

Sygn. akt I C 3143/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 stycznia 2021r.

Sąd Rejonowy w Tarnowie – I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący – Sędzia Dariusz Sosin

po rozpoznaniu w dniu 12 stycznia 2021r. w Tarnowie

na posiedzeniu niejawnym

w trybie art. 15zszs² ustawy z dnia 2 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem (...)19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 1842)

sprawy z powództwa **M. S. (1)**

przeciwko (...) **Spółki Akcyjnej z siedzibą w W.**

o zapłatę

I. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz M. S. (1) kwotę 17.845,37 zł (siedemnaście tysięcy osiemset czterdzieści pięć złotych 37/100) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 1 marca 2018 roku do dnia zapłaty;

II. oddała powództwo w pozostałej części;

III. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz M. S. (1) kwotę 4.510 zł (cztery tysiące pięćset dziesięć złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 3.600 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sygn. akt I C 3143/18

UZASADNIENIE

wyroku Sądu Rejonowego w Tarnowie

z dnia 12 stycznia 2021r.

W dniu 27 grudnia 2018r. **M. S. (1)** wytoczyła powództwo przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. o zapłatę kwoty 17.845,37 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 16 grudnia 2017r. do dnia zapłaty oraz o zasądzenie od strony pozwanej kosztów procesu.

W dniu 4 listopada 2011 r. powódka przystąpiła do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy MyLife Towarzystwem (...) S.A. (obecnie (...) S.A.) a (...) Bank S.A. jako ubezpieczającym. Powódka została poinformowana o możliwości wypowiedzenia umowy bez żadnych strat. Regularnie opłacała składki ubezpieczenia przez 5 lat na łączną kwotę 22.972 zł. W marcu 2016 r. nie uiściła składki w ustalonym terminie, w związku z czym doszło do rozwiązania umowy z dniem 30 marca 2016 r. Ubezpieczyciel wypłacił jej kwotę 5.026,63 zł tytułem wartości wykupu wskazując, że

powódka dokonała wpłaty składek w łącznej wartości 12.705,93 zł. Wartość wykupu stanowiła 40% wartości rachunku i została dodatkowo pomniejszona o kwotę 55.74 zł w ramach korekty opłaty administracyjnej i opłaty za ryzyko. Strona pozwana zwróciła ponadto powódce wartość 9 składek wpłaconych po rozwiązaniu umowy (tj. od 5 kwietnia 2016 r. do 4 listopada 2016 r.).

W ocenie powódki stosunek prawny istniejący pomiędzy stronami jest nieważny ze względu na jego sprzeczność z właściwością stosunku prawnego, zasadami współżycia społecznego, a ponadto z uwagi na stosowanie przez stronę pozwaną nieuczciwej praktyki rynkowej. Podniosła, że w oświadczeniu o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia nie określono wysokości sumy ubezpieczenia wbrew obowiązкови wynikającemu z art. 829 § 2 kc. Ubezpieczyciel ponadto przerzucił całość ryzyka inwestycyjnego na powódkę, zaś wartość wykupu ustalił na rażąco wysokim poziomie.

Kwota żądania pozwu stanowi różnicę między sumą faktycznie wpłaconych składek (22.872 zł) a środkami wypłaconymi przez stronę pozwaną (5.026,63 zł) i jest dochodzona na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu.

W odpowiedzi na pozew (...) S.A. z siedzibą w W. (k. 50-70) wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie na jej rzecz od powódki kosztów procesu. Wniosła jednocześnie o wezwanie (...) Bank S.A. do wzięcia udziału w sprawie w charakterze interwenienta ubocznego.

Strona pozwana podniosła zarzut braku legitymacji procesowej biernej w zakresie zarzutów dotyczących oferowania umowy ubezpieczenia na życie z (...) i rzekomego stosowania przez pozwaną nieuczciwych praktyk rynkowych, gdyż produkt oferował powódce pracownik (...) Bank S.A. (ubezpieczającego), nie zaś pracownik pozwanej.

Zaprzeczyła, by umowa ubezpieczenia z (...) była nieważna lub zawierała niedozwolone postanowienia umowne, przedstawiając szeroką argumentację swojego stanowiska z przywołaniem licznych orzeczeń sądowych i stanowiska doktryny.

Ponadto wskazała, że powódka podpisała umowę ubezpieczenia dobrowolnie i została poinformowana o konieczności poniesienia kosztów w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia.

Zarzuciła, że powódka nie przedstawiła żadnego dowodu, aby wpłaciła tytułem składek kwotę, którą domaga się w pozwie.

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 4 listopada 2011r. M. S. (1) złożyła deklarację przystąpienia do umowy ubezpieczenia na podstawie Warunków (...) Grupowego na Życie i Dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) (kod warunków: GB_ (...)) w ramach umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy MyLife Towarzystwem (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W. a (...) Bank Spółką Akcyjną z siedzibą w W..

Okres ubezpieczenia rozpoczynał się w dniu 7 grudnia 2011r. i kończył w dniu 6 grudnia 2026r. Wysokość składki zainwestowanej została ustalona na kwotę 45.000 zł, pierwszej składki - na kwotę 9.000 zł, a składki bieżącej - na kwotę 272 zł.

M. S. (1) zdecydowała się na alokację wpłacanych składek na ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy o nazwie (...) L. (...).

W deklaracji podpisała m.in. oświadczenie:

„(...) wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Warunkach (...), w tym na wysokość sumy ubezpieczenia, długość okresu ubezpieczenia oraz wartość wykupu.”

„Zostałam poinformowana, że ryzyko inwestycyjne związane z przystąpieniem do ubezpieczenia ponosi ubezpieczony, a MyLife TU na (...) S.A. nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne straty i utracone korzyści, jakie może ponieść ubezpieczony w wyniku podjętej przez siebie decyzji o wyborze inwestycji.”

„(...) oświadczam, że zostałam poinformowany i akceptuję, że (...) w okresie ubezpieczenia wartość rachunku udziałów, na którym ewidencjonowane są udziały jednostkowe nabyte za składkę pierwszą i składki bieżące może ulegać znacznym wahaniom ze względu na wycenę instrumentów finansowych wchodzących w jego skład, w szczególności może być znacząco niższa niż suma wpłaconych składek. Z produktem wiąże się także ryzyko wynikające z możliwości niewywiązania się przez emitenta instrumentów finansowych wchodzących w skład produktu z wynikających z nich płatności (...)

Produkt nie jest lokatą bankową i w związku z tym nie gwarantuje osiągnięcia przez ubezpieczonego zysku. Symulacja średniorocznego zysku indeksu wynosi 11,70% (dane za okres od 28 lutego 2001r. do 15 września 2011r.). Zaprezentowany wynik nie jest gwarancją osiągnięcia podobnych wyników w przyszłości (...).”

dowód:

deklaracja przystąpienia do umowy ubezpieczenia nr (...) - k. 79 - 80

Informacje dotyczące Umowy Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) przedstawił M. S. (1) pracownik (...) Bank S.A. – M. B. (opiekun klienta).

dowód:

zeznania M. S. (2) - k. 263

przesłuchanie M. S. (1) – k. 277

zeznania M. B. - k. 312 - 314

M. S. (1) otrzymała ogólne warunki umowy przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Nie przeczytała ich jednak przed podpisaniem umowy, ufając zapewnieniom M. B. o korzyściach płynących z przedmiotowego produktu finansowego. M. B. nie poinformował powódki o wartości wykupu przed upływem 15 lat i o ryzyku związanym z inwestowaniem alokowanych środków.

dowód:

zeznania M. S. (2) - k. 263

przesłuchanie M. S. (1) – k. 277

M. B. przedstawił powódce prognozowaną wartość zysku przy pierwszej składce w wysokości 9.000 zł i składce bieżącej w wysokości 272 zł/mc. Zysk z planu finansowego (przed opodatkowaniem) został skalkulowany na 163.240 zł, zaś średnioroczna stopa zwrotu indeksu – na 11,20%. Przy czym na przedstawionej prognozie zysku znajdowała się także informacja, że założenia powtórzenia przeciętnego zysku historycznego nie stanowią gwarancji jego uzyskania w przyszłości.

Dowód:

Przykładowa kalkulacja zysku oparta na przeciętnym zysku historycznym – k. 261

zeznania M. S. (2) - k. 263

przesłuchanie M. S. (1) – k. 277

Stosownie do § 15 OWU ubezpieczyciel zobowiązywał się do spełnienia następujących świadczeń:

1) „W przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia świadczenie w wysokości:

a) sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, określonej w § 16 ust. 1 albo

b) wartości rachunku udziałów – w przypadkach, o których mowa w § 17,

z zachowaniem postanowień § 16 ust. 3 – 4;

2) w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okres ubezpieczenia – świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia ostatniego dnia okres ubezpieczenia określonej w § 16 ust. 2;

3) w przypadku dyspozycji wypłaty wartości wykupu lub rezygnacji ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia towarzystwo ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu wartość wykupu, o której mowa w § 18.”

Zgodnie z § 16 OWU:

1. „sumę ubezpieczenia w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia stanowi wyższa z wartości:

1) suma opłaconych: składki pierwszej i składek bieżących albo

2) wartość rachunku udziałów.

2. Sumę ubezpieczenia w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia stanowi wartość rachunku udziałów ustalona według wartości udziału jednostkowego z ostatniego dnia okresu ubezpieczenia skorygowana o:

1) opłatę za ryzyko należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje koniec okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej;

2) opłatę administracyjną należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje umorzenie wartości rachunku udziałów w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia umorzenia wartości rachunku udziałów;

3) kwotę z tytułu zawieszenia opłacania składek bieżących pozostałą do spłaty na dzień zakończenia okresu ubezpieczenia zgodnie z harmonogramem;

3. Ustalenie kwoty należnego świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, o którym mowa w § 15 pkt. 1 następuje na podstawie wartości udziału jednostkowego z najbliższego dnia wyceny następującego po otrzymaniu przez towarzystwo ubezpieczeń zgłoszenia zdarzenia z zastrzeżeniem § 24 ust. 3;

4. Kwota świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, ustalona zgodnie z ust. 3 powyżej zostanie skorygowana o:

1) opłatę za ryzyko należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje koniec okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej;

2) opłatę administracyjną należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje umorzenie wartości rachunku udziałów w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia umorzenia wartości rachunku udziałów.”

Stosownie do § 18 OWU:

1. „Ubezpieczony ma prawo do wartości wykupu w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia .

(...)

4. Wartość wykupu stanowi iloczyn wartości rachunku udziałów oraz stawki procentowej wartości rachunku udziałów właściwej dla roku polisowego, w którym nastąpił koniec okresów ubezpieczenia, określonej w tabeli opłat i limitów skorygowany o:

- 1) opłatę za ryzyko należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje koniec okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia zakończenia ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) opłatę administracyjną należną towarzystwu ubezpieczeń za miesiąc polisowy, w którym następuje umorzenie wartości rachunku udziałów w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia, rozliczoną dziennie za liczbę dni do dnia umorzenia wartości rachunku udziałów;
- 3) kwotę z tytułu zawieszenia opłacania składek bieżących pozostałą do spłaty na dzień zakończenia okresu ubezpieczenia zgodnie z harmonogramem.

5. Wartość rachunku udziałów, o której mowa w ust. 4 ustalana jest według wartości udziału jednostkowego z najbliższego dnia wyceny, po dacie otrzymania przez jednostkę obsługującą ubezpieczenie dyspozycji wypłaty wartości wykupu następującego nie wcześniej niż 3 dnia roboczego po otrzymaniu dyspozycji wypłaty wartości wykupu przez jednostkę obsługującą ubezpieczenie.”

Według § 25 OWU:

1. Fundusz podzielony jest na udziały jednostkowe o jednakowej wartości.
2. Udziały jednostkowe nabywane są ze środków pochodzących z wpłat składek pierwszych i składek bieżących pomniejszonych o opłatę administracyjną.
3. Strategię inwestycyjną oraz zasady funkcjonowania funduszu oraz sposób wyceny udziałów jednostkowych określa regulamin.”

OWU zawierały również definicje następujących pojęć (§ 2 OWU):

- 1) Alokacja – nabycie udziałów jednostkowych za składkę pierwszą oraz za składki bieżące pomniejszone o opłatę administracyjną; (...)
- 9) Dzień wyceny – dzień, w którym ustalana jest wartość udziału jednostkowego. Towarzystwo ubezpieczeń dokonuje ustalenia wartości udziału jednostkowego zgodnie z zapisami regulaminu, w terminach wskazanych w tabeli opłat i limitów, jednak nie później niż w ostatnim dniu roboczym miesiąca kalendarzowego. (...)
- 12) Fundusz – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy stanowiący wydzieloną rachunkowo oraz odrębnie inwestowaną część aktywów towarzystwa ubezpieczeń tworzoną z alokowanych składek pierwszych i składek bieżących pomniejszonych o opłatę administracyjną, zarządzany według strategii inwestycyjnej opisanej w regulaminie; (...)
- 29) Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci – kwota wypłacana osobie uprawnionej w razie śmierci ubezpieczonego w trakcie trwania okresu ubezpieczenia;
- 30) Suma ubezpieczenia z tytułu dożycia – kwota wypłacana ubezpieczonemu w razie dożycia przez niego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia; (...)
- 38) Udziały jednostkowe – jednostki, na które został podzielony fundusz, służący do ustalenia wartości rachunku udziałów oraz udziałów ubezpieczonego w danym funduszu; (...)

41) Wartość rachunku udziałów – wartość udziałów jednostkowych zaewidencjonowanych na rachunku udziałów wyliczoną jako iloczyn liczby udziałów jednostkowych oraz wartości udziału jednostkowego w dniu wyceny;

42) Wartość udziału jednostkowego – wartość danego funduszu podzielona przez liczbę udziałów jednostkowych zgromadzonych w danym funduszu ustalana w dniu wyceny zgodnie z zapisami regulaminu;

43) Wartość wykupu – kwota wypłacana przez towarzystwo ubezpieczeń na zasadach przewidzianych w § 18.”

dowód:

Warunki (...) Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) (kod warunków: GB_ (...)) - k. 81 - 85

Wartość wykupu wynosiła w 1 roku polisowym – 10% wartości rachunku udziałów, a w następnych latach polisowych odpowiednio: 2 – 15%, 3 – 20%, 4 – 30%, 5 – 40%, 6 – 50%, 7 – 60%, 8 – 70%, 9 – 75%, 10 – 85%, 11 – 92%, 12 – 93%, 13 – 94%, 14 – 95% i 15 – 97%.

Dowód:

Załącznik nr 1 do Warunków (...) Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) (kod warunków: GB_ (...)) – k. 14

Zgodnie z § 2 Regulaminu Funduszu (...) L. (...)” ((...)):

1. „Wartość udziału jednostkowego – wartość danego funduszu podzielona przez liczbę udziałów jednostkowych zgromadzonych w danym funduszu ustalana w dniu wyceny, obliczana zgodnie z poniższym wzorem (...);
2. Udziały jednostkowe – jednostki, na które został podzielony fundusz służące do ustalenia wartości rachunku udziałów oraz udziału ubezpieczonego w danym funduszu;
3. Indeks – (...) 2 I. (kod: B.: N. I.); (...)
5. Wartość aktywów netto funduszu - wartość wszystkich aktywów funduszu pomniejszonych o zobowiązania przewidziane umową ubezpieczenia oraz inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustalana zgodnie z zasadami zawartymi w regulaminie;
6. Wartość nominalna obligacji - wartość określana przez emitującego obligacje, oznaczająca kwotę, którą emitent wypłaci z chwilą jej wykupu po upływie terminu, na jaki wyemitowano obligacje. Wartość ta odpowiada składce zainwestowanej.”

Stosownie do § 3 ust. 2 - 7 Regulaminu:

„(...) 2. Celem funduszu jest powiększenie wartości aktywów funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat funduszu.

3. W szczególności celem funduszu jest ochrona wartości składek zainwestowanych na koniec okresu ubezpieczenia.
4. Towarzystwo ubezpieczeń nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego określonego w ust. 2 ust. 3.
5. Towarzystwo ubezpieczeń odpowiada za należyłą staranność w zarządzaniu funduszem w oparciu o określoną w § 4 strategię inwestycyjną.
6. Towarzystwo ubezpieczeń nie odpowiada za ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem w fundusz.
7. Wyniki inwestycyjne funduszu osiągnięte w przeszłości nie mogą stanowić podstawy do oczekiwania odnośnie jego wyników inwestycyjnych w przyszłości.”

Według § 4 Regulaminu:

1. „Wartość aktywów netto funduszu jest ustalana według wartości rynkowej pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny.
2. Środki funduszu lokowane są do 100% w obligacje wyemitowane przez N. Bank (...) plc., z których wypłata oparta jest na indeksie;
3. (...)
4. Inwestycja w instrumenty finansowe, o których mowa w ust. 2, wiąże się z ryzykiem kredytowym, przez który rozumie się możliwość wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności (...) plc odkupu lub wykupu wyemitowanych instrumentów finansowych;
5. Indeks stworzony przez (...) plc umożliwiła zoptymalizowaną ekspozycję na Polski i (...) rynek akcji poprzez efektywne połączenie inwestycji w (...) i E. 50.
6. Końcowa wartość rachunku udziałów obliczona zostanie w oparciu o wartość obligacji, o których mowa w ust. 2. Na ostatni dzień okresu ubezpieczenia ich wartość zostanie obliczona zgodnie z poniższym wzorem (...)”
7. Końcowa wartość aktywów netto funduszu, o której mowa w ust. 6, stanowi jedynie podstawę do ustalenia wartości udziału jednostkowego w dniu wyceny w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia. Towarzystwo ubezpieczeń nie gwarantuje, że wartość rachunku udziałów w dniu umorzenia udziałów jednostkowych na skutek dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okres ubezpieczenia stanowić będzie co najmniej kwotę odpowiadającą składce zainwestowanej.”

dowód:

regulamin Funduszu (...) L. (...)” ((...)) - k. 85

Z uwagi na to, że M. S. (1) opóźniła się z opłacaniem składek, umowa ubezpieczenia wygasła z dniem 30 marca 2016r. Na ten dzień:

- wartość rachunku udziałów (wartość udziałów jednostkowych zgromadzonych przez powódkę) wynosiła 12.705,93 zł, wartość udziału jednostkowego – 95,84 zł, zaś liczba udziałów jednostkowych – 132, (...);
- kwota wpłaconej składki - 22.872 zł;
- kwota składek, za którą zostały zakupione udziały jednostkowe wynosiła 19.200 zł;
- wartość wykupu wynosiła 5.082,37 zł;
- kwota do wypłaty po skorygowaniu o opłatę administracyjną i opłatę za ryzyko wyniosła 5.026,63 zł.

dowód:

pismo (...) S.A. do M. S. (1) z dnia 1 kwietnia 2016r. - k. 87

zestawienie wpłaconych i zaalokowanych składek – k. 15, 96

pismo (...) S.A. do Rzecznika (...) z dnia 29 marca 2017r. – k. 25 - 27

Po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej M. S. (1) dokonała jeszcze wpłat 9 składek na łączną kwotę 2 448 zł (9 x 272 zł), które zwrócono powódcie.

(okoliczność niesporna)

M. S. (1) pismem z dnia 20 listopada 2017 r. wezwała stronę pozwaną do zapłaty kwoty stanowiącej różnicę między wypłaconymi środkami tytułem wypłaty 40% wartości rachunku udziałów a środkami, które faktycznie ulokowała w przedmiotowy produkt finansowy, w terminie 7 dni od daty doręczenia pisma.

Dowód:

wezwanie do zapłaty z dnia 20 listopada 2017 r. – k. 38-40

Strona pozwana odmówiła zapłaty wskazując, że rezygnacja uprawniająca do zwrotu całości wpłaconych środków była możliwa jedynie do dnia poprzedzającego datę początku ubezpieczenia, tj. do dnia 6 grudnia 2011 r.

Dowód:

pismo strony pozwanej z dnia 21 lutego 2018 r. – k. 42-44

M. S. (1) posiada średnie wykształcenie i pracuje jako fryzjerka.

Dowód:

przesłuchanie M. S. (1) – k. 277

Zgodnie z art. 327¹ § 1 k.p.c. uzasadnienie wyroku powinno zawierać:

- wskazanie podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, a mianowicie: ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione, dowodów, na których się oparł, i przyczyn, dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej;
- oraz wyjaśnienie podstawy prawnej wyroku z przytoczeniem przepisów prawa.

W uzasadnieniu nie ma zatem potrzeby wskazywania powodów, dla których sąd uznał za wiarygodne dowody stanowiące podstawę ustaleń faktycznych. Należy wskazać jedynie przyczyny „dla których innym dowodom odmówił wiarygodności i mocy dowodowej”.

Ustalenie faktów, które sąd uznał za udowodnione oraz dowodów, na których się oparł znajduje się w powyższej części uzasadnienia.

Sąd nie dał wiary zeznaniom M. B. w zakresie w jakim wskazywał, że informował powódkę o kosztach związanych z wcześniejszym rozwiązaniem umowy. Doświadczenie życiowe wskazuje, że nawet osoba nie posiadająca wykształcenia prawniczego czy ekonomicznego nie zdecydowałaby się zawrzeć umowy, w wyniku której mogłaby utracić zdecydowaną większość ulokowanych środków pieniężnych, gdyby została należycie poinformowana przed zawarciem umowy o skutkach prawnych rozwiązania umowy przed upływem okresu na jaki została zawarta. Czym innym jest słowne pouczenie konsumenta o konsekwencjach „zerwania” umowy przed terminem, czym innym zaś udostępnienie mu dokumentów, które taką informację zawierają.

Sąd zważył, co następuje:

1. Uwagi ogólne

Źródło roszczeń powódki stanowi Umowa Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) zawarta między MyLife Towarzystwem (...) Spółką Akcyjną z siedzibą w W. (ubezpieczyciel) a (...) Bank Spółką Akcyjną z siedzibą w W. (ubezpieczający), do której przystąpiła w dniu 4 listopada 2011r. M. S. (1) (ubezpieczony).

Do powyższej umowy ubezpieczenia znajdowały zastosowanie Warunki (...) Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) (kod warunków: GB_ (...)) wraz z jego załącznikiem (§ 2 pkt 23 OWU) w postaci Regulaminu Funduszu (...) L. (...)” (...).

Treść umowy (a nie jej nazwa) rzutuje na przyporządkowanie umowy do określonego typu. Przedmiotowa umowa zawiera elementy umowy ubezpieczenia osobowego (art. 805 § 1 kc) i elementy umowy o zarządzanie funduszami ubezpieczającego. Element umowy ubezpieczenia osobowego to zobowiązanie ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia na wypadek śmierci powódki oraz dodatkowego „świadczenia z tytułu dożycia”, czyli po upływie 15 lat kontynuowania umowy. Element umowy o zarządzanie funduszami ubezpieczającego to alokacja części składki pomiędzy ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Cel umowy sprowadzał się nie tylko do ochrony ubezpieczonego na wypadek śmierci lub „dożycia” (§ 3 OWU), lecz również do inwestowania kapitału ubezpieczonego, o czym świadczą postanowienia Regulaminu Funduszu (...) L. (...)”. Przedmiotowa umowa nie jest zatem klasyczną umową ubezpieczenia, lecz umową o charakterze mieszanym. Potwierdził to Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 18 grudnia 2013r. (I CSK 149/13) w odniesieniu do umowy, w której ubezpieczenie na życie (z uwagi na znikomą sumę ubezpieczenia) miało charakter jedynie symboliczny w porównaniu z dominującym aspektem kapitałowym. Element ubezpieczeniowy umowy, do której przystąpiła powódka, powinien jednak odpowiadać bezwzględnie obowiązującym przepisom o umowie ubezpieczenia zawartym w Kodeksie cywilnym (art. 805 i n.) oraz w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. z 2020r., poz. 895). Odnosi się to zwłaszcza do przepisu art. 829 § 2 kc regulującego konieczność wskazania sumy ubezpieczenia w oświadczeniu woli ubezpieczonego o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia oraz do przepisu art. 805 § 1 kc określającego essentialia negotii umowy ubezpieczenia (por. wyrok SA w Warszawie z dnia 18 kwietnia 2019r. IACa 3/18).

2. Problematyka nieważności umowy i relacja między art. 385¹ § 1 kc a art. 58 kc

„Stosunek pomiędzy sankcją polegającą na niezwiązaniu konsumenta postanowieniem niedozwolonym a sankcją bezwzględnej nieważności należy odczytywać oddzielnie w przypadku sprzeczności z bezwzględnie obowiązującym przepisem ustawy (art. 58 § 1 kc) i sprzeczności czynności z zasadami współżycia społecznego (art. 58 § 2 kc). W przypadku gdy niezgodnione indywidualnie postanowienie umowne jest jednocześnie sprzeczne z ustawą (art. 58 § 1 kc) przyjmuje się, że sankcja nieważności bezwzględnej wyprzedza sankcję przewidzianą w art. 385¹ § 1 kc (W. Popiołek, w: Pietrzykowski, Komentarz KC, t. I, 2018, art. 385¹, Nb 15). Postanowienie dotknięte sankcją nieważności ze względu na jego sprzeczność z bezwzględnie obowiązującym przepisem ustawy nie może "kształtować praw i obowiązków", a przez to podlegać ocenie na gruncie art. 385¹ § 1 kc (...)" (tak M. Gutowski w: Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz. Art. 353–626, Legalis 2019, kom. do art. 385¹ kc).

Jednakże sprzeczność postanowienia umownego z samym art. 385¹ § 1 kc wyłącza zastosowanie art. 58 § 1 kc z uwagi na to, że ten ostatni przepis znajduje zastosowanie tylko wówczas, gdy właściwy przepis nie przywiduje innego skutku sprzeczności czynności prawnej z ustawą, zaś art. 385¹ § 1 kc taki odmienny skutek przewiduje.

Powódka podniosła bezwzględną nieważność umowy z uwagi na brak w niej elementu ochronnego i ryzyka ubezpieczeniowego. Według powódki wypłata zgromadzonych środków lub zwrot zainwestowanej składki w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku stanowi jedynie pozorną ochronę i nie zawiera ryzyka ubezpieczeniowego, które - jej zdaniem - stanowi essentialia negotii umowy ubezpieczenia.

Niewątpliwie świadczenie ubezpieczyciela polega na udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej (art. 15 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej) i na zapłacie określonego świadczenia pieniężnego w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego (art. 805 kc). Pojęcie ochrony ubezpieczeniowej pojawia się wprost w przepisach art. 812 § 4 kc, art. 813 § 1 kc i art. 829 § 2 kc.

„(...) w ostatnich latach zaczyna dominować stanowisko kompromisowe zakładające, że świadczeniem ubezpieczyciela jest zarówno udzielanie ochrony ubezpieczeniowej, jak i zapłata określonego świadczenia pieniężnego w razie zajścia

wypadku ubezpieczeniowego.” (por. M. Orlicki w: Prawo umów handlowych, System prawa handlowego, red. M. Stec, tom V, 2017r., kom. do art. 805 kc).

Żaden przepis, w szczególności art. 805 § 1 kc określający essentialia negotii umowy ubezpieczenia, nie wymaga istnienia dysproporcji pomiędzy wysokością składki a wysokością świadczenia ubezpieczyciela wypłacanego w razie zajścia wypadku przewidzianego w umowie (za koniecznością istnienia takiej dysproporcji opowiedział się m.in. SA w W. w wyroku z dnia 24 maja 2019r., V ACa 451/18 i w wyroku z dnia 18 kwietnia 2019r., IACa 3/18). Element ryzyka po stronie ubezpieczyciela przejawia się tym, że w razie wystąpienia wypadku w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wypłaca on określone świadczenie. Element ochronny zaś po stronie ubezpieczonego realizuje się poprzez roszczenie o wypłatę świadczenia w razie wystąpienia wypadku w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. W przypadku umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, która - jak już wcześniej wyjaśniono - ma charakter mieszany, ryzyko ubezpieczeniowe może objawiać się zagwarantowaniem przez ubezpieczyciela wypłaty całości składki (w razie wystąpienia wypadku w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela) niezależnie od wyników zarządzania środkami pieniężnymi ubezpieczonego. Innymi słowy ubezpieczyciel przejmuje na siebie ryzyko związane ze stratą zainwestowanych środków ubezpieczonego, zaś ubezpieczony ma zapewnioną ochronę polegającą za zwrocie co najmniej kwoty wpłaconej składki. W taki sposób ukształtowano minimalną sumę ubezpieczenia w niniejszym stanie faktycznym (por. § 16 OWU). Z tych przyczyn sąd nie podzielił poglądu powódki o bezwzględnej nieważności umowy z uwagi na brak w niej elementu ochronnego i ryzyka ubezpieczeniowego.

Zdaniem sądu brak podstaw do tego, by powoływać się na sprzeczność z naturą umowy ubezpieczenia przez sam brak dysproporcji pomiędzy wysokością składki a wysokością świadczenia ubezpieczyciela wypłacanego w razie zajścia wypadku przewidzianego w umowie (i doprowadzenie do zachwiania równowagi stron stosunku zobowiązaniowego). W przypadku niedozwolonych klauzul umownych (art. 385¹ kc) zawsze dochodzi do zachwiania równowagi stron na niekorzyść konsumenta, o czym świadczą choćby klauzule umowne wymienione przykładowo w art. 385³ kc oraz literalne brzmienie art. 385¹ § 1 kc, który mówi o rażącym naruszeniu interesów konsumenta. W razie uznania, że naruszenie równowagi stron umowy na niekorzyść konsumenta stanowi sprzeczność z naturą stosunku prawnego w rozumieniu art. 353¹ kc, powodowałoby to zawsze konieczność stwierdzenia nieważności umowy na podstawie art. 58 kc. Wówczas art. 385¹ kc nigdy nie znalazłby zastosowania, gdyż naruszenie równowagi stron na niekorzyść konsumenta jednocześnie realizuje przesłankę sprzeczności z „właściwością (naturą) stosunku”, co automatycznie prowadziłoby do konieczności zastosowania art. 58 kc. Aby nadać art. 385¹ kc rozsądną treść należy zatem przyjąć, że w zakresie, w jakim sprzeczność z „właściwością (naturą) stosunku” polega na naruszeniu równowagi stron na niekorzyść konsumenta, przepis ten stanowi normę szczególną w stosunku do art. 353¹ kc i przewiduje także szczególną sankcję w postaci niezwiązania konsumenta niedozwolonym postanowieniem umownym (art. 353¹ kc takiej normy sankcjonującej nie zawiera i z tej przyczyny stosuje się art. 58 § 1 lub 3 kc).

Należy zwrócić uwagę na jeszcze jeden istotny aspekt relacji art. 58 kc i art. 385¹ kc. W przypadku stwierdzenia nieważności umowy na podstawie art. 58 § 3 kc sąd ma obowiązek z urzędu ustalać, czy bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność prawna zostałaby dokonana (biorąc pod uwagę zgodny zamiar stron). W razie stosowania art. 385¹ kc kwestia ta w ogóle nie podlega analizie. Ustala się jedynie, czy można „obiektywnie” utrzymać w mocy pozostałą część umowy bez wyeliminowanych niedozwolonych klauzul. Zatem zastosowanie w tym wypadku art. 58 § 3 kc (w miejsce art. 385¹ kc) prowadziłoby niejednokrotnie do pozbawienia celu prewencyjnego dyrektywy nr 93/13/EWG z 5 kwietnia 1993r. o nieuczciwych warunkach w umowach konsumenckich, tj. zniechęcenia przedsiębiorców do stosowania nieuczciwych warunków umownych. Uznanie za sprzeczne z ustawą istotnych postanowień umownych prowadziłoby w zdecydowanej większości przypadków do stwierdzenia nieważności całej umowy, gdyż bez nich strony nie zdecydowałyby się zapewne zawrzeć umowy. Natomiast zastosowanie art. 385¹ kc nie musi prowadzić do niezwiązania całą umową nawet wówczas, gdy utrzymanie jej w mocy byłoby niekorzystne dla przedsiębiorcy (np. z powodu ekonomicznej nieopłacalności takiej umowy).

3. Roszczenie z art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym

W pozwie pojawiło się odniesienie do art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (t.j. Dz. U. z 2017r., poz. 2070). Zgodnie z tym przepisem w razie dokonania nieuczciwej praktyki rynkowej konsument, którego interes został zagrożony lub naruszony, „może żądać naprawienia wyrządzonej szkody na zasadach ogólnych, w szczególności żądać unieważnienia umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń oraz zwrotu przez przedsiębiorcę kosztów związanych z nabyciem produktu.”

„Żądanie unieważnienia umowy przewidziane w art. 12 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (obecnie t. j. Dz.U. z 2017 r. poz. 2070), jest postacią roszczenia o przywrócenie stanu poprzedniego (art. 363 § 1 kc), którego skuteczne dochodzenie jest uzależnione od spełnienia ogólnych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej.” (por. uchwała SN z dnia 11 września 2020r., III CZP 80/19). Sąd stoi na stanowisku, że powyższy przepis stanowi superfluum zarówno w zakresie dotyczącym żądania „unieważnienia” umowy, gdyż identyczną funkcję spełnia przepis art. 189 kpc, jak i w odniesieniu do roszczenia odszkodowawczego, skoro taką samą funkcję pełnią przepisy art. 415 i n. kc.

Sąd podzielił stanowisko zaprezentowane przez stronę pozwaną w odpowiedzi na pozew. Przejawy nieuczciwej praktyki rynkowej wymienione w przytoczeniu podstawy faktycznej żądania pozwu (którą sąd jest związany - art. 321 § 1 kpc) odnoszą się wyłącznie do zachowania pracownika banku, który przedstawiał powódce produkt przed przystąpieniem do umowy.

Podstawą prawną odpowiedzialności odszkodowawczej byłyby w takim wypadku art. 415 kc, gdyż ocenie podlegałoby zachowanie pracownika banku przed przystąpieniem powódki do umowy. Podstawą roszczenia odszkodowawczego można ewentualnie upatrywać w art. 430 kc. Jak słusznie bowiem zauważyła strona pozwana, oferując powódce produkt ubezpieczeniowy M. B. reprezentował ubezpieczającego ((...) Bank S.A.) jako jego pracownik. W obu wypadkach jednak sprawcą nieuczciwej praktyki rynkowej, która wywołała szkodę, nie jest strona pozwana, która nie uczestniczyła w prezentacji produktu ubezpieczeniowego. Z tej przyczyny nie można jej przypisać odpowiedzialności odszkodowawczej. Analiza dalszych przesłanek odpowiedzialności odszkodowawczej jawi się więc jako bezprzedmiotowa.

4. Uwagi ogólne o klauzulach niedozwolonych

Postanowienia Warunków (...) i Umowy Grupowego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) (kod warunków: OF_ (...) - w skrócie OWU) (kod warunków: GB_ (...)) wraz z jego załącznikiem (§ 2 pkt 23 OWU) w postaci Regulaminu Funduszu (...) L. (...)” ((...) - w skrócie Regulamin) należy analizować z perspektywy przepisów o niedozwolonych postanowieniach umownych (art. 385¹ kc i in.). Możliwość taką przewiduje wprost art. 808 § 5 kc w przypadku umów ubezpieczenia zawieranych na cudzy rachunek.

Przepisy prawa polskiego dotyczące ochrony konsumentów muszą być wykładane przez pryzmat dyrektywy Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich. Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej jako jedyny dokonuje wiążącej wykładni prawa unijnego. Sądy krajowe mają obowiązek dokonywania prounijnej wykładni przepisów prawa krajowego w dziedzinach poddanych prawodawstwu unijnemu zgodnie z zasadą skuteczności prawa UE oraz zasady lojalnej współpracy sądów krajowych w ramach UE (por. wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 18 marca 2010r., C-317/08, pkt 49).

Sądy krajowe, stosując prawo wewnętrzne, zobowiązane są tak dalece, jak jest to możliwe, dokonywać jego wykładni w świetle brzmienia i celu rozpatrywanej dyrektywy, tak by osiągnąć przewidziany w niej rezultat, a zatem zastosować się do art. 288 akapit trzeci Traktatu o Unii Europejskiej (por. wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 13 czerwca 2016r., C-377/14)

„Sąd krajowy ma obowiązek respektować wykładnię dokonaną w tych orzeczeniach, uwzględniając ponadto, że prawo unijne tworzy autonomiczną, odrębną od systemów prawnych państw członkowskich siatkę pojęciową. Z tego względu sąd krajowy nie może dokonywać wykładni przepisu prawa unijnego zakładając, że poszczególne pojęcia przyjmują znaczenie nadawane im w prawie kraju sądu, lecz winien dążyć do ustalenia znaczenia tego terminu w prawie UE (...) Wykładnia prawa unijnego dokonana przez (...) wiąże z kolei nie tylko w sprawie, w której wydano orzeczenie w trybie prejudycjalnym, lecz jest wiążąca dla wszystkich sądów unijnych we wszystkich sprawach, w których zastosowanie znajduje, w analogicznych okolicznościach faktycznych, zinterpretowany przez Trybunał Sprawiedliwości przepis prawa unijnego (doktryna *acte éclairé*).” (wyrok SA w Warszawie z dnia 30 grudnia 2019r., I ACa 697/18).

Obowiązek badania zgodności umowy z przepisami prawa materialnego ma charakter bezwzględny (niezależny od zgłoszonych przez strony twierdzeń) (por. wyrok (...) z dnia 27.6.2000r. C-240/98).

Sąd poddał analizie postanowienia wzorca umownego w zakresie dotyczącym określenia świadczenia ubezpieczeniowego (w rozumieniu § 15 OWU) i wartości wykupu (w rozumieniu § 2 pkt 43 OWU).

Zgodnie z treścią art. 385¹ kc postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Jeśli postanowienie umowy zgodnie z § 1 nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie (art. 385¹ § 2).

W rozumieniu przepisu § 3 za niezgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta.

Ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje (art. 385¹ § 4 kc).

Kodeks cywilny w art. 22¹ kc pod pojęciem konsumenta wskazuje osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową.

W niniejszym stanie faktycznym umowa, do której powódka przystąpiła nie była związana z jej działalnością zawodową ani gospodarczą (okoliczność uznana za niesporną między stronami).

Przedmiotowe postanowienia nie zostały uzgodnione z powódką indywidualnie w rozumieniu art. 385¹ § 3 kc. Wynika to z treści OWU, które odnoszą się nie tylko do tego konkretnie ubezpieczonego, ale do każdego innego ubezpieczonego – mają charakter „uniwersalny”. Uzgodnione indywidualnie postanowienia to nie postanowienia, które ubezpieczony mógł negocjować, lecz takie postanowienia, które faktycznie powstały na skutek indywidualnego uzgodnienia (negocjacji). Strona pozwana nie wykazała, by sporne postanowienia zostały uzgodnione indywidualnie (art. 385¹ § 4 kc).

W pierwszej kolejności sąd poddał analizie postanowienia wzorca umownego w zakresie dotyczącym określenia świadczenia ubezpieczeniowego (w rozumieniu § 15 OWU).

Świadczenie ubezpieczeniowe to *essentialia negotii* umowy ubezpieczenia osobowego. Stanowi ono główne świadczenie ubezpieczyciela (art. 805 § 1 i 2 kc).

Oświadczenie o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia powinno obejmować „wysokość sumy ubezpieczenia” (art. 829 § 2 kc). Przepisy nie wymagają kwotowego określenia świadczenia ubezpieczeniowego.

Zasadniczo art. 385¹ kc wyklucza możliwość analizy postanowień umownych odnoszących się do świadczenia ubezpieczeniowego, skoro stanowi ono główne świadczenie ubezpieczającego, chyba że postanowienia nie zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Znaczenie zwrotu „jednoznaczny” należy interpretować w powiązaniu z art. 4 ust. 2 dyrektywy Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz.Urz.U.E.L z 1993 r., Nr 95, s. 29): „Ocena nieuczciwego charakteru warunków nie dotyczy ani określenia głównego przedmiotu umowy, ani relacji ceny i wynagrodzenia do dostarczonych w zamian towarów lub usług, o ile warunki te zostały wyrażone prostym i zrozumiałym językiem.”

Warunek umowny musi być wyrażony prostym i zrozumiałym językiem (czyli musi być zrozumiały dla konsumenta z gramatycznego punktu widzenia), ale także w sposób przejrzysty tak, by konsument był w stanie oszacować, w oparciu o jednoznaczne i zrozumiałe kryteria, wpływające dla niego z tej umowy konsekwencje ekonomiczne (wyr. (...) z 30.4.2014 r., C-26/13, Á. K., H. R. v. (...)).

W deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia nie wskazano świadczenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczona złożyła jedynie oświadczenie: „(...) wyrażam zgodę na objęcie mnie ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w Warunkach (...), w tym na wysokość sumy ubezpieczenia, długość okresu ubezpieczenia oraz Wartość wykupu.” (k. 79v). Określenie wysokości sumy ubezpieczenia (jako świadczenia ubezpieczeniowego) poprzez odwołanie się do OWU jest dopuszczalne pod warunkiem, że w OWU można precyzyjnie określić tą wysokość w chwili przystąpienia do umowy i w chwili wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. Ubezpieczony bowiem ma prawo wiedzieć na jakich konkretnie warunkach przystępuje do umowy ubezpieczenia.

Analiza treści OWU i Regulaminu wskazuje, że świadczenie ubezpieczeniowe nie zostało sformułowane jednoznacznie, czyli prostym i zrozumiałym językiem.

Aby ustalić wysokość świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego w przypadku śmierci ubezpieczonego (§ 3 ust. 3 OWU) należy zapoznać się z § 15 pkt 1 OWU, który w przypadku sumy ubezpieczenia (§ 15 pkt 1 lit. a) OWU) odsyła do § 16 ust. 1 OWU, zaś w przypadku wartości rachunku udziałów (§ 15 pkt 1 lit. b) OWU) odsyła do § 17 OWU, a jednocześnie nakazuje stosować postanowienia określone w § 16 ust. 3 i 4 OWU. Z kolei § 16 ust. 3 OWU odsyła do § 24 ust. 3 OWU. Jednocześnie ustalenie kwoty należnego świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wymaga wyjaśnienia wskazanych w nim pojęć i w związku z tym sięgnięcia co najmniej do § 2 pkt 42, 12, 38, 9, 41, 23, 22, 32, do Tabeli Opłat i Limitów oraz Regulaminu (§ 2 ust. 1 - 6, § 4 ust. 1, 6, 7, § 6 ust. 1 - 3).

Aby ustalić wysokość świadczenia ubezpieczeniowego wypłacanego w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia (§ 3 ust. 4 OWU) należy zapoznać się z § 15 pkt 2 OWU, który w przypadku sumy ubezpieczenia (§ 15 pkt 2 OWU) odsyła do § 16 ust. 2 OWU, a jednocześnie nakazuje stosować postanowienia określone w § 16 ust. 3 i 4 OWU. Jednocześnie ustalenie kwoty należnego świadczenia z tytułu dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia wymaga wyjaśnienia wskazanych w nim pojęć i w związku z tym sięgnięcia co najmniej do § 2 pkt 41, 42, 16, 23, 22, 38, 9, 12, do Tabeli Opłat i Limitów oraz Regulaminu (§ 2 ust. 1 - 6, § 4 ust. 1, 6, 7, § 6 ust. 1 - 3).

W obu przypadkach ubezpieczyciel zrezygnował z kwotowego określenia świadczenia ubezpieczeniowego, zastępując ją rozbudowanym działaniem arytmetycznym. Jednocześnie posłużył się szeregiem skomplikowanych pojęć i działań arytmetycznych, które utrudniają zrozumienie OWU, a co za tym idzie ustalenie wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Odnosi się to zwłaszcza do postanowień Regulaminu, w którym pojawiają się następujące pojęcia: (...) 2 I., wartość nominalna obligacji, wartość aktywów netto Funduszu, wartość zamknięcia Indeksu w Dacie obserwacji t-final czy wartość zamknięcia Indeksu w Dacie obserwacji t-initial. Takie określenie wysokości świadczenia ubezpieczeniowego wyraźnie odbiega od wymogu formułowania postanowień umownych prostym i zrozumiałym językiem. Otwiera to możliwość analizy przedmiotowych postanowień przez pryzmat przepisów art. 385¹ kc i n.

5. **Sprzeczność z dobrymi obyczajami i rażące naruszenie interesów konsumenta**

Blizsza lektura OWU (a zwłaszcza Regulaminu stanowiącego ich integralną część - § 2 pkt 23 OWU) prowadzi do wniosku, że w sposób enigmatyczny unormowano zasady ustalania wartości rachunku udziałów (§ 2 pkt 41 OWU), która wpływała na wysokość świadczenia ubezpieczeniowego (§ 16 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 OWU).

Wartość rachunku udziałów to wartość udziałów jednostkowych zaewidencjonowanych na rachunku udziałów wyliczona jako iloczyn liczby udziałów jednostkowych oraz wartości udziału jednostkowego w dniu wyceny (§ 2 pkt 41 OWU). Z kolei wartość udziału jednostkowego to wartość Funduszu podzielona przez liczbę udziałów jednostkowych zgromadzonych w danym Funduszu ustalana w dniu wyceny zgodnie z zapisami Regulaminu (§ 2 pkt 42 OWU). W § 2 ust. 1 Regulaminu wskazano wzór na obliczenie wartości udziału jednostkowego. Odwołuje się on do wartości aktywów netto Funduszu (§ 2 ust. 5 Regulaminu), stanowiącej: „wartość wszystkich aktywów funduszu pomniejszonych o zobowiązania przewidziane umową ubezpieczenia oraz inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa ustalana zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie.” Regulamin nie precyzuje o jakie konkretnie zobowiązania chodzi, wskazuje jedynie, że „wartość aktywów netto funduszu jest ustalana według wartości rynkowej pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny.” (§ 4 ust. 1 Regulaminu). W Regulaminie nie wskazano, kto ustala wartość aktywów netto funduszu. Można się jedynie domyślać, że czyni to sam ubezpieczyciel. Na uwagę zwraca, że końcowa wartość rachunku udziałów obliczana jest „w oparciu o wartość obligacji, o których mowa w ust. 2 (...)” (§ 4 ust. 6 Regulaminu). Nie oznacza to jednak, że równa się wartości obligacji, pozostawiając ubezpieczycielowi swobodę w kształtowaniu wartości rachunku udziałów. Wartość obligacji emitowanych przez N. Bank (...) plc oparta jest na indeksie (§ 2 ust. 3 Regulaminu). Wartość nominalna obligacji (podobnie jak wartość indeksu - § 4 ust. 5 Regulaminu) jest określana przez emitenta obligacji, czyli N. Bank (...) plc (§ 2 ust. 6 w zw. z § 4 ust. 2 Regulaminu) - podmiot, z którym współpracuje ubezpieczyciel. Na podstawie OWU nie sposób ustalić w oparciu o jakie kryteria emitent ustalał wartość indeksu i obligacji. Zatem wartość sumy ubezpieczenia pośrednio kształtowana jest przez podmiot trzeci współpracujący z ubezpieczycielem na podstawie niejawnych i nieweryfikowalnych kryteriów.

Ponadto ubezpieczyciel wyraźnie zastrzegł, że „końcowa wartość aktywów netto funduszu, o której mowa w ust. 6, stanowi jedynie podstawę do ustalenia wartości udziału jednostkowego w dniu wyceny w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia. Towarzystwo ubezpieczeń nie gwarantuje, że wartość rachunku udziałów w dniu umorzenia udziałów jednostkowych na skutek dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okres ubezpieczenia stanowić będzie co najmniej kwotę odpowiadającą składce zainwestowanej.” (§ 4 ust. 7 Regulaminu). Skoro końcowa wartość aktywów netto funduszu stanowi jedynie podstawę do ustalenia wartości udziału jednostkowego to Regulamin pozostawia ubezpieczycielowi swobodę w kształtowaniu wartości rachunku udziałów. Świadczy o tym również drugie zdanie § 4 ust. 7 Regulaminu, w którym ubezpieczyciel wskazuje, że ubezpieczony może nie zyskać nic na tej inwestycji, a przecież przystępując do umowy M. S. (1) liczyła na zysk, pozostając w błędnym przekonaniu o pewności inwestycji, potwierdzonej choćby przez tytuł OWU: „Plan Regularnego Oszczędzania Zabezpiecz Przyszłość (!!!). Tytuł ten jest jaskrawym przykładem wprowadzania konsumenta w błąd. Wykorzystano skłonność przeciętnego konsumenta do wybiórczej analizy przedstawianej mu treści i zwracania uwagi głównie na nagłówki, tytuły, hasła bez bliższej analizy tego, co się pod nimi w rzeczywistości kryje. Zastosowanie takich słów jak „oszczędzanie” czy „zabezpiecz przyszłość” usypia czujność, rodzi mylne przeświadczenie o stabilności i pewności inwestycji. Sugeruje, że składki wpłacone przez ubezpieczonego (podobnie jak środki zgromadzone na lokacie bankowej) są gromadzone w celu zabezpieczenia przyszłości ubezpieczonego.

W tym miejscu warto także zauważyć, że zarówno OWU jak i regulamin nigdzie wprost nie wskazują, że na tej inwestycji można „stracić”. A przecież na tym powinno polegać konstruowanie wzorców umownych przy wykorzystaniu prostego języka. W Regulaminie pojawiły się następujące stwierdzenia: Towarzystwo ubezpieczeń nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego określonego w ust. 2 ust. 3.” (§ 3 ust. 4 Regulaminu), „Inwestycja w fundusz wiąże się z (...) ryzykiem związanym ze spadkiem wartości indeksu (...) i tym samym brakiem zysku (...)”. (§ 5 pkt 1 Regulaminu). Takie stwierdzenia wprost nie ostrzegają o ryzyku utraty wpłaconych składek po upływie okresu

ubezpieczenia. Mówią jedynie o możliwym braku zysku z wpłaconych składek (!). Z kolei stwierdzenie: „Inwestycja w fundusz wiąże się z (...) ryzykiem utraty części składki zainwestowanej, w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed końcem okresu ubezpieczenia (...)” (§ 5 pkt 3 Regulaminu) może sugerować, że jeśli ubezpieczony nie rozwiąże umowy przed upływem okresu ubezpieczenia, nie grozi mu utrata części składki zainwestowanej.

Bez znaczenia dla oceny postanowień wzorca pozostaje to, że zgodnie z § 6 ust. 3 Regulaminu „informacje o wartości udziału jednostkowego towarzystwo ubezpieczeń podaje na swojej stronie internetowej”, skoro w istocie mogło ono dowolnie kształtować wartość udziału jednostkowego, zachowując jedynie pozór uczciwego i rzetelnego kształtowania tej wartości. Brak odniesienia się do obiektywnie weryfikowalnych wartości wpływa na zachwianie równowagi kontraktowej między ubezpieczycielem a ubezpieczonym na niekorzyść tego ostatniego. Na uwagę zwraca m.in. to, że obligacje N. Bank (...) plc. miały stanowić bazę stabilnego oszczędzania (na co wskazywały historyczne notowania przedmiotowych obligacji przy średniorocznym zysku 11,20% - k. 261), a mimo to ubezpieczony stracił z roku na rok na przedmiotowej inwestycji. Na 30 marca 2016r. łączna kwota wpłaconych składek wynosiła 22.872 zł, zaś wartość rachunku udziałów jedynie 12.705,93 zł (!).

„Rażące naruszenie interesów konsumenta oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków wynikających z umowy na jego niekorzyść, skutkującą niekorzystnym ukształtowaniem jego sytuacji ekonomicznej oraz jego nierzetelnym traktowaniem.” (tak wyrok SN z dnia 27 listopada 2019r., II CSK 483/18, por. też m.in. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 2006r., I CK 297/05, z dnia 15 stycznia 2016r., I CSK 125/15, z dnia 27 listopada 2015r., I CSK 945/14, z dnia 30 września 2015r., I CSK 800/14 i z dnia 29 sierpnia 2013r. I CSK 660/12).

Art. 3 ust. 1 dyrektywy stanowi: „Warunki umowy, które nie były indywidualnie negocjowane, mogą być uznane za nieuczciwe, jeśli stoją (powinno być „stojąc” - przyp. wł.) w sprzeczności z wymogami dobrej wiary, powodują znaczącą nierównowagę wynikających z umowy, praw i obowiązków stron ze szkodą dla konsumenta.” Pojęcie „dobrej wiary” to odpowiednik „dobrych obyczajów”, zaś „znacząca nierównowaga wynikająca z umowy, praw i obowiązków stron ze szkodą dla konsumenta” to odpowiednik „rażącego naruszenia interesów konsumenta”. Tłumaczenie oficjalne na j. polski jest nieprecyzyjne. Dla porównania wersja angielska brzmi: „A contractual term which has not been individually negotiated shall be regarded as unfair if, contrary to the requirement of good faith, it causes a significant imbalance in the parties' rights and obligations arising under the contract, to the detriment of the consumer.” W tłumaczeniu oznacza to: „Warunek umowy, który nie był indywidualnie negocjowany, będzie uważany za nieuczciwy, jeśli, wbrew wymogowi dobrej wiary, powoduje znaczącą nierównowagę w prawach i obowiązkach stron wynikających z umowy, ze szkodą dla konsumenta.” W podobny sposób sformułowano wersję niemiecką, włoską, hiszpańską czy francuską tego przepisu.

Biorąc pod uwagę brzmienie art. 385¹ § 1 kc należy zgodzić się z poglądem, że „przesłanka sprzeczności z dobrymi obyczajami ma charakter nadrzędny, obejmuje przesłankę rażącego naruszenia interesów konsumenta, nie czyni jej jednak zbędną, ponieważ wynika z niej, że nie każda sprzeczność postanowienia z dobrymi obyczajami powoduje jego abuzywność, a jedynie określona jej postać, tj. ukształtowanie praw i obowiązków konsumenta naruszające w wystarczająco poważny sposób jego interesy (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2010 r., I CSK 694/09, z dnia 29 sierpnia 2013 r., I CSK 660/12, z dnia 30 września 2015 r., I CSK 800/14, OSNC 2016, nr 9, poz. 105, oraz z dnia 27 listopada 2015 r., I CSK 945/14).” (uchwała 7 sędziów SN z dnia 20 czerwca 2018r., III CZP 29/17).

Z pkt 16 preambuły dyrektywy wynika m.in., że „sprzedawca lub dostawca spełnia wymóg działania w dobrej wierze, jeżeli traktuje on drugą stronę umowy w sposób sprawiedliwy i słuszny, należycie uwzględniając jej prawnie uzasadnione roszczenia.”

„Postanowienie umowne jest sprzeczne z dobrymi obyczajami, jeżeli kontrahent konsumenta, traktujący go w sposób sprawiedliwy, słuszny i uwzględniający jego prawnie uzasadnione roszczenia, nie mógłby racjonalnie spodziewać się, iż konsument ten przyjąłby takie postanowienie w drodze negocjacji indywidualnych (...)” (uchwała 7 sędziów SN z dnia 20 czerwca 2018r., III CZP 29/17, por. też wyroki Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 14 marca 2013r., C-415/11, pkt 69, i z dnia 26 stycznia 2017r., C-421/14, pkt 60).

„Istotą dobrego obyczaju jest szeroko rozumiany szacunek dla drugiego człowieka. Z dobrymi obyczajami kłóci się zatem takie postępowanie, którego celem jest zdezorientowanie konsumenta, wykorzystanie jego niewiedzy lub naiwności, ukształtowanie stosunku prawnego z naruszeniem zasady równości stron.” (por. wyrok SA w Białymstoku z dnia 14 grudnia 2017r., I ACa 447/17).

Wymienione wyżej postanowienia OWU określające zasady ustalania wartości rachunku udziałów, która wpływa na wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, mają charakter niedozwolonych postanowień umownych, gdyż kształtują obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy w rozumieniu art. 385¹ § 1 kc w zw. z art. 385² § kc.

W niniejszym stanie faktycznym sprzeczność z dobrymi obyczajami i naruszenie interesów konsumenta polega na uzależnieniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego od arbitralnej decyzji ubezpieczyciela. Strona pozwana miała prawo ustalać wartość rachunku udziałów dowolnie, bez żadnych umownych ograniczeń w postaci konkretnych, obiektywnie weryfikowalnych kryteriów, niezależnych od ubezpieczyciela. Naruszało to zasadę równorzędności stron stosunku zobowiązaniowego w postaci nierównomiernego rozłożenia uprawnień i obowiązków stron tego stosunku. Art. 829 § 2 kc nie wymaga kwotowego wskazania sumy ubezpieczenia. Dopuszczalne jest zastosowanie wzoru matematycznego, lecz wyłącznie takiego, który pozwala konsumentowi ustalić (na chwilę przystąpienia do ubezpieczenia) wysokość sumy ubezpieczenia, czyli świadczenia, które może oczekiwać w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego. Jedynie w ten sposób konsument ma realną możliwość oceny ekwiwalentności świadczeń z umowy ubezpieczenia, zwłaszcza w przypadku, gdy inwestuje składki o znacznej wartości. Przystąpienie do umowy ubezpieczenia to oświadczenie woli, które dla swojej skuteczności wymaga świadomości pełnej treści tego oświadczenia. W niniejszym przypadku M. S. (1) nie miała realnej możliwości ustalenia sumy ubezpieczenia i zweryfikowania poprawności jej wyliczenia przez ubezpieczyciela. OWU, do których odwołuje się deklaracja przystąpienia do umowy ubezpieczenia, powinny jednoznacznie i w przystępny sposób określać sumę ubezpieczenia, by konsument bez problemu mógł ją ustalić w chwili przystąpienia do umowy. Tą uwagę odnieść należy do OWU jako całości. Jeśli kształtują one prawa i obowiązki strony będącej konsumentem, każde postanowienie OWU powinno być sformułowane jasnym i prostym językiem i do niezbędnego minimum należy ograniczyć stosowanie jakichkolwiek pojęć specjalistycznych, którymi posługują się przedsiębiorcy w obrocie profesjonalnym.

Jako postulat de lege ferenda sąd w niniejszym składzie podnosi, że jeśli istota umowy (jej stopień skomplikowania) wyklucza możliwość posłużenia się prostym językiem to możliwość zawierania takiej umowy przez konsumenta powinna być wyłączona. Składając oświadczenie woli konsument powinien być w pełni świadomy treści oświadczenia woli, gdyż tylko wtedy będzie to w istocie oświadczenie jego woli.

Bez znaczenia dla uznania postanowienia za niedozwolone pozostają fakty, które miały miejsce po zawarciu umowy, w szczególności ustalanie przez ubezpieczyciela wartość rachunku udziałów w ścisłym związku z wartością rynkową udziału jednostkowego Funduszu. Wystarczy potencjalna możliwość kształtowania przez ubezpieczyciela wartość rachunku udziałów w sposób dowolny. Oceny, czy postanowienie umowne jest niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 kc, dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy (por. uchwała 7 sędziów SN z dnia 20 czerwca 2018r., III CZP 29/17). Wskazuje na to również literalna wykładnia art. 385² kc i art. 4 ust. 1 dyrektywy, odwołująca się do momentu zawarcia umowy.

6. Skutki prawne „abuzyjności”

Postanowienia umowne określające zasady ustalania wartości rachunku udziałów jako niedozwolone nie wiążą konsumenta (art. 385¹ § 1 kc). Wiążą jednak nadal przedsiębiorcę (por. J. Pisuliński w: *Życie umowy konsumenckiej po uznaniu jej postanowień za nieuczciwe na tle orzecznictwa TSUE pod red. M. Romanowskiego, Legalis, 2017*). Art. 6 ust. 1 implementowanej dyrektywy posługuje się zwrotem „nie będą wiążące dla konsumenta” i mówi o „wyłączeniu (...) nieuczciwych warunków”. Niezwiązanie postanowieniem umowy nie oznacza zatem, że to postanowienie w ogóle nie istnieje.

Zastąpienie niedozwolonych postanowień umownych przepisami o charakterze dyspozytywnym jest zasadniczo niedopuszczalne, gdyż sprzeciwia się temu cel prewencyjny dyrektywy: „(...) przedsiębiorcy wiedzieliby, że nawet w razie zastosowania klauzuli niedozwolonej umowa zostanie skorygowana przez sąd w sposób możliwie najpełniej odpowiadający ich woli (...)” (wyrok SN z dnia 9 maja 2019r., I CSK 242/18, por. też wyrok SN z dnia 27 listopada 2019r., II CSK 483/18, por. też wyrok (...) z dnia 14 czerwca 2012r., C-618/10).

Wyjątkowo dopuszcza się zastąpienie (modyfikację) niedozwolonych postanowień przepisami dyspozytywnymi, jeśli stwierdzenie nieważności całej umowy naraziłoby konsumenta na szczególnie niekorzystne skutki (tak m.in. wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 3 października 2019r., C-260/18, pkt 62, por. też wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 30 kwietnia 2014r., C-26/13).

W polskim prawie brak jednak przepisów o charakterze dyspozytywnym umożliwiających zastąpienie powyższych niedozwolonych postanowień umownych (tak też np. wyrok SN z dnia 27 listopada 2019r., II CSK 483/18 i powołane tam orzecznictwo).

Jednocześnie Trybunał Sprawiedliwości wyraźnie stwierdził, że art. 6 ust. 1 dyrektywy 93/13 stoi na przeszkodzie wypełnianiu luk w umowie, spowodowanych usunięciem z niej nieuczciwych warunków, wyłącznie na podstawie przepisów krajowych o charakterze ogólnym, przewidujących, że skutki wyrażone w treści czynności prawnej są uzupełniane w szczególności przez skutki wynikające z zasad słuszności lub ustalonych zwyczajów, które nie stanowią przepisów dyspozytywnych lub przepisów mających zastosowanie, w przypadku gdy strony umowy wyrażą na to zgodę (por. wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 3 października 2019r., C-260/18, pkt 62). Wykluczone jest zatem zastosowanie w szczególności art. 56 kc.

W niniejszym stanie faktycznym postanowienia umowne określające zasady ustalania wartości rachunku udziałów nie wiążą powódki (konsumenta). Zasadniczo strony byłyby jednak związane umową w pozostałym zakresie (art. 385¹ § 2 kc). Należy w tym miejscu zauważyć, że implementacja art. 6 ust. 1 dyrektywy nie została dokonana właściwie, gdyż stanowi on: „(...) na mocy prawa krajowego nieuczciwe warunki w umowach zawieranych przez sprzedawców lub dostawców z konsumentami nie będą wiążące dla konsumenta, a umowa w pozostałej części będzie nadal obowiązywała strony, jeżeli jest to możliwe po wyłączeniu z niej nieuczciwych warunków.” Prounijna wykładnia dyrektywy (por. wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 3 marca 2020r., C-125/18) prowadzi do wniosku, że strony nie będą związane umową w pozostałym zakresie, jeśli nie będzie to możliwe po wyłączeniu z niej nieuczciwych warunków.

Art. 6 ust. 1 dyrektywy pozostawia prawu krajowemu szczegółowe warunki dotyczące „niezwiązania” konsumentów niedozwolonymi postanowieniami umownymi. Zgodnie z art. 58 § 1 kc czynność prawna sprzeczna z ustawą jest nieważna, chyba że przepis szczególnie przewiduje inny skutek. Zatem art. 58 § 3 kc nie znajduje tu zastosowania, gdyż art. 385¹ § 1 i 2 kc przewiduje szczególny skutek. Skutkiem prawnym uznania postanowienia za niedozwolone nie jest nieważność części czynności prawnej, lecz nieskuteczność wobec konsumenta, a ściślej „niezwiązanie” konsumenta tym postanowieniem (por. wyrok SN z dnia 9 maja 2019r., I CSK 242/18, wyrok SN z dnia 27 listopada 2019r., II CSK 483/18). „Jest to szczególny rodzaj sankcji, który należy odróżnić od nieważności, wzruszalności oraz bezskuteczności względnej i zawieszanej.” (tak P. Mikłaszewicz w: Kodeks cywilny. Komentarz pod red. K. Osajdy, Legalis, 2020, kom. do art. 385¹ kc, zob. też M. Gutowski w: Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz. Art. 353–626, Legalis 2019, kom. do art. 385¹ kc, J. Pisuliński w: Życie umowy konsumenckiej po uznaniu jej postanowienia za nieuczciwe na tle orzecznictwa TSUE pod red. M. Romanowskiego, Legalis, 2017 - ten ostatni precyzyjnie objaśnia różnice między bezwzględną nieważnością z art. 58 kc a niezwiązaniem z art. 385¹ § 1 kc).

Zgodnie z art. 6 ust. 1 dyrektywy sąd ustala skutki wyłączenia niedozwolonego postanowienia umownego dla pozostałej części umowy, stosując przepisy prawa krajowego (por. wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 3 października 2019r., C-260/18, pkt 39, 40). Dyrektywa nie określa kryteriów dotyczących możliwości dalszego obowiązywania umowy bez niedozwolonych postanowień. Orzecznictwo Trybunału Sprawiedliwości podkreśla jedynie konieczność

zastosowania tzw. „obiektywnego podejścia”, polegającego na tym, że podstawą konkluzji o możliwości dalszego obowiązywania umowy nie może być wyłącznie większa korzyść dla jednej ze stron umowy, w tym także konsumenta (por. wyrok Trybunału Sprawiedliwości z dnia 15 marca 2012 r., C-453/10, pkt. 33 i 36).

„Nie jest wykluczone, że wówczas w miejsce wyłączonych postanowień nie wejdzie przepis dyspozytywny ustawy (z powodu braku takiego przepisu (...)). Ze względu na brak minimalnego konsensu, cały stosunek prawny będzie musiał wówczas zostać uznany za nieistniejący (...). W takiej sytuacji utrzymanie umowy w mocy będzie obiektywnie niemożliwe. W aktualnym stanie prawnym możliwe jest więc osiągnięcie stanu zgodnego z dyrektywą 93/13/EWG, a więc takiego, w którym umowa nie wiąże stron, wówczas gdy jest to obiektywnie niemożliwe. Utrzymanie umowy w mocy, które niejako bezwzględnie zakłada art. 385¹ § 2, będzie więc możliwe wyłącznie wówczas, gdy można ustalić minimalną treść umowy (J. P., Sankcja zamieszczenia, § 3).” (tak M. Gutowski w: Kodeks cywilny. Tom II. Komentarz. Art. 353–626, Legalis 2019, kom. do art. 385¹ kc).

Wyłączenie z niniejszej umowy ubezpieczenia z ufk postanowień określających zasady ustalania wartości rachunku udziałów wyklucza obowiązywanie pozostałej części umowy. Brak bowiem postanowień, które kształtują główne świadczenie ubezpieczyciela (sumę ubezpieczenia) - *essentialia negotii* z art. 805 § 1 kc. Po wyeliminowaniu postanowień OWU odnoszących się do ustalania wartości rachunku udziałów nie można ustalić wysokości sumy ubezpieczenia będącej ekwiwalentem świadczenia ubezpieczonego. W przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia występuje całkowity brak możliwości ustalenia sumy ubezpieczenia (§ 16 ust. 2 OWU). W przypadku śmierci ubezpieczonego pozostałaby jedynie suma ubezpieczenia równa sumie opłaconych składek (pierwszej i bieżących - § 16 ust. 1 pkt 1 OWU). Biorąc pod uwagę cel inwestycyjny umowy ubezpieczenia z ufk nie sposób przyjąć, by M. S. (1), przystępując do tej umowy, godziła się na sumę ubezpieczenia odpowiadającą jedynie sumie opłaconych przez siebie składek. Innymi słowy należy wykluczyć, że ubezpieczona, składając oświadczenie o przystąpieniu do umowy, przyjmowała taką ofertę ubezpieczyciela.

Oświadczenie o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia, a ściślej oświadczenie ubezpieczonego, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej, powinno obejmować „wysokość sumy ubezpieczenia” (art. 829 § 2 kc). W wyroku z dnia 16 kwietnia 2015 r. (III SK 42/14) Sąd Najwyższy wskazał, że zgoda ubezpieczonego jest oświadczeniem woli, jednostronną czynnością prawną dokonywaną przez ubezpieczonego. Dopiero w wyniku złożenia takiego oświadczenia woli ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową wynikającą z zawartej przez ubezpieczającego i ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia. Zgoda ubezpieczonego jest przy tym składana w ramach stosunku prawnego umowy ubezpieczenia na życie na cudzy rachunek, kształtując jego treść (por. M. Orlicki w: Kodeks cywilny. Tom III. Komentarz pod red. M. Gutowskiego, kom. do art. 829 kc, Legalis).

W wyniku wyeliminowania postanowień OWU odnoszących się do wartości rachunku udziałów (wpływających na wysokość sumy ubezpieczenia), oświadczenie powódki z dnia 4 listopada 2011r. zawierające odwołanie do OWU w zakresie sumy ubezpieczenia dotknięte jest brakiem wskazania wysokości sumy ubezpieczenia. Oznacza to, że oświadczenie powódki złożone w dniu 4 listopada 2011r. (tzw. przystąpienie do umowy) jest bezwzględnie nieważne z powodu jego sprzeczności z art. 829 § 2 kc (art. 58 § 1 kc). W związku z tym nie doszło do nawiązania ważnego stosunku prawnego pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym.

7. Tzw. *condictio indebiti*

Podstawą zwrotu nienależnego świadczenia jest art. 410 § 1 kc w zw. z art. 405 kc. Świadczeniem nienależnym jest świadczenie spełnione w wykonaniu niedozwolonego postanowienia umownego, które nie wiązało konsumenta z mocy prawa *ex tunc* („jeżeli ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany”). Przysługuje wówczas tzw. *condictio indebiti* (por. P. Księżak w Kodeks cywilny, Komentarz pod red.: K. Osajda, Legalis 2020, kom. do art. 410 kc).

Powódka występuje w niniejszym stanie faktycznym jako podmiot zubożony, gdyż na skutek stwierdzenia nieważności oświadczenia z art. 829 § 2 kc doszło do uiszczenia składek bez podstawy prawnej.

Przy roszczeniu określonym w art. 410 kc nie ma potrzeby ustalania czy świadczenie wzbogaciło odbiorcę bądź czy majątek świadczącego uległ zmniejszeniu, gdyż przesłanki te wynikają z samego pojęcia świadczenia nienależnego. Sam fakt spełnienia w tym wypadku nienależnego świadczenia uzasadnia roszczenie kondykcyjne (por. wyrok SN z dnia 9 sierpnia 2012r., V CSK 372/11, wyrok SN z dnia 28 sierpnia 2013r., V CSK 362/12, wyrok SN z dnia 15 maja 2014r., II CSK 517/13, wyrok SN z dnia 29 listopada 2016 r., I CSK 798/15).

„Z chwilą (...) spełnienia świadczenia nienależnego powstaje roszczenie kondykcyjne, którego treścią jest obowiązek dokonania czynności faktycznej lub prawnej, stanowiącej świadczenie przeciwne do spełnionego.” (tak wyrok SN z dnia 24 listopada 2011 r., I CSK 66/11).

Strona pozwana powinna zatem zwrócić powódce łącznie kwotę 17.845,37 zł, stanowiącą różnicę między łączną kwotą wpłaconych przez powódkę składek (22.872 zł) a zwróconą powódce kwotą (tzw. wartości wykupu po skorygowaniu o opłatę administracyjną i opłatę za ryzyko - 5.026,63 zł).

Z.zanie strony pozwanej jest zobowiązaniem bezterminowym, tj. takim, którego termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania. A zatem świadczenie powinno być spełnione niezwłocznie po wezwaniu dłużnika do jego wykonania - art. 455 kc. Gdy zobowiązany tego nie uczyni, stosownie do treści art. 481 § 1 k.c., wierzyciel może domagać się odsetek ustawowych za czas opóźnienia. Powódka zażądała odsetek za opóźnienie od 16 grudnia 2017r., przy czym nie dołączyła dowodu doręczenia wezwania do zapłaty z 20 listopada 2017r. W wezwaniu wyznaczyła termin 7 dni od dnia doręczenia wezwania do zapłaty. Skoro zatem strona pozwana odniosła się do tego pisma w piśmie z 21 lutego 2018r. sąd uznał za wykazane, że wezwanie do zapłaty dotarło do strony pozwanej najpóźniej z tą datą. Zatem termin 7-dniowy upłynął z dniem 28 lutego 2018r. i strona pozwana pozostawała w opóźnieniu od 1 marca 2018r.

W pozostałym zakresie powództwo podlegało oddaleniu jako niezasadne.

8. Wartość wykupu

Przyjmując hipotetyczne założenie, że postanowienia umowy dotyczące wartości rachunku udziałów są zgodne z przepisami, wówczas postanowienia umowy w zakresie dotyczącym wartości wykupu (§ 18 ust. 4 OWU) należałoby analizować z perspektywy przepisów o niedozwolonych postanowieniach umownych (art. 385¹ kc i in.).

Przedmiotowe zobowiązanie również nie zostało uzgodnione z powódką indywidualnie w rozumieniu art. 385¹ § 3 kc. Strona pozwana temu nie zaprzeczyła. Poza tym kwestie związane z wartością wykupu zostały w całości określone w OWU.

Postanowienia umowy w zakresie dotyczącym wartości wykupu (§ 18 ust. 4 OWU) określają kwotę pieniężną, jaką pobiera towarzystwo ubezpieczeń z wartości polisy m.in. w razie wypowiedzenia umowy przez ubezpieczonego. Oświadczenie woli ubezpieczonego o wypłacie wartości wykupu to w istocie oświadczenie woli o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Działanie arytmetyczne określone w § 18 ust. 4 OWU wskazuje jaką część wartości polisy (środków zgromadzonych przez ubezpieczonego) przejmowało towarzystwo ubezpieczeń w ramach wartości wykupu. W § 14 OWU, który określa opłaty pobierane przez ubezpieczyciela, brak jest jakiegokolwiek informacji o opłacie pobieranej przy wypłacie wartości wykupu. Może to rodzić u konsumenta przeświadczenie, że poza opłatami wymienionymi w § 14 nie poniesie on żadnych innych opłat związanych z umową. Ukryta opłata wynika jedynie z regulacji dotyczącej wartości wykupu (§ 18 OWU). Na uwagę zwraca to, że OWU nie zawiera żadnych postanowień dotyczących tego, z jakiego powodu towarzystwo ubezpieczeń dokonuje pobrania opłaty w ramach wypłaty wartości wykupu i to w tak znacznej części (nawet po 6 latach obowiązywania umowy opłata wynosi 50% zgromadzonych przez ubezpieczonego środków).

Wszelkie próby „zakamuflowania” tych danych jawią się jako zmierzające do dezinformacji mającej na celu zniechęcenie lub utrudnienie konsumentowi wypowiedzenia umowy (co w przypadku umów z elementem

ubezpieceniowym rodzi wątpliwość co do zgodności z art. 830 § 1 kc, który stanowi, że umowę taką można wypowiedzieć w dowolnym czasie).

Kwestią sporną w doktrynie pozostaje charakter tzw. opłaty likwidacyjnej. Sąd opowiada się za poglądem głoszącym, że opłata likwidacyjna jest jedynie świadczeniem ubocznym (nie zaś świadczeniem głównym) w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Nie stanowi bowiem essentialia negotii przedmiotowej umowy.

Opłatę tę należy uznać za rażąco wygórowaną. Niedopuszczalna jest sytuacja, w której konsument zostaje obciążony na rzecz przedsiębiorcy rażąco wygórowanymi kosztami, oderwanymi do rzeczywistych wydatków ponoszonych w tym zakresie. Strona pozwana arbitralnie narzuciła powódce zawyżoną opłatę za rozwiązanie umowy, kierując się w tej sferze wyłącznie własnym partykularnym interesem. Stanowiła ona nie tylko niczym nie uzasadnioną dolegliwość dla konsumenta, ale przede wszystkim została pomyślana jako źródło dodatkowego zarobkowania ubezpieczyciela. Tego typu praktyki, polegające na czerpaniu dodatkowych profitów rażąco niewspółmiernych do ponoszonych obciążeń, nie zasługują na akceptację, zwłaszcza gdy sięgają po nie podmioty działające na rynku finansowym.

Strona pozwana w toku postępowania rozpoznawczego nie wykazała związku powyższej opłaty z ponoszonymi przez siebie wydatkami na rozwiązanie umowy. Należy podkreślić, że opłata ta nie pokrywała żadnych innych kosztów, w szczególności kosztów powstałych w trakcie obowiązywania umowy, gdyż te finansowane były z innych opłat wskazanych w § 14 OWU. W związku z tym ubezpieczyciel nie może tłumaczyć jej wysokości zwłaszcza wynagrodzeniem za świadczenie ochrony ubezpieczeniowej, gdyż pokrywała je opłata za ryzyko (§ 14 ust. 1 pkt 1 OWU). Z kolei koszty związane z administrowaniem i obsługą ubezpieczenia pokrywała opłata administracyjna (§ 14 ust. 1 pkt 1 OWU).

Trudno uznać przy tym za zasadne przerzucanie na konsumentów w całości kosztów rozwiązania umowy przez podmiot zajmujący się zawodowo zawieraniem umów ubezpieczenia z ufk. Koszty takowe związane są z ryzykiem prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie świadczenia usług finansowych i winny być wkalkulowane przez przedsiębiorcę w poczet kosztów bieżącej działalności, a konieczność ich ponoszenia zabezpieczona w inny sposób niż bezpośrednie obciążanie nimi konsumentów.

Klauzula umożliwiająca ubezpieczycielowi potrącenie ułamkowej (procentowej) wysokości wartości świadczenia w przypadku wykupu jest niedozwoloną klauzulą umowną i faktycznie jej celem nie jest pokrycie poniesionych kosztów, ale utrzymanie stosunku umownego (por. wyrok Sądu Okręgowego w Krakowie z dnia 18 września 2015 r., II Ca 1140/15): „Sam mechanizm ustalania wysokości tych „kosztów” abstrahujący do faktycznej ich wysokości wskazuje, że jego celem było wywarcie na konsumentach presji, w celu dalszego trwania w stosunku umownym, a nie zabezpieczenie własnych interesów poprzez minimalizację strat związanych z tym, że strona poniosła koszty licząc na długoletnie trwanie stosunku umownego.” Mechanizm ustalania tych kosztów poniesionych przez pozwanego odnosi się w istocie procentowo do obecnej wartości jednostek funduszu, co wskazuje na oderwanie wysokości opłaty za wykup ubezpieczenia od wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów ubezpieczyciela i stanowi sprzeczną z prawem karę umowną za wypowiedzenie umowy.

Konsument nie powinien ponosić wszelkich kosztów związanych z prowadzoną przez stronę pozwaną działalnością gospodarczą. Nie powinien w szczególności ponosić nieracjonalnych kosztów związanych z rażąco zawyżonymi prowizjami dla pośredników ubezpieczeniowych, których wysokość na przykład byłaby wprost proporcjonalna do regularnej składki miesięcznej ustalonej z konsumentem (!).

Skoro koszty początkowe są stronie pozwanej znane w chwili zawarcia umowy to zasada lojalności i uczciwości kontraktowej nakazuje wskazanie konkretnej wartości opłaty za wykup w wartościach bezwzględnych, nie zaś posługiwanie się współczynnikami procentowymi. W ten sposób konsument w chwili zawarcia umowy (przystąpienia do umowy) miałby jasno określone wszelkie koszty związane z zawarciem i obowiązywaniem umowy. Pojawia się pytanie: dlaczego opłata za wykup zwiększała się (jeśli chodzi o wartości bezwzględne) im większa była wartość zgromadzonych aktywów na rachunku.

Reasumując, postanowienia umowy w tym zakresie kształtują obowiązki powoda w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy w rozumieniu art. 385¹ § 1 kc w zw. z art. 385² § kc.

Jeśli postanowienie umowy zgodnie z art. 385¹ § 1 kc nie wiąże konsumenta, strony są związane umową w pozostałym zakresie (art. 385¹ § 2). Oznacza to, że powódka nie miała obowiązku ponosić dodatkowych kosztów związanych z wypłatą wartości wykupu określonych w § 18 OWU. Opłata ta stanowi świadczenie nienależne w rozumieniu art. 410 § 2 kc i jako taka podlegałaby zwrotowi na podstawie art. 410 § 1 kc w zw. z art. 405 kc. Jej wysokość została ustalona w chwili rozwiązania umowy na łączną kwotę 7 567,82 zł (wartość rachunku udziałów w kwocie 12.705,93 zł - opłata administracyjna w kwocie 55,53 zł - opłata za ryzyko w kwocie 0,21 zł - wartość wykupu w kwocie 5.082,37 zł = 7 567,82 zł).

9. Rozstrzygnięcie o kosztach procesu

O kosztach procesu sąd orzekł zgodnie z zasadą wyrażoną w art. 98 § 1 i 3 kpc. Koszty procesu poniesione przez powódkę to opłata od pozwu (893 zł - art. 13 ust. 1 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych), koszty zastępstwa procesowego (3.600 zł - § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości w sprawie opłat za czynności adwokackie z dnia 22 października 2015 r., tj. Dz.U. z 2015r. poz. 1800 ze zm.) i opłata skarbową od pełnomocnictwa (17 zł).