Dalej Sąd Rejonowy zauważył również, że element ryzyka – wbrew twierdzeniom pozwu spoczywał również na stronie pozwanej i wyrażał się obowiązkiem zapłaty w momencie zapadalności umowy sumy odpowiadającej wysokości składki zainwestowanej – niezależnie od faktycznego rezultatu czynionych przez fundusz inwestycji, nawet gdyby przyniosły one wyłącznie stratę.

Sąd Rejonowy uznał zatem, że brak było podstaw do stwierdzenia, że łącząca strony umowa jest w całości nieważna, co w konsekwencji prowadziło do oddalenia powództwa.

Orzeczenie o kosztach podjęte przez ten Sąd uzasadniał przepis art. 98 k.p.c., który stanowi, że strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Jak wskazał Sąd Rejonowy, powód przegrał sprawę, dlatego też winien zwrócić stronie pozwanej koszty procesu, które na podstawie art.108 k.p.c. pozostawiono do szczegółowego wyliczenia referendarzowi sądowemu.

Apelację od powyższego wyroku wywiódł powód, zaskarżając wyrok Sądu Rejonowego w całości.

Zaskarżonemu wyrokowi powód zarzucił:

1) Naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie tj. art. 233§ 1 k.p.c. poprzez wprowadzenie na podstawie materiału dowodowego zebranego w sprawie sprzecznych wniosków, co w konsekwencji doprowadziło do błędnego ustalenia przez Sąd I. instancji, że pozwana nie ma żadnego wpływu na sposób wyceny aktywów, , podczas gdy ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego wynika, że zarówno na gruncie umowy ubezpieczenia P. I.” (dalej: Umowa ubezpieczenia), jaki i na potrzeby sprawozdawczości finansowej, to pozwana ostatecznie dokonuje wyceny aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (dalej: aktywa (...)), a co za tym idzie ustalanie wartości obligacji emitowanych przez (...) S.A. (dalej: Obligacje) nie jest jednostronną decyzją podmiotu trzeciego (agenta kalkulacyjnego);

2) Naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie tj. art. 233§ 1 k.p.c. poprzez dokonanie ustaleń i ocen w sposób dowolny, sprzeczny z treścią dowodów oraz bez wszechstronnego rozważenia całokształtu zebranego w sprawie materiału dowodowego - polegający na przyjęciu, iż czynnikami branymi pod uwagę w procesie wyceny aktywów (...) są przede wszystkim czynniki rynkowe, a pozwana nie ma wpływu na wycenę

aktywów (...), podczas gdy z materiału dowodowego wynika, iż jedyny czynnik uznany przez Sąd za rynkowy, tj. Indeks, nie jest czynnikiem rynkowym, nadto żadne czynniki rynkowe nie zostały określone w zakresie ich rodzaju, charakteru oraz stopnia wpływ-u na wartość Obligacje w Umowie ubezpieczenia, a w konsekwencji wycena aktywów (...) dokonywana jest swobodnie, wyłącznie w oparciu o czynniki zależne od pozwanej, ewentualnie pozwanej oraz podmioty z nią współpracujące;

3) Naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie tj. art. 232 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. w zw. z art. 353 (1) k.c. i art. 58 k.c. poprzez przyjęcie, iż powód w żaden sposób nie udowodnił twierdzeń o wpływaniu przez pozwaną na wycenę jednostek uczestnictwa (...), wycenę Obligacji czy też ostateczną wartość rachunku ubezpieczonego i w konsekwencji przyjęcie, iż nawiązany między stronami stosunek prawny jest ważny podczas gdy badanie ważności umowy co do jej zgodności z ustawą, naturą stosunku zobowiązaniowego i zasadami współżycia społecznego odbywa się w oparciu o treść przepisów prawa powszechnie obowiązującego i treść stosunku prawnego nawiązanego między stronami, zaś powód do pozwu załączył i zawniósł o przeprowadzenie dowodu z Warunków ubezpieczenia P. I." (dalej: Warunki (...)) i Regulaminu (...), które to dokumenty' składają się na treść stosunku prawnego nawiązanego między ubezpieczającym a pozwaną, do którego przystąpił powód, co za tym idzie w zgromadzonym materiale dowodowym znajdowały się dowody niezbędne do wykazania twierdzeń powoda;

4) Naruszenie przepisów prawa procesowego mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie tj. art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 353 (1) k.c. w zw. z art. 58 k.c. § 1 k.c. i niewyjaśnienie wszystkich okoliczności faktycznych istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy poprzez brak wszechstronnej oceny postanowień Warunków (...) i Regulaminu (...), sytuacji stron stosunku ubezpieczenia, ich praw i obowiązków, ryzyka nałożonego na powoda, a w konsekwencji niedokonanie oceny sprzeczności treści nawiązanego między stronami stosunku prawnego z właściwością (naturą) stosunku, ustawą, zasadami współżycia społecznego, a więc dokonanie oceny ważności stosunku ubezpieczenia głównie w oparciu o deklarowany przez pozwaną sposób wykonywania umowy, , podczas gdy sam faktyczny sposób wykonywania umowy nie ma znaczenia dla oceny treści nawiązanego stosunku ubezpieczenia, która to ocena winna być dokonana na podstawie treści umowy, nie zaś sposobu wykonywania umowy, który to sposób wykonywania umowy, mając na uwadze daleko idącą swobodę nadaną pozwanej, może być w dowolnym czasie zmieniony;

5) Naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie tj. art.

233§ 1 k.p.c. poprzez dokonanie ustaleń i ocen w sposób dowolny, sprzeczny z treścią dowodów oraz bez wszechstronnego rozważenia całokształtu zebranego w sprawie materiału dowodowego – polegający na przyjęciu, iż Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (dalej: Regulamin (...)) zawiera postanowienia regulujące charakterystykę aktywów wchodzących w skład Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (dalej: Fundusz), kryteria doboru aktywów (...) oraz zasady ich dywersyfikacji, podczas gdy §4 ust. 3 Regulaminu (...) wprowadza otwarty katalog aktywów (...), w które mogą być lokowane środki Funduszu, a pozostałe postanowienia Regulaminu (...) nie regulują w ogóle kryteriów doboru innych niż obligacje wyemitowane przez (...) S.A. aktywów oraz zasad ich dywersyfikacji, a w konsekwencji Umowa ubezpieczenia jest nieważna, gdyż nie zawiera elementów wymaganych przez obowiązujący na dzień zawarcia umowy art. 13 ust. 4 pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej;

6) Naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie tj. art.233§ 1 k.p.c. poprzez dokonanie ustaleń i ocen w sposób dowolny, sprzeczny z treścią dowodów oraz bez wszechstronnego rozważenia całokształtu zebranego w sprawie materiału dowodowego - polegający na przyjęciu, iż Regulamin (...) zawiera postanowienia regulujące zasady ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych z Funduszu, podczas gdy z materiału dowodowego wynika, iż Fundusz obciążany jest tzw. opłatą spread, natomiast w treści Regulaminu (...) brak postanowień regulujących zasady ustalania jakiegokolwiek obciążenia z Funduszu, a w konsekwencji Umowa ubezpieczenia jest nieważna, gdyż nie zawiera elementów wymaganych przez obowiązujący na dzień zawarcia Umowy ubezpieczenia art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej;

7) Naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie tj. art.233§ 1 k.p.c. poprzez dowolną a nie swobodną oceną zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego polegającą na wyprowadzeniu wniosków

nielogicznych, niespójnych, sprzecznych z treścią zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego oraz niezgodnych z doświadczeniem życiowym, co w konsekwencji doprowadziło do przyjęcia, iż okoliczność podlegania nadzorowi przez podmiot trzeci (emitenta) oraz pozwaną dowodzi, że obrót dokonywany na rynku dwupodmiotowym pomiędzy podmiotem trzecim (emitentem) a pozwaną nie oznacza dowolności w działaniu tych podmiotów, podczas gdy okoliczność podlegania nadzorowi przez podmiot trzeci (emitenta) oraz pozwaną w żaden sposób nie wpływa na decyzyjność tych podmiotów w zakresie nabywania i zbywania Obligacji, ustalania ceny transakcji, na sposób wykonywania Umowy ubezpieczenia, a tym bardziej na treść stosunku nawiązanego pomiędzy powodem a pozwaną;

8) Naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie tj. art. 232 k.p.c. poprzez przyjęcie, że powód nie udowodnił, aby stosunek prawny nawiązany pomiędzy (...) S.A. a pozwaną miał charakter pozorny, podczas gdy z materiału dowodowego, tj. Umowy ubezpieczenia, oraz faktów bezspornych wynika, iż (...) S.A. w rzeczywistości wykonywał lub miał wykonywać na rzecz pozwanej czynności polegające na odpłatnym pozyskiwaniu klientów, wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umów ubezpieczenia, pośrednictwie w zawieraniu umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w administrowaniu i wykonywaniu tychże umów ubezpieczenia, tj. czynności zastrzeżone dla pośrednika (agenta) ubezpieczeniowego, natomiast w zakwestionowanym przez powoda stosunku łączącym (...) S.A. i pozwaną, (...) S.A. występuje jako ubezpieczający - strona Umowy ubezpieczenia, jednocześnie nie wykonując podstawowego obowiązku ubezpieczającego, tj. nie ponosząc ciężaru finansowego opłacania składek, oraz nie mając na celu zachowania interesu majątkowego ubezpieczonego;

9) Naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie tj. art. 233§ 1 k.p.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez dowolną, a nie swobodną ocenę zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego polegającą na wyprowadzeniu wniosków nielogicznych, niespójnych, sprzecznych z treścią zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, oraz niezgodnych z doświadczeniem życiowym, jak również wbrew zasadzie rozkładu ciężaru dowodu, poprzez przyjęcie iż wobec zarzutu powoda iż dokonywana przez pozwaną wycena aktywów funduszu jest nie do zweryfikowania (zarówno przez konsumenta jak i Sąd), to konsument winien zweryfikować wycenę i wskazać konkretne nieprawidłowości w utajnionej względem konsumenta metodologii wyceny stosowanej przez pozwaną;

10) Naruszenie przez Sąd art. 65 k.c. poprzez przeprowadzenie wykładni § 4 ust. 2 Regulaminu (...), niezgodnie z zasadami interpretacji umów wskazanymi w tym przepisie, prowadzącej do wniosku, iż postanowienie to odsyła do ustawy o rachunkowości oraz rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji oraz do rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczegółowych zasad uznawania metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych, podczas gdy § 4 ust. 2 Regulaminu (...) wprowadza swoistą regulację dotyczącą sposobu wyceny aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, jako elementu równań prowadzących do określenia wartości świadczeń przysługujących powodowi;

11) Naruszenie przez Sąd art. 65 k.c. poprzez przeprowadzenie wykładni § 4 ust. 3, § 6 ust. 2, § 7 ust. 3 Regulaminu (...) oraz rozdziału 10 ust. 2 i 4, rozdział 14 ust. 4, 6, 8, 9 Warunków (...) w zw. z art. 13 ust. 1 pkt 3 i ust. 4 pkt 2 i 4 ustawy z dnia 22 maja 2013 roku o działalności ubezpieczeniowej i art. 805 k.c., niezgodnie z zasadami interpretacji umów wskazanymi w tym przepisie, prowadzącej do wniosku, iż postanowienia te regulują zasady ustalania świadczeń należnych z tytułu Umowy ubezpieczenia, w szczególności sposób wskazania wartości wykupu, a także zasady ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasady umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, a ponadto zasady wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w rozumieniu art. 13 ust. 1 pkt 3 i ust. 4 pkt 2 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz wprowadzają należytą określoność świadczenia ubezpieczeniowego w rozumieniu art. 805 k.c., podczas gdy postanowienia te regulują sposób ustalania świadczeń w oparciu o tautologiczne wzory, częściowo uzupełniane przez niewiadome, których warunki i sposób wyliczenia nie jest możliwy do ustalenia na podstawie Umowy ubezpieczenia, a tym samym regulacja ta nie wprowadza choćby w minimalnym zakresie informacji, które pozwana powinna zawrzeć w umowie zgodnie z art. 13 ust. 1 pkt 3 i ust. 4 pkt 2 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i art. 805 k.c.;

12) Naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 353¹ k.c. i art. 58 k.c. poprzez ich błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, iż oceniając treść stosunku zobowiązaniowego pod kątem jego sprzeczności z ustawą, zasadami współzycia społecznego oraz naturą stosunku zobowiązaniowego, bierze się pod uwagę także jego sposób wykonania, podczas gdy brak jest jakichkolwiek podstaw do tego, aby sposób wykonania miał w tym względzie znaczenie;

13) Naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 353¹ k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że umowa ubezpieczenia nie jest sprzeczna z naturą stosunku zobowiązaniowego, podczas gdy przedmiotowa umowa nadaje pozwanej daleko idącą swobodę i dowolność w odniesieniu do określenia czynników mających wpływ na treści jej świadczeń, a więc ustalenie treści świadczenia należnego powodowi uzależnione jest od arbitralnej i opartej na całkowicie niejawnym przesłankach decyzji pozwanej, co winno prowadzić do wniosku, iż przedmiotowy stosunek zobowiązaniowy jest sprzeczny z naturą zobowiązania i stanowi naruszenie art. 353[1] k.c.;

14) Naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 353¹ w zw. z art. 58 § 2 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że Umowa ubezpieczenia nie jest sprzeczna z zasadami współzycia społecznego, podczas gdy przedmiotowa umowa ukształtowana została w sposób wprowadzający rażącą dysproporcję praw i obowiązków ubezpieczonego oraz ubezpieczyciela, prowadzącą do rażącego naruszenia zasad równowagi kontraktowej, równości faktycznej stron, słuszności kontraktowej oraz proporcjonalności świadczeń, a także zasady wzajemnej lojalności stron kontraktu, zaufania w stosunku do partnera, dbanie o interesy kontrahenta, co winno prowadzić do wniosku, iż przedmiotowy stosunek zobowiązaniowy jest sprzeczny z zasadami współzycia społecznego i stanowi naruszenie art. 353[1] i art. 58 § 2 k.c.;

15) Naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 353¹ k.c. i art. 58 § 2 k.c. w zw. z art. 154 ust. 9 w zw. z art. 153 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego błędną wykładnię i przyjęcie, iż uzyskanie zezwolenie na uznanie instrumentów finansowych, nabywanych w wykonaniu umowy ubezpieczenia, za aktywa stanowiące pokrycie rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej winno mieć wpływ na ocenę umowy ubezpieczenia pod kątem jej sprzeczności z naturą stosunku zobowiązaniowego oraz zasadami współzycia społecznego, podczas gdy zezwolenie wydaje się wyłącznie na podstawie oceny czy aktywa zapewniają bezpieczeństwo i rentowność ubezpieczyciela, przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków, a więc rozstrzygnięcie administracyjne (...) dotyczy sfery gospodarki finansowej

ubezpieczyciela, a nie zaś sytuacji cywilnoprawnej ubezpieczonych, od których pochodzą środki lokowane w tego typu aktywa.

16) Naruszenie przepisów prawa materialnego tj. art. 28 ust. 9 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości oraz § 19 ust.2 Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, iż mają one znaczenie dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, podczas gdy przepisy te wskazują wprost, iż mają zastosowanie wyłącznie do lokat których, których ryzyko ponosi ubezpieczający, a poza sporem w niniejszej sprawie jest, iż ryzyko ponosi ubezpieczony (tj. konsument), nie zaś ubezpieczający będący instytucją finansową.

17) Naruszenie przepisów prawa materialnego tj. § 1 ust. 1 pkt 3 Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych poprzez jego niezastosowanie, a w rezultacie pominięcie, iż przepis ten wyłącza zastosowanie ww. Rozporządzenia w sprawach dotyczących praw i zobowiązań wynikających z umów ubezpieczeniowych w rozumieniu ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1206, 1273 i 1348), co wyklucza zastosowanie go w niniejszej sprawie;

18) Naruszenie przepisu prawa materialnego tj. art. 829 § 2 k.c. w zw. z art. 58 k.c. poprzez jego niezastosowanie i pominięcie przy analizie zakwestionowanej umowy ubezpieczenia, a w rezultacie przy rozstrzygnięciu niniejszej sprawy, sformułowanego w tym przepisie nakazu, aby oświadczenie ubezpieczonego o chęci skorzystania z ochrony

ubezpieczeniowej zawierało obowiązkowo również wysokość sumy ubezpieczenia, co wobec braku wskazania tej wysokości deklaracji przystąpienia do umowy, winno było skutkować odmiennym rozstrzygnięciem Sądu I instancji;

W oparciu o tak sformułowane zarzuty powód wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie powództwa w całości oraz zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kosztów za I i II instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja powoda podlegała uwzględnieniu w całości z uwagi na zasadność jednego z podniesionych w niej zarzutów naruszenia przez Sąd Rejonowy przepisów prawa materialnego.

Sąd Rejonowy poczynił prawidłowe ustalenia stanu faktycznego sprawy, co do okoliczności istotnych dla jej rozstrzygnięcia. Właściwie- w granicach inicjatywy dowodowej stron- przeprowadzone zostało postępowanie dowodowe zaś ocena dowodów dokonana została zgodnie z regułami wynikającymi z art. 233§ 1 k.p.c. Nie oznaczało to jednak, iż w zakresie głównego żądania pozwu – o zapłatę kwoty 7011,44 zł. z odsetkami nie ustrzegł się Sąd Rejonowy błędu dotyczącego wadliwego zastosowania norm prawa materialnego.

Spór w sprawie koncentrował się na zagadnieniu ważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), zawartej przez stronę pozwaną jako ubezpieczycielem z (...) SA jako ubezpieczającym, do której w 2010r. przystąpił powód jako ubezpieczony, a w istocie ważności oświadczenia-deklaracji powoda o objecie go ochroną ubezpieczeniową. Wskazane zagadnienie zdeterminowało zakres kontroli sądowej i powodowało, iż w pierwszym rzędzie Sąd Odwoławczy musiał odnieść się do zarzutów apelacji dotyczących naruszenia prawa materialnego w drodze jego niewłaściwego zastosowania i/ lub błędnej wykładni. Analiza zarzutów apelacji powoda dotyczących naruszenia przez Sąd I instancji wskazanych przepisów proceduralnych pozwalała na stwierdzenie, iż w istocie apelujący nie podważa prawidłowości poczynionych przez tenże Sąd ustaleń stanu faktycznego sprawy ani dokonanej oceny zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, a jedynie kwestionuje ocenę prawną treści i charakteru stosunku prawnego łączącego strony nawiązanego w wyniku przystąpienia powoda do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) w kontekście przesłankowo zgłoszonego przez powoda zarzutu jego nieważności. Kontestowanie przez powoda wyroku Sądu Rejonowego we wskazanym zakresie oznaczało zatem, iż nie zgadza się on z oceną prawną tego Sądu, która podlegała kontroli w istocie w odniesieniu jedynie do zaprezentowanego przez Sąd I instancji stanowiska, co do zastosowania przepisów o charakterze materialnoprawnym.

Sąd Okręgowy wskazuje przy tym, że wbrew zarzutom apelacji, Sąd Rejonowy prawidłowo przeprowadził postępowanie dowodowe zgodnie z wnioskami złożonymi przez strony, ocenił zgromadzony materiał dowodowy z zachowaniem reguł zawartych w art. 233 § 1 k.p.c. i ustalił stan faktyczny, który Sąd Okręgowy czyni podstawą własnego rozstrzygnięcia.

W myśl 233 § 1 k.p.c. Sąd ocenia wiarygodność i moc dowodów według własnego przekonania na podstawie wszechstronnego rozważenia z zebranego materiału, a zatem z uwzględnieniem wszytych dowodów w przeprowadzanych w postępowaniu, jak również wszelkich okoliczności towarzyszących przeprowadzeniu poszczególnych dowodów i mających znaczenie dla oceny ich mocy i wiarygodności. Ocena dowodów polega na ich zbadaniu i podjęciu decyzji, czy została wykazana prawdziwość faktów, z których strony wywodzą skutki prawne. Celem Sądu jest tu dokonanie określonych ustaleń faktycznych pozytywnych bądź negatywnych i ostateczne ustalenie stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia. Z uwagi na przyznaną Sądowi swobodę w ocenie groźonego w sprawie materiału dowodowego, zarzut naruszenia wskazanego przepisu może być uznany za zasadny jedynie wtedy, gdy podstawą rozstrzygnięcia uczyniono rozumowanie sprzeczne z zasadami logiki, bądź wskazaniem doświadczenia życiowego. Ramy swobodnej oceny dowodów wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego oraz regułami logicznego myślenia, według których Sąd w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy, jako całość, dokonuje wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, odnośnie do pozostałego materiału dowodowego. Uwzględniając powyższe kryteria w niniejszej sprawie Sąd I instancji, opierając się na dowodach z dokumentów przedłożonych przez obie strony,

w sposób prawidłowy ustalił istotne okoliczności w przedmiotowej sprawie. Przeprowadzona przez ten Sąd ocena materiału dowodowego jest w całości logiczna i zgodna z zasadami doświadczenia życiowego, zaś wszelkie podniesione w tym zakresie przez powoda zarzuty stanowiły jedynie polemikę z prawidłowymi ustaleniami Sądu Rejonowego. Sąd Okręgowy wskazuje przy tym, że skuteczne zakwestionowanie zasady swobodnej oceny dowodów wymaga od skarżącego wykazania, że w następstwie istotnych błędów logicznego rozumowania bądź sprzeniewierzenia się zasadom doświadczenia życiowego albo też pominięcia dowodów prowadzących do wniosków odmiennych niż przyjęte przez sąd orzekający, ocena dowodów była oczywiście błędna lub rażąco wadliwa. Podważenie oceny materiału dowodowego dokonanej przez Sąd I instancji wymaga więc od skarżącego wskazania konkretnego dowodu przeprowadzonego w sprawie, którego zarzut ten dotyczy i podania, w czym skarżący upatruje wadliwą jego ocenę. Nie jest natomiast wystarczające przekonanie strony o innej, niż przyjął to sąd, wadze poszczególnych dowodów i ich odmiennej ocenie niż dokonana przez sąd. Jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów i musi się ostać.

Przechodząc do oceny zasadności apelacji wywiedzionej przez powoda, wskazać należało, iż Sąd Okręgowy w pełni podziela stanowisko Sądu Rejonowego, co do prawnej dopuszczalności umowy ubezpieczenia z (...) i charakteru tego rodzaju stosunku obligacyjnego oraz możliwości zawarcia tego rodzaju umowy na rzecz osoby trzeciej jako ubezpieczonego (art. 808 k.c.)

Rozważenia wymagały przedstawione przez powoda zastrzeżenia, co do treści umowy określającej, a według powoda nieokreślającej, wzajemne prawa i obowiązki stron. Powód podkreślał w szczególności, że kwestionowana umowa daje stronie pozwanej prawo jednostronnego ukształtowania wysokości należnych powodowi świadczeń, co wynikać miało z braku precyzyjnego wskazania czynników, które mają wpływ na wartość certyfikatów, w jakie lokowane są środki ubezpieczonego, ich rodzaju, charakteru oraz stopnia wpływu na wspomnianą wartość. Odnosząc się do powyższych zarzutów, należało przyznać powodowi rację, że ocena zasadności podniesionych przez niego zarzutów musi odbywać się z uwzględnieniem treści łączącego strony stosunku prawnego, wyznaczonego zapisami dopuszczalności umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...), przystąpienia osoby trzeciej jako ubezpieczonego do takiej umowy, charakteru tego rodzaju stosunku prawnego i konsekwencji określonej kwalifikacji prawnej stosunku ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej ukształtowanego w drodze złożonej deklaracji o objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Sąd Okręgowy wskazuje także, że zgodnie z art. 65 § 2 k.c. w umowach należy raczej badać, jaki był zgody zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Słusznie więc Sąd Rejonowy w pierwszej kolejności rozważył i ustalił charakter łączącego stosunku prawnego, wskazując, że rozpatrywana umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ma charakter mieszany z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Szeroki wywód prawny Sądu Rejonowego w tej kwestii czyni zbędnym ponowne przytaczanie jego tez. Sąd Okręgowy wskazuje nadto, że rozstrzygana kwestia była także przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego w uchwale z dnia 10 sierpnia 2018 r., III CZP 20/18. Sąd Najwyższy wskazał, że umowy ubezpieczeniowe z (...) zostały wymienione w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (ówcześnie tekst jedn.: Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66 z późn. zm w dziale I (" (...) na życie") grupie 3 (" (...) na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym"), odrębnie od wskazanych jako grupa 1 - "ubezpieczeń na życie" (por. też uprzednio dział I grupa 3 załącznika do ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, tekst jedn.: Dz. U. z 1996 r. Nr 11, poz. 62 z późn. zm.). W art. 2 ust. 1 pkt 13 ustawy zdefiniowano "ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy", jako "w ubezpieczeniu, o którym mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy, wydzielony fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia", a w art. 13 ust. 4 wskazano elementy obligatoryjne, które zakład ubezpieczeń jest obowiązany określić lub zawrzeć w umowach (...), w tym m.in. zasady ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia (pkt 2), zasady alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (pkt 6) oraz zasady ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z

ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (pkt 5). W założeniu ustawodawcy umowa ubezpieczenia z (...) to umowa "ubezpieczenia", w której strony uzgadniają, iż przynajmniej część "składek ubezpieczeniowych" jest "alokowana" w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, czyli tworzonego z tych składek wydzielonego funduszu aktywów, inwestowanego zgodnie z umową i zarządzanego przez ubezpieczyciela (ewentualnie) na koszt i ryzyko "ubezpieczającego", i której koniecznym elementem - obok świadczeń "ubezpieczeniowych" zakładu ubezpieczeń - jest możliwość wykupu "ubezpieczenia". Ustawodawca zdaje się przy tym zakładać, że lokowanie składek w (...), a tym samym umowa ubezpieczenia z (...), ma - a w każdym razie może mieć - cel inwestycyjny (oszczędnościowy), także zdecydowanie dominujący, analogicznie do celów innych instrumentów inwestycyjnych (np. uczestnictwa w funduszu inwestycyjnym, prowadzenia rachunku papierów wartościowych czy też rachunku bankowego), i wyraźnie odróżniany od celu w postaci udzielenia ochrony ubezpieczeniowej. Sąd Najwyższy wskazał, że zawieranie umów ubezpieczenia z (...) przez zakłady ubezpieczeń wchodzi w zakres ich dozwolonej działalności ubezpieczeniowej (art. 3 ust. 1 i 2 u.d.u.), co dotyczy także umów, w których cel inwestycyjny (oszczędnościowy) ma charakter zdecydowanie dominujący. Umowa ubezpieczenia z (...) jest szczególnym rodzajem (podtypem) umowy ubezpieczenia osobowego, o którym mowa w art. 805 § 2 pkt 2 k.c. Wskazać przy tym należy, że ustawa o działalności ubezpieczeniowej kwestii tej jednak nie przesądza, ponieważ zasadniczym jej celem nie jest normowanie praw i obowiązków stron uwzględnionych w niej umów, lecz określenie warunków wykonywania działalności w zakresie ubezpieczeń osobowych i ubezpieczeń majątkowych (art. 1 ust. 1 pkt 1 u.d.u.), a więc kwestii o charakterze w zasadzie publicznoprawnym. Bezpośrednia doniosłość ustawy dla określenia reżimu praw i obowiązków stron ma charakter szczątkowy, ograniczony jedynie do art. 13 ust. 4. Według jednego z poglądów, do którego przychyliła się Sąd Okręgowy w składzie rozpoznającym niniejszą sprawę, w przypadku umowy ubezpieczenia z (...) mamy do czynienia z umową mieszaną (nienazwaną), do której w zasadzie należy stosować przepisy kodeksu cywilnego dotyczące umowy ubezpieczenia na życie z zastrzeżeniem wyjątków uzasadnionych szczególną naturą umowy ubezpieczenia z (...) (tak też Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13, OSNC 2014, nr 10, poz. 103). W wyroku z dnia 22 listopada 2017 r., IV CSK 61/17 (nie publ.) Sąd Najwyższy wyraził pogląd, że "z perspektywy funkcjonalnej" tego rodzaju umowa opiera się na połączeniu elementów umowy ubezpieczenia z elementami umowy inwestycyjnej, przy czym natężenie cech umowy ubezpieczenia lub umowy o inwestowanie umówionej sumy pieniężnej kształtuje się różnie, w zależności od woli stron. Zarazem zwrócił uwagę, że umowy ubezpieczenia z (...) zostały "genetycznie" oparte na konstrukcji umowy ubezpieczenia, przewidując - obok elementu zarządzania przez ubezpieczyciela kapitałem ubezpieczającego - także typowe elementy wskazane w art. 805 k.c. jako essentialia negotii tej umowy. Wskazał, iż umowy te stanowią umowę ubezpieczenia "wzbogaconą" o element inwestycyjny - polegający na zarządzaniu przez ubezpieczyciela środkami wpłaconymi w ramach składek w celu wypracowania zysku dla ubezpieczającego. W świetle postanowień umowy stosunek ubezpieczenia pozostaje wyłącznie "formą", w której ramach miał być realizowany cel inwestycyjny - mający z reguły podstawowe znaczenie dla umowy ubezpieczenia z elementami umowy inwestycyjnej. Kwestia kwalifikacji prawnej umowy ubezpieczenia z (...) była także przedmiotem zainteresowania Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, który w wyroku z dnia 1 marca 2012 r., C-166/11, Á. L. G. A. przeciwko N. N. V. S. y (...), odniósł się do wątpliwości Sądu hiszpańskiego dotyczącej interpretacji art. 3 ust. 2 lit. d dyrektywy Rady 85/577/EWG z dnia 20 grudnia 1985 r. w sprawie ochrony konsumentów w odniesieniu do umów zawartych poza lokalem przedsiębiorstwa (Dz. Urz. L 372 z dnia 31 grudnia 1985 r., s. 31 z późn. zm.), wyłączającego jej zastosowanie do "umów ubezpieczeniowych". Wątpliwość Sądu odnosiła się do kwalifikacji umowy ubezpieczenia na życie z minimalnym kapitałem ubezpieczenia w wysokości 3000 EUR w przypadku śmierci, w której jako beneficjentów ubezpieczający oznaczył samego siebie i swoje dzieci, i dodatkowo uzgodniono świadczenia odpowiadające produktowi inwestycji finansowej, wykraczające poza charakterystyczne cechy umowy ubezpieczenia na życie i przekształcające ją w umowę mieszaną. Trybunał zwrócił uwagę, że sporna umowa przewiduje "w szczególności" ubezpieczenie na życie w ścisłym tego słowa znaczeniu, i w związku z tym uznał, że kwalifikacja tej umowy jako "umowy ubezpieczenia" w rozumieniu dyrektywy 85/577 "nie jest (...) w sposób oczywisty błędna". Zarazem stwierdził, że postanowienia umowne przewidujące ubezpieczenie na życie w zamian za miesięczną płatność składek inwestowanych w inwestycje o oprocentowaniu stałym i o oprocentowaniu zmiennym, a także w produkty finansowe, których ryzyko finansowe jest ponoszone przez ubezpieczającego, "nie są niezwykłe" (pkt 28). Przeciwnie, umowy określane jako "unit linked", "wyrażone w jednostkach przeliczeniowych" lub "związane z funduszami inwestycyjnymi", takie jak sporna umowa, są powszechne w prawie ubezpieczeń (pkt 29). Trybunał zauważył ponadto, że prawodawca unijny uznał, iż ten typ

umowy należy do grupy ubezpieczeń na życie, tak jak to wyraźnie wynika z pkt III załącznika I do dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie (Dz. Urz. WE L 345 z dnia 19 grudnia 2002 r., s. 1 z późn. zm.) w związku z art. 2 pkt 1 lit. a) tej dyrektywy, wskazującym, że ma ona zastosowanie m.in. do ubezpieczeń na życie (w pkt III załącznika I wymieniono jako "grupę" ubezpieczeń bezpośrednich objętych dyrektywą "ubezpieczenia określone w art. 2 ust. 1 lit. a) i b), powiązane z funduszami inwestycyjnymi"). Przypomniał również, że jeszcze przed wejściem w życie dyrektywy 85/577 ubezpieczenia związane z funduszami inwestycyjnymi były uważane, zgodnie z art. 1 pkt 1 lit. a dyrektywy Rady 79/267/EWG z dnia 5 marca 1979 r. w sprawie koordynacji przepisów ustawowych, wykonawczych i administracyjnych dotyczących podejmowania i prowadzenia działalności w dziedzinie bezpośrednich ubezpieczeń na życie (Dz. U. L 63 z dnia 13 marca 1979 r., s. 1), w związku z pkt III załącznika do niej, za należące do grupy ubezpieczeń na życie. W ocenie Trybunału, przyjmując dyrektywę 85/577 prawodawca unijny nie ograniczył pojęcia umowy ubezpieczenia w ten sposób, aby nie obejmowała ona ubezpieczeń związanych z funduszami inwestycyjnymi (pkt 30). Fenomen umów (...) został uwzględniony także w obowiązującym od dnia 6 stycznia 2010 r. art. 185 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE z dnia 25 listopada 2009 r. w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wyplacalność II) (Dz.Urz.UE.L 335 z dnia 17 grudnia 2009 r., s. 1 z późn. zm.), gdzie wśród obligatoryjnych informacji, które mają być przekazane ubezpieczającemu przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie, wyszczególniono m.in. "w przypadku ubezpieczeń wyrażonych w jednostkach funduszy inwestycyjnych", definicję jednostek, z którymi świadczenia są związane" (ust. 3 lit. h) oraz wskazanie rodzaju podstawowych aktywów dla "ubezpieczeń związanych z funduszem inwestycyjnym" (ust. 3 lit. i) (por. uchwała Sądu Najwyższego z dnia 10 sierpnia 2018 r., III CZP 20/18). Jak wskazał Sąd Najwyższy w cytowanej uchwale, w wielu przypadkach umowa ubezpieczenia z (...) jedynie w ograniczonym - niekiedy wręcz symbolicznym - zakresie realizuje podstawowy cel umowy ubezpieczenia, jakim jest przejście przez ubezpieczyciela ciężącego na ubezpieczonym (ewentualnie uposażonym) ryzyka związanego z zajściem określonego wypadku w życiu ubezpieczonego. Jest to szczególnie wyraziste w sytuacji, w której suma ubezpieczenia wypłacanego na wypadek śmierci lub dożycia określonego wieku odpowiada w zasadzie wartości zgromadzonych jednostek funduszu. Zdecydowanie dominujący jest wówczas cel inwestycyjny, który wiąże się z inwestowaniem płaconych przez ubezpieczającego składek, na ryzyko ubezpieczonego, i możliwością wypowiedzenia przezeń umowy i wycofania wartości jednostek funduszu zgromadzonych na rachunku (wartości wykupu). Przy czym nie chodzi tu - jak w przypadku tradycyjnego wykupu ubezpieczenia osobowego - o zwrot części składki nadpłaconej w początkowym okresie w związku z nierównomiernym rozłożeniem ryzyka ochrony ubezpieczeniowej (wzrastającym z biegiem czasu), lecz o wypłatę zgromadzonych i inwestowanych oszczędności. W ramach zobowiązań ubezpieczyciela na plan pierwszy wysuwa się wówczas odpłatny obowiązek zarządzania funduszem kapitałowym pochodzącym ze składek ubezpieczającego oraz obowiązek zapłaty wartości wykupu, będący obligatoryjnym elementem umowy ubezpieczenia z (...) (por. art. 13 ust. 4 pkt 2 u.d.u.). Świadczenie ubezpieczeniowe ma charakter drugorzędny i w aspekcie przedmiotowym tylko w ograniczonym stopniu różni się od wypłaty wartości wykupu. Względy te skłaniają do wniosku, że umowa ubezpieczenia z (...), 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. Zgodnie z wolą ustawodawcy nawet ów dominujący cel inwestycyjny nie prowadzi jednak do absorpcji umów ubezpieczenia z (...) do reżimu prawnego umów inwestycyjnych. Przeciwnie, z omawianych przepisów wyłania się wola traktowania takich umów jako umów ubezpieczenia osobowego, co jednak nie powinno być odczytywane jako decyzja co do ich pełnej absorpcji w kodeksowe ramy takich ubezpieczeń. 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. Wśród tych przepisów w doktrynie wskazuje się np. art. 813 k.c., zwracając uwagę, że może on mieć zastosowanie jedynie do tej części płaconej składki, która stanowi ekwiwalent ochrony udzielanej przez ubezpieczyciela i nie jest przeznaczana do zainwestowania. Z kolei do wypłaty wartości wykupu nie mogą znaleźć zastosowania przepisy, które zakładają zaistnienie wypadku ubezpieczeniowego (np. art. 817 k.c.). Do szczegółowej oceny umowy stron w tym zakresie Sąd Okręgowy odniesie się w dalszej części uzasadnienia.

W tym miejscu wskazać należało, że wbrew zarzutom apelacji, złożenie przez powoda oświadczenia na deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie z (...) skutkowało powstaniem stosunku prawnego pomiędzy powodem, a stroną pozwaną w ramach, jak słusznie to wskazał Sąd Rejonowy, ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 808 k.c.). Koncepcja ta jest utrwalona w orzecznictwie Sądu Najwyższego (por. m.in. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12.09.2013 r., sygn. akt IV CSK 91/13). Z uwagi na mieszany charakter zawartej umowy, przy uwzględnieniu przeważającego w niej elementu inwestycyjnego, wysokość należnych powodowi świadczeń nie mogła być ściśle określona. W umowach ubezpieczenia z (...) suma wypłacana po ustaniu stosunku ubezpieczenia nie stanowi sumy ubezpieczenia lecz pewną, nieokreśloną wartość przyszłą uzyskaną wskutek inwestycji w fundusze. Przepis art. 829 § 2 k.c. w zakresie wymogu określenia sumy ubezpieczenia może mieć zastosowanie jedynie odpowiednio. Innymi słowy, złożenie przez konsumenta oświadczenia woli, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia rodzi po stronie ubezpieczyciela i ubezpieczonego obowiązki i prawa określone w umowie zawartej przez ubezpieczyciela z ubezpieczającym (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2015 r., V CSK 234/15).

Jak wynika z treści deklaracji przystąpienia przez powoda do grupowego ubezpieczenia P. I., wyraził ona zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową przez stronę pozwaną zgodnie z Warunkami ubezpieczenia P. I.. Te zaś, jak wynika z ich zapisów określały, wbrew zarzutom apelacji, sposób ustalenia wysokości należnego powodowi świadczenia na wypadek dożycia, czy zgonu.

Niezasadne okazały się zarzuty powoda w przedmiocie jednostronnego, arbitralnego ustalania przez stronę pozwaną wysokości należnych mu świadczeń, czy wręcz ich nieokreślenia w umowie. Wbrew tym zarzutom postanowienia Warunków (...) oraz Regulaminu (...) w sposób szczegółowy określały zasady ustalania wysokości należnych powodowi świadczeń – świadczenia z tytułu dożycia, świadczenia na wypadek zgonu oraz tzw. świadczenia wykupu na wypadek rezygnacji z kontynuowania umowy. Nadto Warunki (...) określały sposób ustalania wartości jednostki uczestnictwa funduszu, w tym sposób określenia wartości netto aktywów (...). Powód nie udowodnił, iż strona pozwana wpływała na wycenę jednostek uczestnictwa (...), wycenę obligacji, czy też ostateczną wartość rachunku będącego podstawą ustalenia wartości należnych powodowi świadczeń. Sam zaś brak wiedzy specjalistycznej, pozwalającej na samodzielne oszacowanie wartości rynkowej aktywów netto (...) nie przesądza o nieważności umowy i w żaden sposób nie podważa natury zawiązanego pomiędzy stronami stosunku zobowiązaniowego. Przyjęcie odmiennej koncepcji oznaczałoby, iż tylko osoby posiadające wysoce specjalistyczną wiedzę w zakresie rynków finansowych mogłyby skutecznie zawierać umowy inwestycyjne. Wbrew zarzutom powoda Regulamin (...) w § 4 szczegółowo przedstawia przyjętą przez stronę pozwaną strategię inwestycyjną N. F. X.. W pierwszej kolejności zakłada ona, że aktywa netto (...) są wyceniane według wartości rynkowej. Odmienne twierdzenia powoda nie znalazły potwierdzenia w zebranych materiale dowodowym. Wskazano także, że środki (...) Strategia N. F. X. lokowane są do 100 % w certyfikaty wyemitowane przez (...), których wypłata oparta jest na indeksie (...) Libra E. M.. Certyfikaty są gwarantowane przez (...). Wspominany indeks został opracowany i powiązany z notowaniami akcji krajów rozwijających się i obligacjami amerykańskimi, przy czym przyjęta strategia dawała możliwość alokacji aktywów w zależności od sytuacji na rynkach. W czasie trendu wzrostowego na giełdzie, zwiększa ekspozycję na ten rynek i może generować atrakcyjne stopy zwrotu. W momencie zmiany trendu na rynku, indeks przetrzuca kapitał do obligacji amerykańskich. Powód, przystępując do umowy, znał powyższą strategię i godził się na nią, wiążąc z nią tym samym ryzyko inwestycyjne. Jego twierdzenia, jak słusznie podkreślił Sąd I instancji, co do możliwości ingerowania i arbitralnego ustalania wartości Certyfikatów, czy też wartości netto aktywów (...) nie zostały poparte żadnym materiałem dowodowym, a ocena zarzutu niemożliwości weryfikacji wyceny aktywów (...) wymagała wiadomości specjalnych. W tym zakresie powód także nie przejawiał stosownej inicjatywy dowodowej. Sąd Okręgowy wskazuje, że metodologia wyliczenia Indeksu nie musi być opisana w umowie. Brak ten w żaden sposób nie wpływa na ważność umowy, nie narusza natury stosunku prawnego ani zasad doświadczenia życiowego ze wskazanych już powyżej względów. Może on co najwyżej mieć znaczenie dla oceny sposobu wykonywania umowy przez stronę pozwaną, także przez pryzmat podnoszonych przez powoda zasad lojalności wobec kontrahenta, co nie było jednak objęte przedmiotem sporu.

Nie można zgodzić się także z zarzutem, iż Warunki ubezpieczenia w powiązaniu z postanowieniami regulaminu (...) nie zawierają postanowień określających essentialia negotii umowy. Wielokrotnie przywoływany w apelacji przepis art. 13 mającej zastosowanie w sprawie ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1206, 1273 i 1348) stanowi, że uinformacje o jednostce

mowa ubezpieczenia na życie, powinna określać definicję świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, wysokość składki odpowiadającej poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym, zasady ustalania świadczeń, sposób kalkulacji i przyznawania premii, rabatów i udziału w zyskach, sposób określenia stopy technicznej, wskazanie wartości wykupu, wskazanie wysokości sumy ubezpieczenia w przypadku zamiany umowy na ubezpieczenie bezskładkowe, określenie kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez ubezpieczyciela przy wypłacie świadczeń, metody kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, w tym na premie i rabaty (czynniki mające wpływ na wysokość świadczenia - w wypadku zmiany rezerw) oraz informację, czy świadczenie ubezpieczyciela będzie podlegało opodatkowaniu ze wskazaniem zasad opodatkowania. Analizując charakter powyższych postanowień ustawowych nie można stwierdzić, aby wszystkie one stanowiły essentialia negotii umowy ubezpieczenia. Niewątpliwie będą nimi określenie stron umowy, po stronie powódki obowiązek uiszczenia składki, określenie przedmiotu ubezpieczenia, a także po stronie pozwanej obowiązek spełnienia świadczeń na wypadek zajścia zdarzeń ubezpieczeniowych, czy świadczenia wykupu, a w zakresie części inwestycyjnej – podjęcie czynności związanych z zarządzaniem wpłaconymi składkami w sposób określony w umowie. Pozostałe elementy wskazane w art. 13 powołanej ustawy należy uznać za ustawowy nakaz informacyjny. Niezastosowanie się od niego może być rozpatrywane z punktu widzenia transparentności wzorca umowy (art. 385 k.c.), czy jako jedna z przesłanek abuzywności postanowienia wzorca umowy (art. 385¹ k.c.). Nie wpływają one natomiast na ważność umowy ubezpieczenia z (...).

Ostatecznie należy stwierdzić, że konstrukcja umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym została ukształtowana w zgodzie z art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

Niezasadne okazały się także zarzuty naruszenia przez Sąd I instancji art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 § 2 k.c. poprzez nieprzyjęcie, że zawarta umowa narusza zasady współzycia społecznego albowiem wprowadza rażąco dysproporcję praw i obowiązków ubezpieczonego i ubezpieczyciela, narusza zasadę równowagi kontraktowej, równości faktycznej stron, słuszności kontraktowej oraz proporcjonalności świadczeń, zasady wzajemnej lojalności stron kontraktu, zaufania do partnera, dbania o interesy kontrahenta w kontekście twierdzeń powoda o swobodzie strony pozwanej w wycenie aktywów (...). W żadnym razie nie można zgodzić się nadto z zarzutem swobody w zmianie strategii inwestycyjnej, czy też swobody likwidacji funduszu. Jak wynika z treści przytoczonych już zapisów Regulaminu (...) środki (...) były lokowane do 100 % certyfikatami (...), w rzeczywistości w owych 100 %. Trudno więc mówić o naruszeniu przywołanych w zarzucie zasadach. Postanawiania Regulaminu (...) nie przewidywały nadto możliwości swobodnej likwidacji funduszu; w ogóle tej kwestii nie dotyczyły. Uregulowano w nich natomiast sytuację, jaka by powstała, gdyby taki indeks został zlikwidowany, co wyraża raczej dążenie do całościowego i precyzyjnego określenia obowiązków strony pozwanej. Ich wykonanie, jak już wspomniano, pozostaje poza ocenę niniejszej sprawy. Powód nie precyzował bliżej na czym miałyby polegać rażąca dysproporcja świadczeń stron, skoro w umowie tego typu, do której przystąpił, ze zdecydowaną dominacją elementu inwestycyjnego, nie mogło być mowy o ekwiwalentnych świadczeniach albowiem jej celem nie była wymiana dóbr lecz uregulowanie praw stron i obowiązków w zakresie lokowania w celach inwestycyjnych środków wpłaconych przez powoda w formie składki ubezpieczeniowej. Jak już wspomniano, obciążenie powoda ryzykiem nieosiągnięcia zamierzonego wyniku finansowego w tego typu umowach nie mogło być uznane za sprzeczne z zasadami współzycia społecznego.

Niezasadny okazał się nadto zarzut pozorności umowy łączącej stronę pozwaną z (...). Powód zarzucił, że w rzeczywistości wskazana Spółka działała jako pośrednik, nie zaś jako ubezpieczający, o czym miał świadczyć m.in. fakt, że całość ciężaru składki została przerzucona na ubezpieczonego. Tymczasem, jak wskazał Sąd Najwyższy w swym wyroku z dnia 12.01.2018 r. (II CSK 222/17, Lex 2446838), który to pogląd Sąd Okręgowy w pełni podziela, przerzucenie ciężaru finansowego składki ubezpieczeniowej na ubezpieczonego nie przesądza per se,

że ubezpieczony uzyskuje status ubezpieczającego. Rozwiązanie takie nie wyklucza zatem kwalifikacji umowy jako umowy ubezpieczenia objętej art. 808 k.c. Stanowisko to należy odnieść odpowiednio do sytuacji, w której ubezpieczonemu przysługują pewne uprawnienia pozwalające kształtować zakres ochrony ubezpieczeniowej. Kwalifikacja konkretnej umowy jako umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek musi uwzględniać całokształt jej postanowień i rzeczywisty obraz relacji między stronami oraz osobami mającymi uzyskać w ramach tej umowy ochronę ubezpieczeniową, bez względu na stosowane w niej nazewnictwo, w tym sposób określenia stron. Na obraz ten rzutuje nie tylko ciężar opłacania składki, lecz także kwestia dobrowolności objęcia ubezpieczeniem, obowiązek lojalności wobec ubezpieczonych, który powinien spoczywać na ubezpieczającym, a także obowiązek ubezpieczyciela do zapłaty wynagrodzenia, jeżeli taki obowiązek wynika z umowy. Do tej ostatniej kwestii Sąd Okręgowy powróci jeszcze w dalszej części uzasadnienia. Tak więc tylko i wyłącznie na podstawie całokształtu okoliczności charakteryzujących dany stosunek prawny, w tym także okoliczności, w jakich doszło do jego powstania, możliwe jest dokonanie oceny jego treści, a tym samym wzajemnych praw i obowiązków, czy też, jak chce tego powód, ustalenia, że umowa ta miała charakter pozorny. Nie jest to jednak możliwe bez dokonania ustaleń faktycznych w powyższym zakresie. To zaś na stronie, która z danego faktu wywodzi skutki prawne, zgodnie z regułą zawartą w rat. 6 k.c., spoczywa ciężar dowodowy. Jednoznacznie należy podkreślić, że w okolicznościach rozpoznawanej sprawy powód nie uczynił zadość temu obowiązkowi. Nie zaoferował jakichkolwiek dowodów, w świetle których możliwa byłaby ocena podnoszonych przez niego zarzutów. Nie można ich w związku z tym na tym etapie ocenić inaczej jak jedynie teoretyczne rozważania, które jednak nie mogą stanowić podstawy ustaleń faktycznych. W ramach tych rozważań można przyjąć przykładowo, że treść kwestionowanej umowy wskazuje na stworzenie ram prawno - organizacyjnych, służących udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej przez akceptację oferty ubezpieczenia, kierowanej przez pozwaną do klientów (...), za jej pośrednictwem i przy wykorzystaniu jej infrastruktury. Spółka (...) jako doradca finansowy mógł w ramach swojej oferty proponować klientom produkt mieszany – ubezpieczeniowo – inwestycyjny, do którego klient przystępował w następstwie przyjęcia warunków grupowego ubezpieczenia, a tym samym w rzeczywistości sam się ubezpieczał, czyniąc użytek w uproszczonego trybu zawierania umowy uzgodnionej przez pozwaną i Spółkę. Nie można oczywiście wykluczyć, snując w dalszej kolejności teoretyczne rozważania, że wskazana Spółka nie występowała jako ubezpieczający, lecz jako pośrednik w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 22.05.2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz. U. 2016, poz. 2077). Tu pojawia się kwestia pełnomocnictwa, w oparciu o które działa agent ubezpieczeniowy (por. art. 12 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym). Przy czym należy podkreślić, że sama okoliczność, iż podmiot podający się za agenta, a nieposiadający umocowania albo działający z jego przekroczeniem, skutkuje jedynie tym, że dana czynność jest niezupełna (negotium claudicans), a jej ważność zależy od potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń, w imieniu którego została ona zawarta. Aby uchylić się od skutków zawartej umowy ubezpieczenia (przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie z (...)) zakład ubezpieczeń powinien niezwłocznie po otrzymaniu wiadomości o jej zawarciu (przystąpieniu) oświadczyć klientowi, że umowy tej nie potwierdza. W okolicznościach rozpoznawanej sprawy zakład ubezpieczeń potwierdził swoją odpowiedzialność poprzez wystawienie certyfikatu ubezpieczenia. Tak więc może się wprawdzie okazać, że dana umowa nie była w rzeczywistości umową ubezpieczenia na cudzy rachunek, fakt ten nie przesądza jednak jeszcze automatycznie o nieważności umowy ubezpieczenia, jako sprzecznej z art. 808 k.c. Odnośnie zakwalifikowania działania Spółki (...) jako działającego w ramach pośrednictwa ubezpieczeniowego jedynie na podstawie okoliczności pobierania (czy też nie) wynagrodzenia za dokonywane czynności, wskazać należy, że wprowadzenie art. 18 i 19 ustawy z dnia 11.09.2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. 2017, poz. 1170 z póź. zm.), a zakazujący z pewnymi wyjątkami, uzyskiwania przez ubezpieczającego, jako stronę umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek wynagrodzenia i innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania a ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie z fundamentalną zasadą *lex retro non agit*, nie obejmuje swymi skutkami stanów prawnych powstałych przed wejściem w życie jego obowiązywania. Sąd Okręgowy dostrzega, iż w piśmiennictwie poddawano krytyce praktykę pobierania wynagrodzenia od ubezpieczycieli przez podmioty występujące w roli ubezpieczającego w ramach umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek. Wspomniana regulacja stanowi odpowiedź na tą praktykę. Nie może ona jednak prowadzić do prostego rozróżnienia pomiędzy działaniem w charakterze ubezpieczającego, a pośrednika albowiem o tym, jaki rzeczywisty stosunek prawny występuje pomiędzy ubezpieczycielem a podmiotem „oferującym” ubezpieczenia z (...) decydują zawsze okoliczności konkretnego przypadku i treść umowy regulujące wzajemne prawa i

obowiązki ubezpieczyciela i „oferującego”, relacje występujące pomiędzy tymi podmiotami. Te zaś okoliczności muszą wynikać ze zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego.

W tym miejscu Sąd Okręgowy powróci do mającego zasadnicze znaczenie zagadnienia charakteru prawnego umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) w kontekście podniesionego w apelacji powoda zarzutu naruszenia przez Sąd Rejonowy przepisów prawa materialnego, a to art. 353(1) i art. 805 w zw. z art. 58 k.c.

Wyrażona w art. 353¹k.c. i odnosząca się do kształtowania więzi prawnej skutecznej między stronami zasada swobody umów, gwarantowana konstytucyjnie w zakresie, w jakim stanowi przejaw i służy realizacji wolności człowieka (art. 31 Konstytucji), wolności działalności gospodarczej (art. 20 i 22 Konstytucji) lub innych, szczegółowych wolności i praw (wyroki Trybunału Konstytucyjnego: z dnia 29 kwietnia 2003 r., SK 24/02, OTK-A 2003, nr 4, poz. 33; z dnia 13 września 2005 r., K 38/04, OTK-A 2005, nr 8, poz. 92; z dnia 24 stycznia 2006 r., SK 40/04, OTK-A 2006, nr 1, poz. 5; z dnia 27 listopada 2006 r., K 47/04, OTK-A 2006, nr 10, poz. 153), nie ma charakteru absolutnego (uchwała Sądu Najwyższego z dnia 11 stycznia 2018 r., sygn. akt III CZP 93/17). Wynika to z tego, że także umowa, której bezpośrednie skutki prawne mają kształtować wyłącznie położenie prawne jej stron, może godzić w interes publiczny lub prywatny w stopniu, który wyklucza jej respektowanie i zabezpieczanie przymusem państwowym. Ochrony tej mogą wymagać również interesy jednej ze stron umowy, ponieważ – wbrew pierwotnym, liberalnym założeniom leżącym u podstaw zasady swobody umów – sam mechanizm umowy nie zawsze zapewnia ich należyte poszanowanie (wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 13 września 2005 r., K 38/04).

Wyznaczając w art. 353¹ k.c. granice swobody umów, ustawodawca odwołał się do trzech czynników wyznaczających kompetencję stron, mianowicie ustawy, zasad współżycia społecznego i właściwości (natury) stosunku. Wspomniane kryteria nazywa się powszechnie granicami swobody umów, a ich przekroczenie skutkuje uznaniem czynności prawnej (umowy) za dokonaną poza zakresem ustawowej kompetencji, a zatem nieważną w całości lub części na podstawie art. 58 k.c., który stanowi, że 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 (§ 1). Podobny skutek został przewidziany w wypadku, gdy umowa jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego (§ 2) (P. Machnikowski, Komentarz do art. 353¹ k.c. [w:] E. Gniewek (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, 2017).

Pierwsze z wymienionych w art. 353¹ k.c. ograniczeń swobody umów jest związane z właściwością (naturą) stosunku zobowiązaniowego. Ograniczenie to stanowi novum legislacyjne, albowiem nie przewidywał go odpowiednik komentowanego artykułu zamieszczony w kodeksie zobowiązań (art. 55). Z tego względu, jak dotychczas, doktryna oraz orzecznictwo nie wyjaśniły w pełni znaczenia tego ograniczenia. Z wypowiedzi przedstawicieli doktryny wynika jednak, że można je rozumieć dwojako. Po pierwsze – szerzej, jako dyrektywę przestrzegania pewnych zasadniczych znamion stosunku zobowiązaniowego, tj. tych jego części składowych, których istnienie decyduje o istocie tworzonego węzła prawnego. Po drugie zaś – w sposób zawężony, jako dyrektywę przestrzegania pewnych specyficznych, normatywnie sprecyzowanych części składowych poszczególnych typów nazwanych stosunków zobowiązaniowych, których nieuwzględnienie lub zmodyfikowanie powodowałoby merytoryczne wypaczenie ustawodawczego wzorca stosunku zobowiązaniowego wynikającego z określonego typu umowy (T. Wiśniewski, Komentarz do art. 353¹ k.c. [w:] J. Gudowski (red.), Kodeks cywilny. Komentarz. Tom III. Zobowiązania. Część ogólna, 2018).

Jak wyżej wskazano, 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 wymienionych kryteriów skutkuje nieważnością umowy lub jej części. Zasada swobody umów nie ma charakteru absolutnego. Jest bowiem ograniczona naturą stosunku prawnego, ustawą i zasadami współżycia społecznego. W przypadku zawarcia umowy nazwanej, uregulowanej w kodeksie cywilnym lub w przepisach szczególnych, to jej treść musi być zgodna z bezwzględnie obowiązującymi przepisami regulującymi dany rodzaj umowy. Strony ograniczone są również normami pozaprawnymi, które nakazują kształtowanie praw i obowiązków stron kontraktu w sposób odpowiadający słuszności

kontraktowej, zgodnie z zasadami uczciwości, rzetelności profesjonalnej, w sposób równoważący ryzyko związane z powstaniem i wykonaniem zobowiązania. Ponadto swobodę zawierania umów delimituje także właściwość stosunku obligacyjnego, co oznacza, iż musi on odpowiadać podstawowym cechom danego modelu stosunku obligacyjnego lub określonego rodzaju zobowiązania. Naruszenie któregośkolwiek z wymienionych w art. 353(1) k.c. kryteriów swobody zawierania umów skutkuje nieważnością umowy na podstawie art. 58 k.c.

Zdaniem Sądu Okręgowego umowa zawarta między stronami jest sprzeczna z właściwością stosunku prawnego.

Powód przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...). Jak uprzednio wskazano celem takiej umowy jest z jednej strony uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej, z drugiej zaś- gromadzenie i inwestowanie kapitału przez ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy. Każdorazowo to okoliczności konkretnej sprawy decydują o tym, któremu z elementów umowy – ubezpieczeniowemu, czy też inwestycyjnemu strony nadały podstawowe znaczenie. Jak wynika z treści Warunków (...) w łączącym strony stosunku prawnym zdecydowanie przeważał element inwestycyjny skoro wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu określono na 1 % zainwestowanej składki plus liczba jednostek uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia przy uwzględnieniu wartości jednostek uczestnictwa funduszu w dacie zgonu. Wysokość świadczenia z tytułu dożycia zbiegająca się z końcowym okresem, na jaki zawarto umowę, odzwierciedlała natomiast ostateczny wynik finansowy inwestycji z zastrzeżeniem gwarancji wypłaty 100 % zainwestowanych środków. Wniosek taki wynika nadto z porównania wysokości świadczeń wypłacanych na rzecz ubezpieczonego, jak również wysokości pobieranej opłaty za ryzyko w stosunku do wysokości opłaty administracyjnej. Środki pieniężne uzyskiwane ze składki pierwszej i składek bieżących wpłacane przez ubezpieczonego, po potrąceniu opłaty administracyjnej, a w jej ramach opłaty za ryzyko, zamieniane były na jednostki uczestnictwa w (...), następnie lokowane w obligacje strukturalne emitowane przez spółkę kapitałową. Jednakże, w ocenie Sądu Odwoławczego, dla bytu tej umowy niezbędna była także realizacja celu związanego z ochroną ubezpieczeniową.

Zgodnie z art. 805 k.c. ubezpieczyciel obowiązany jest spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Natomiast w przypadku ubezpieczeń osobowych świadczenie określone w art. 805 k.c. może przybrać postać świadczenia pieniężnego (umówionej sumy pieniężnej), renty lub innego z nazwy świadczenia pieniężnego o jednorazowym lub okresowym charakterze. Nadto zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia zdarzeń losowych. W kontekście treści powołanych regulacji nie budzi wątpliwości, iż immanentną cechą, istotą stosunku ubezpieczenia w przypadku zakładu ubezpieczeń jest ponoszenie ryzyka. W ustalonym w sprawie stanie faktycznym nie sposób stwierdzić, by strona pozwana ponosiła jakiegokolwiek ryzyko związane z udzieleniem ochrony ubezpieczeniowej powodowi, co pozostawało w oczywistej sprzeczności z istotą umowy ubezpieczenia. W umowach ubezpieczenia to ubezpieczyciel ryzykuje, że będzie musiał wypłacić świadczenie w wysokości większej niż pozyskane tytułem składki środki. Tymczasem w umowie skonstruowanej przez stronę pozwaną w przypadku potencjalnego wzrostu cen jednostek uczestnictwa, a w konsekwencji wartości rachunku, nie ponosi ona ryzyka faktycznej wypłaty świadczenia z własnych środków skoro środki składające się na to świadczenie w całości pochodzą od powoda jako ubezpieczonego. Podobnie w przypadku spadku wartości jednostek uczestnictwa (rachunku), środki składające się na świadczenie również pochodzą wyłącznie z rachunku powoda. Nadto w obu tych przypadkach ubezpieczyciel uzyskuje zysk w postaci pobieranych opłat administracyjnych, z których jedynie symboliczna część przeznaczana jest na pokrycie ryzyka udzielonej ochrony ubezpieczeniowej. W ocenianej umowie świadczenie ubezpieczyciela polega na zapłacie sumy ubezpieczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, tj. śmierci ubezpieczonego oraz wypłacie środków zgromadzonych na rachunku w przypadku dożycia przez osobę ubezpieczoną oznaczonego w umowie wieku. Wobec braku czynnika aktuarialnego w wyliczeniu sumy z tytułu dożycia uwzględniającego wiek, a w istocie wobec niewykazania przez stronę pozwaną, by tego rodzaju czynnik znajdował zastosowanie, suma z tytułu dożycia stanowi nieokreśloną z góry kwotę odpowiadającą wartości rachunku na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia czyli na dzień rozliczenia się ubezpieczyciela z ubezpieczonym z powierzonych przez tego ostatniego w celu zainwestowania środków. Wobec powyższego dożycie jest w przedmiotowej umowie równoznaczne z nadejściem terminu końcowego i wymagalnością roszczenia o zwrot powierzonych środków, nie oznacza zaś

żadnego rodzaju ryzyka obciążającego ubezpieczyciela. W odniesieniu natomiast do sumy ubezpieczenia należnej w wypadku wystąpienia ryzyka w postaci zgonu ubezpieczonego w objętym umową okresie, to odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń sprowadza się w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do wypłaty równowartości środków zgromadzonych na rachunku powiększonej o zaledwie 1% zainwestowanej składki. Stanowi zatem w istocie kwotę symboliczną w relacji do wpłaconej składki (pomniejszonej przecież o opłatę administracyjną, w ramach której określona została opłata za ryzyko)) i w żaden sposób nie przystającą do wartości zdarzenia objętego ochroną (w przypadku zgonu powódki w ostatnim dniu ochrony ubezpieczeniowej byłaby to suma 337,50 zł.). W konsekwencji należy wysnuć wniosek, iż w będącej przedmiotem analizy umowie brak jest istotnego elementu stosunku ubezpieczenia jakim jest ryzyko ubezpieczeniowe ponoszone przez ubezpieczyciela, w występowaniu którego zasada się istota tego rodzaju stosunku prawnego. Ryzyko to wyraża się m.in. w tym, że pomiędzy wysokością składki, a wysokością umownie zastrzeżonego świadczenia zachodzi określona dysproporcja zaś wysokość składki kalkulowana jest na podstawie określonych czynników ryzyka nie zaś w oparciu o zamierzoną wartość inwestycji. Tymczasem w przedmiotowej umowie ryzyko obciąża nie ubezpieczyciela, a ubezpieczonego, gdyż wpłacone przez niego środki lokowane w ubezpieczonym funduszu kapitałowym, nie są środkami stanowiącymi wynagrodzenie ubezpieczyciela za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej; wobec tego ochrona ubezpieczeniowa nie powinna również być realizowana za pomocą tych środków.

Skoro do umowy ubezpieczenia z (...) w pełni znajduje zastosowanie definicja z art. 805§ 1 k.c., to również w przypadku tego rodzaju umowy ubezpieczyciel ma obowiązek spełnić świadczenie w razie zajścia przewidzianego wypadku. Świadczeniem tym nie może być tylko wypłata wartości rachunku, bo w ten sposób ubezpieczyciel spełnia jedynie obowiązek wynikający z inwestycyjnego charakteru umowy. Nie występuje element ryzyka przy takim określeniu świadczenia towarzystwa ubezpieczeń, a ryzyko inwestycyjne w pełni obciąża ubezpieczonego. Towarzystwo ubezpieczeń zapewnia sobie stały dopływ kapitału, a ubezpieczony skłaniający jest do inwestowania przez cały okres bez względu na efekt inwestycyjny przy takiej regulacji świadczenia wykupu (tak też Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 24 maja 2019r., V ACa 451/18 i Sąd Okręgowy w Warszawie w wyroku z 23 maja 2019r., V Ca 1540/18).

Sądowi Okręgowemu znane jest stanowisko zaprezentowane przez Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 10 sierpnia 2018r. w sprawie III CZP 20/18, zgodnie z którym w wielu przypadkach umowa ubezpieczenia z (...) jedynie w ograniczonym - niekiedy wręcz symbolicznym - zakresie realizuje podstawowy cel umowy ubezpieczenia, jakim jest przejście przez ubezpieczyciela ciężącego na ubezpieczonym (ewentualnie uposażonym) ryzyka związanego z zajściem określonego wypadku w życiu ubezpieczonego. Jest to szczególnie wyraziste w sytuacji, w której suma ubezpieczenia wypłacanego na wypadek śmierci lub dożycia określonego wieku odpowiada w zasadzie wartości zgromadzonych jednostek funduszu. Zdecydowanie dominujący jest wówczas cel inwestycyjny, który wiąże się z inwestowaniem płaconych przez ubezpieczającego składek, na ryzyko ubezpieczonego, i możliwością wypowiedzenia przezeń umowy i wycofania wartości jednostek funduszu zgromadzonych na rachunku (wartości wykupu). Przy czym nie chodzi tu - jak w przypadku tradycyjnego wykupu ubezpieczenia osobowego - o zwrot części składki nadpłaconej w początkowym okresie w związku z nierównomiernym rozłożeniem ryzyka ochrony ubezpieczeniowej (wzrastającym z biegiem czasu), lecz o wypłatę zgromadzonych i inwestowanych oszczędności. W ramach zobowiązań ubezpieczyciela na plan pierwszy wysuwa się wówczas odpłatny obowiązek zarządzania funduszem kapitałowym pochodzącym ze składek ubezpieczającego oraz obowiązek zapłaty wartości wykupu, będący obligatoryjnym elementem umowy ubezpieczenia z (...) (por. art. 13 ust. 4 pkt 2 u.d.u.). Świadczenie ubezpieczeniowe ma charakter drugorzędny i w aspekcie przedmiotowym tylko w ograniczonym stopniu różni się od wypłaty wartości wykupu. Względy te skłaniają do wniosku, że umowa ubezpieczenia z (...), 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. Zgodnie z wolą ustawodawcy nawet ów dominujący cel inwestycyjny nie prowadzi jednak do absorpcji umów ubezpieczenia z (...) do reżimu prawnego umów inwestycyjnych. Przeciwnie, z omawianych przepisów wyłania się wola traktowania takich umów, jako umów ubezpieczenia osobowego, co jednak nie powinno być odczytywane jako decyzja co do ich pełnej absorpcji w kodeksowe ramy takich ubezpieczeń. 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. Wśród tych przepisów w doktrynie wskazuje się np. art. 813 k.c., zwracając uwagę, że może on mieć zastosowanie jedynie do tej części płaconej składki, która stanowi ekwiwalent ochrony udzielanej przez ubezpieczyciela i nie jest przeznaczana do zainwestowania. Z kolei do wypłaty wartości wykupu nie mogą znaleźć zastosowania przepisy, które zakładają zaistnienie wypadku ubezpieczeniowego (np. art. 817 k.c.). Każdorazowo okoliczności konkretnej sprawy decydują o tym, któremu z elementów umowy – ubezpieczeniowemu, czy też inwestycyjnemu strony nadały podstawowe znaczenie. Jak wynika z treści Warunków ubezpieczenia (...) w łączącym strony stosunku prawnym zdecydowanie przeważał element inwestycyjny skoro wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu określono na 1 % zainwestowanej składki plus liczba jednostek uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia przy uwzględnieniu wartości jednostek uczestnictwa funduszu w dacie zgonu. Wysokość świadczenia z tytułu dożycia zbiegająca się z końcowym okresem, na jaki zawarto umowę, odzwierciedlała natomiast ostateczny wynik finansowy inwestycji z zastrzeżeniem gwarancji wypłaty 100 % zainwestowanych środków.

W ocenie Sądu Okręgowego przewidziana w powołanych regulacjach prawnych możliwość zawierania umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, swoboda stron w kształtowaniu warunków umowy, w tym proporcji między elementem inwestycyjnym, a elementem ochronnym, nie daje podstawy do uznania za ważną umowę zawartą pod nazwą ubezpieczenia na życie, gdy nie zawiera ona w sobie praktycznie żadnego elementu ochronnego, dającego gwarancję określonego przysporzenia na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W tej mierze odwołać należy się do wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 31 maja 2018r., C- 542/16, w którym Trybunał stwierdził, iż aby wchodzić w zakres pojęcia „umowy ubezpieczenia”, o którym mowa w art. 2 pkt. 3 dyrektywy 2002/92/ WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 grudnia 2002r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (Dz. U. z 2003r., L 9, s.3) umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym powinna regulować zapłatę składki przez ubezpieczonego oraz, w zamian za te zapłatę, świadczenie usługi przez ubezpieczyciela w przypadku śmierci ubezpieczonego lub wystąpienia innego zdarzenia przewidzianego w tej umowie. Zastrzeżenie to jest o tyle istotne, że determinuje wniosek, iż za usługę świadczoną przez ubezpieczyciela w zamian za składkę” w razie ziszczenia się wypadku ubezpieczeniowego nie może być uznana sama wypłata zgromadzonych na funduszu środków, bez żadnego ryzyka po stronie ubezpieczyciela. Ryzyko to, stanowiąc immanentną cechę – istotę stosunku ubezpieczenia, wiązać można z koniecznością zapłaty nadwyżki ponad tę kwotę i to tylko o tyle, o ile nie znajduje ona pokrycia w nadwyżce pobieranych przez ubezpieczyciela opłat (np. opłaty za zarządzanie, opłaty administracyjnej, opłaty za ryzyko) nad ponoszonymi kosztami zarządzania funduszem. Wskazana ochrona ubezpieczeniowa może mieć przy tym charakter silniejszy- gdy ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty wyższej z kwot: wartości jednostek funduszu lub sumy składek ponieważ ryzyko niepowodzenia inwestycji (spadku wartości jednostek poniżej sumy składek) obciąża wówczas zakład ubezpieczeń; także jednak w tym wypadku składki na ochronę ubezpieczeniową są zwykle niewielkim ułamkiem środków pochodzących ze składek; względnie charakter słabszy- gdy dominujący jest cel inwestycyjny. W obu tych sytuacjach wymogiem uznania danego stosunku prawnego za umowę ubezpieczenia jest jednak stwierdzenie udzielenia przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczającemu (ubezpieczonemu). Innymi słowy, dla bytu prawnego umowy ubezpieczenia, w tym z (...), niezbędna była założona w umowie realizacja celu związanego z ochroną ubezpieczeniową. Sama dopuszczalność i możliwość zawierania umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, swoboda stron w ustalaniu warunków umowy, w tym proporcji między elementem inwestycyjnym, a ochronnym, nie daje podstawy do uznania za ważną umowę zawartą pod nazwą ubezpieczenia na życie, gdy nie zawiera ona w sobie praktycznie żadnego elementu ochronnego, dającego gwarancję określonego rzeczywistego przysporzenia na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Analogiczna ocena dotyczyć winna sytuacji, gdy przewidziana umownie ochrona ubezpieczonego ma charakter iluzoryczny, pozorny. W ocenie Sądu Okręgowego z taką właśnie sytuacją mieliśmy do czynienia w niniejszej sprawie. W odniesieniu do części inwestycyjnej umowy ubezpieczenia z (...), do której przystąpił powód w ogóle nie może być mowy o udzieleniu powodowi ochrony ubezpieczeniowej skoro po upływie okresu umownego wypłacone powodowi świadczenie stanowić miało w istocie zwrot części wpłaconych przez niego składek – sumę składek zainwestowanych po potrąceniu pobieranych przez stronę pozwaną opłat administracyjnych, przy

czym strona pozwana nie ponosiła w tym zakresie żadnego ryzyka skoro w Regulaminie wskazano jedynie, iż celem jest powiększenie wartości aktywów (...) w wyniku wzrostu wartości lokat i w szczególności ochrona 100% kwoty odpowiadającej zainwestowanej składce przy czym § 3 wprost wskazuje na brak gwarancji uzyskania celu inwestycyjnego; także wskazanie zawarte w pkt. 4 tego § Regulaminu o tym, że certyfikaty zapewniają ochronę wartości nominalnej zainwestowanej składki mogło być ocenione jedynie w kategoriach pewnej deklaracji nie zaś gwarancji udzielenia ochrony. Względy te w ocenie Sądu Odwoławczego nie przesądzałyby samodzielnie o nieważności stosunku ubezpieczenia nawiązanego przez strony jako odnoszące się właśnie jedynie do części konstrukcyjnej umowy – części o charakterze inwestycyjnym. Jednakże stwierdzenie braku realizacji przez wskazaną umowę funkcji ochronnej wobec wprowadzenia do niej zapisów stwarzających jedynie pozór, fikcję udzielenia ochrony ubezpieczeniowej w zakresie nieinwestycyjnej części umowy determinować musiało konstatację o nieważności umowy w zakresie jej części ubezpieczeniowej. Ów pozór zapewnienia przez przedmiotową umowę stron ochrony ubezpieczeniowej na rzez powoda wyraża się według Sądu Okręgowego w nie tyle symbolicznym, ile fikcyjnym, iluzorycznym wręcz określeniu świadczenia ze strony ubezpieczyciela na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zgonu ubezpieczonego- w kwocie odpowiadającej 1% wartości zainwestowanej składki skoro w pozostałym zakresie (wartość zgromadzonych na rachunku jednostek uczestnictwa w dacie umorzenia rachunku) świadczenie przewidziane do wypłaty pochodziło w całości ze środków przekazanych przez samego ubezpieczonego. Ten sposób skonstruowania przez stronę pozwaną przedmiotowej umowy musiał być uznany za zmierzający do obejścia prawa. Czynności mające na celu obejście prawa zawierają pozór zgodności z ustawą przy czym ustalenie, czy dana czynność została podjęta in freudem legis, wymaga uwzględnienia całokształtu konsekwencji prawnych z niej wynikających dla podmiotów danego stosunku prawnego. Skutki takiej czynności naruszają zakazy, nakazy ustawowe lub obciążenia wynikające z przepisu ustawy, co powoduje, iż znajduje zastosowanie art. 58§ 1 k.c.

W ocenie Sądu Okręgowego przedmiotowa umowa stron, zawierając jedynie pozór udzielonej powodowi ochrony ubezpieczeniowej, nie spełniała kryteriów ustawowych z art. 805 k.c., a skoro sprzeczność z ustawą dotyczyła składników przedmiotowo istotnych (essentialia negotii) tego rodzaju czynności prawnej, nawet przy uwzględnieniu mieszanego charakteru umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z (...), to w konsekwencji cała czynność winna być uznana za nieważną. Sąd Okręgowy nie znajduje przy tym podstaw do uznania, że postanowienia umowy, do której przystąpił powód w części ubezpieczeniowej, tj. w zakresie udzielenia powodowi ochrony ubezpieczeniowej (w istocie jedynie w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego) stanowiły składniki tejże umowy o charakterze accidentalia negotii. Tego rodzaju wnioskowanie oznaczałoby bowiem próbę obejścia przepisów ustawowych – wymogów dla prowadzenia działalności maklerskiej wynikających z ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o obrocie instrumentami finansowymi oraz ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. Prawo bankowe, która przewiduje dla zakładów ubezpieczeń szczególnie, limitowane prawnie, zezwolenie na zawieranie jedynie określonego typu umów o charakterze mieszanym – z celem ubezpieczeniowo- inwestycyjnym w postaci umów ubezpieczenia na życie i dożycie z (...). Oznacza to, że eliminacja z umowy -z powodu nieważności- postanowień odnoszących się do ochrony ubezpieczeniowej, które stanowiły składniki przedmiotowo istotne tego rodzaju czynności prawnej, powoduje skutek w postaci nieważności całej umowy.

Dodatkowo wskazać należało, iż przyjęcie, że sankcja nieważności odnosiła się jedynie do części ochronnej- ubezpieczeniowej przedmiotowej umowy, zaś z uwagi na mieszany charakter umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z (...), skutku takiego nie można odnieść do części inwestycyjnej, prowadziłyby zresztą do ostatecznie tożsamego wniosku na tle regulacji art. 58§ 3 k.c. Należy bowiem mieć na uwadze limitowanie przez ustawodawcę uprawnień określonych podmiotów do prowadzenia działalności finansowej- maklerskiej wynikające z regulacji ustawy z dnia 29 lipca 2005r. o obrocie instrumentami finansowymi, przewidującej w art. 69 i art. 70 wymóg uzyskania zezwolenia Komisji Nadzoru Finansowego, z pozyskania którego zwolnione są towarzystwa ubezpieczeń, ale jedynie w zakresie, w którym stosowne uprawnienie przewidują przepisy Prawa bankowego (zatem jedynie w zakresie zawieranych umów ubezpieczenia na życie i dożycie z (...)), wynikający z art. 3 ust. 2 ustawy z 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej (z zastrzeżeniem ust. 2c i 8 oraz art. 26 ust. 1) zakaz prowadzenia przez towarzystwa ubezpieczeń prowadzenia innej działalności niż ubezpieczeniowa, czy ustaw: z dnia 21 lipca 2006r. o nadzorze nad rynkiem finansowym, z dnia 29 lipca 2005r. o nadzorze nad rynkiem kapitałowym i z dnia 27 maja

2004r. o funduszach inwestycyjnych. W istocie zatem zawieranie przez stronę pozwaną umów o charakterze czysto inwestycyjnym, bez elementu rzeczywistego, faktycznego udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, przy konstruowaniu przez tego ubezpieczyciela umów zawierających jedynie pozór, fikcję, iluzję udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, musiałyby zostać uznane za zmierzające do obejścia prawa w postaci uniknięcia zakazów, nakazów i obciążeń (tu podatkowych) wynikających z przepisów ustawy, co ostatecznie uzasadniałoby stwierdzenie, że takie czynności prawne, jak objęta niniejszą oceną umowa zawarta z powodem , jako mające na celu obejście ustawy dotknięte są bezwzględną nieważnością.

Wobec powyżej przedstawionej analizy Sąd Okręgowy stwierdził, iż umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...), do której w 2010r. przystąpił powód jako ubezpieczona, dotknięta była sankcją nieważności na mocy art. 58§ 1 k.c. w zw. z art. 353(1) k.c. oraz art. 805 k.c. Skutkiem przestankowego stwierdzenia nieważności przedmiotowej umowy było uznanie zasadności roszczenia powoda o zwrot spełnionego przez niego świadczenia w postaci wszystkich uiszczonych przez niego składek (w niekwestionowanej wysokości 30780 zł.) po pomniejszeniu tej należności o wypłaconą przez stronę pozwaną sumę 16637,99 zł.), co dawało kwotę 14 142,01 zł. Wysokość dochodzonej przez powoda należności- w kwocie 7011,44 zł. ani sposób jej określenia nie były między stronami sporne, a nadto znajdowało potwierdzenie w dokumentach w postaci rozliczenia w związku z przedterminowym rozwiązaniem umowy na 10 marca 2016r.), dotyczących sumy wpłaconej przez powoda, kwot pobranych przez stronę pozwaną tytułem opłat administracyjnych, kwoty zwróconej powodowi. Rozliczenie między stronami winno przy tym nastąpić na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu- art. 405 k.c..

Powodowi należna była zatem kwota 14142,01 zł. jednak, dokonując zmiany zaskarżonego wyroku w zakresie jego punktu I , Sąd Okręgowy musiał uwzględnić zakres żądania pozwu, obejmującego jedynie kwotę 7011,44 zł.

Odsetki ustawowe za opóźnienie od tej kwoty przysługiwały powodowi od 29 października 2016r., tj. od upływu wskazanego w wezwaniu do zapłaty z 17 października 2016r. 7-dniowego terminu, liczonego od daty doręczenia stronie pozwanej tego wezwania, tj. od 21 października 2016r. a jego roszczenie w tym zakresie uzasadniały przepisy art. 481§ 1 k.c. w zw. z art. 455 k.c.

Skoro powód, w wyniku weryfikacji stanowiska Sądu Rejonowego, wygrał sprawę w całości należny był mu zwrot kosztów procesu za I instancję w pełnym zakresie na podstawie art. 98§ 1 k.p.c. Precyzyjne określenie ich wysokości powierzono referendarzowi sądowemu na podstawie art. 108§ 1 k.p.c. zgodnie z rozstrzygnięciem Sądu I instancji.

Z opisanych wyżej względów Sąd Okręgowy na podstawie art. 386§ 1 k.p.c. zmienił zaskarżony wyrok w punktach I i II.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98§ 1 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c., zważywszy na wynik sprawy i poniesione przez powoda koszty w postaci opłaty sądowej od apelacji w wysokości 500 zł oraz wynagrodzenia profesjonalnego pełnomocnika ustalonego zgodnie z §2 pkt. 4 w zw. z §10 ust. 1 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r.

SSO Małgorzata Brulińska SSO Monika Kuźniar SSO Dorota Stawicka- Moryc