

*Sygn. akt I C 1084 / 15*

## WYROK

### W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 kwietnia 2016 r.

Sąd Okręgowy we Wrocławiu I Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: **SSO Krzysztof Rudnicki**

Protokolant: **Małgorzata Wąchała**

po rozpoznaniu w dniu 05.04.2016 r.

we Wrocławiu

na rozprawie

sprawy z powództwa **S. K.**

przeciwko **Towarzystwu (...) S.A. we W.**

o zapłatę ewentualnie ustalenie

**I.** zasądza od pozwanego na rzecz powoda **105 053, 30 zł** (sto pięć tysięcy pięćdziesiąt trzy złote, trzydzieści groszy) wraz z ustawowymi odsetkami licznymi od kwoty 98 329, 33 zł za okres od dnia 09.10.2015 r. do dnia 31.12.2015 r. oraz od kwoty 4 960 zł za okres od dnia 23.12.2015 r. do dnia 31.12.2015 r. i ustawowymi odsetkami za opóźnienie licznymi od kwoty 98 329, 33 zł za okres od dnia 01.01.2016 r. do dnia zapłaty, od kwoty 4 960 zł od dnia 01.01.2016 r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 1 763, 97 zł za okres od dnia 08.01.2016 r. do dnia zapłaty;

**II.** oddala dalej idące powództwo, przy czym powództwo o zapłatę **3 720 zł** jako przedwczesne;

**III.** zasądza od pozwanego na rzecz powoda **7 688, 49 zł** kosztów procesu.

## UZASADNIENIE

Powód S. K. wniósł o zasądzenie od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. we W. 114 400 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 21.01.2015 r. do dnia zapłaty, ewentualnie o ustalenie, że postanowienia umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) (...) Bank (...) z dnia 15.10.2010 r. dotyczące wysokości opłat likwidacyjnych zawartych w Tabeli Opłat i Limitów Składek w 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9. roku obowiązywania umowy, a także dotyczące określenia wartości jednostki uczestnictwa oraz wartości rachunku, a w konsekwencji dotyczące wysokości świadczenia w razie zgonu albo jakie powód otrzymałby, gdyby zrezygnował z ubezpieczenia, tj.:

a) rozdział 1 pkt 30, 31, 32; rozdział 10 pkt 4; rozdział 14 pkt 6 Warunków grupowego ubezpieczenia (...) ((...) (...) (...))

b) § 2 pkt 11 i 12, § 4 ust. 2, § 6 ust. 2 Regulaminu ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...),

są niedozwolone i nie wiążą powoda jako konsumenta.

Ponadto powód wniósł o zasądzenie od pozwanego kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwu powód podał, że w dniu 15.10.2010 r. przystąpił za pośrednictwem (...) Bank S.A. do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) Banku (...), która jest umową ubezpieczenia na cudzy rachunek, o której mowa w art. 808 kc, gdzie Bank jest ubezpieczającym a Towarzystwo (...) S.A. ubezpieczycielem. Ofertę przystąpienia do umowy powód otrzymał od Banku, w którego imieniu skontaktowała się ze S. K. doradca klienta – M. K., od lat doradzająca powodowi w zakresie inwestowania środków pieniężnych w lokaty (...) (...) Banku. Z uwagi na dotychczasową kilkuletnią już i udaną współpracę powód darzył dużym zaufaniem zarówno Bank, jak i w/w doradcę. M. K. namawiała powoda, aby koniecznie przyszedł do Banku i skorzystał z oferty nowego produktu Banku (...), który pozwoli mu oszczędzać z dużym zyskiem. Podkreśliła, że jest to limitowana oferta tylko dla wybranych, stałych i sprawdzonych już klientów Banku, na którą jest duży popyt i radziła nie zwlekać. Powód podał, że uległ tym przekonującym namowom. W czasie rozmowy w placówce Banku (...) zaprezentowała powodowi zalety nowego produktu, wyjaśniając, że daje on możliwość skuteczniejszego oszczędzania i szybszego oraz wyższego zysku niż przy standardowych lokatach. W czasie owej prezentacji M. K. nie tłumaczyła powodowi treści dokumentów umownych, ale za pomocą tabel i wykresów rysowanych na kartce papieru sporządziła symulację zysków w oparciu o wskaźniki na rynkach światowych, które miały być rzeczywiście wyższe niż w przypadku standardowej lokaty (zysk rzędu 15-20 %). W trakcie rozmowy z powodem cały czas posługiwała się zwrotem „oszczędzanie”, „lokata”, co utwierdziło powoda w przekonaniu, że (...) to lokata długoterminowa. Powoda zaniepokoił długi, bo 15-letni okres trwania umowy, jednak według zapewnień przedstawiciela Banku umowę można było zerwać w każdej chwili, nie tracąc wniesionych środków i naliczonych odsetek. Wskutek powyższych wyjaśnień, zapewnień i namowy powód nabrał przekonania, że oferowany produkt jest lokatą na korzystniejszych warunkach niż dotychczasowe standardowe lokaty, które zakładał, i że jest to sposób na efektywne, zyskowe oszczędzanie. Opiekun klienta doradzał jedynie, aby nie zrywać umowy przed upływem 5 lat jej trwania, ponieważ po tym okresie zyski będą już naprawdę znaczne. M. K. nie informowała powoda o ryzykach związanych z oferowanym sposobem ulokowania środków, a wręcz przeciwnie podkreślała takie cechy oferowanego produktu jak stabilność, bezpieczeństwo.

Dalej powód wskazał, że początkowo zamierzał ulokować kwotę 20 000 zł, ale M. K. przekonywała go o wyjątkowej atrakcyjności nowego produktu, o dużym zysku i niskim ryzyku. Powód uległ tym namowom – lokując 45 000 zł plus bieżąca składka 1 240 zł i w dniu 15.10.2014 r. dokonał wpłaty na kwotę 46 240 zł. Następnie co miesiąc, zgodnie z umową wpłacał 1 240 zł i do dzisiaj wpłacił już łącznie 114 400 zł (46 240 zł przy zawarciu umowy + 68 200 zł tytułem dalszych comiesięcznych składek). Powód zaznaczył, że przy przystąpieniu do umowy nie otrzymał takich dokumentów, jak Warunki (...) ((...)) (...) v. 14) oraz Tabel Opłat i Limitów Składek do Umowy (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...). Uzyskał je dopiero w wyniku wniosku złożonego w dniu 09.07.2013 r. Przed złożeniem podpisu okazano mu jedynie treść Deklaracji Przystąpienia i Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). Z uwagi jednak na skomplikowaną treść tych dokumentów, dużą ilość definicji, odesłań i zwrotów o charakterze ekonomicznym powód, nie posiadając wiedzy prawniczej i ekonomicznej, nie był w stanie w pełni zrozumieć ich treści, w tym istoty oferowanego mu produktu .. (...) tego względu, działając w zaufaniu do Banku oraz doradcy klienta oparł się na wyżej opisanych wyjaśnieniach. Niestety pomimo kolejnych lat oszczędzania i wysokich wpłat zysk się nie pojawiał, choć zbliżał się piąty rok trwania umowy, w którym zyski miały już być znaczące i po którym powód zgodnie z pierwotnym założeniem zamierzał rozwiązać umowę. Dodatkowo powoda bardzo zaniepokoiła informacja prasowa, że Urząd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w dniu 31.12.2013 r. wydał przeciwko (...) (...) Bank decyzję, na mocy której ukarał bank za stosowanie nieuczciwych praktyk rynkowych polegających na oferowaniu konsumentom pod pozorem lokaty oszczędnościowej umów ubezpieczenia na życie i dożycie z funduszem kapitałowym, czyli tzw. „polisolokat”. Powyższe skłoniło powoda, aby dokładniej przeanalizować temat „polisolokat”, co uczynił szukając stosownych informacji w internecie. Natknął się wówczas na komunikat prasowy UOKiK dotyczący licznych skarg konsumentów na produkty inwestycyjno-oszczędnościowe: ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. Po zapoznaniu się z powyższymi doniesieniami medialnymi powód nabrał poważnych wątpliwości, czy umowa, do której przystąpił za pośrednictwem (...) (...) Banku, jest rzeczywiście lokatą czy też ma raczej charakter przede wszystkim inwestycyjny, z czego powód nie zdawał sobie sprawy. Powód wskazał, że pismem z dnia 29.05.2014 r. zwrócił się do (...) (...) Banku oraz (...) o informację, jakie środki uzyska rozwiązując umowę. W odpowiedzi został poinformowany, że aktualna wartość jego rachunku wynosi

ok. 50 000 zł pomimo wpłaconych wówczas już 102 040 zł. Do tego – jak wynikało z pisma (...) wartość rachunku w przypadku likwidacji w czwartym roku trwania umowy zostałaby pomniejszona o opłatę likwidacyjną wynoszącą 75 % wartości rachunku, o czym nie poinformowano powoda przy zawarciu umowy. Po otrzymaniu powyższych informacji powód dotarł do treści decyzji Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 31.12.2013. nr (...) oraz nr (...) i ich uzasadnienia, w którym szczegółowo opisany został charakter umów ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, tzw. „polisolokat” oraz mechanizm oferowania klientom tego produktu przez (...) (...) Bank. Na mocy decyzji nr (...) UOKiK uznał za bezprawną, nieuczciwą i naruszającą zbiorowe interesy konsumentów praktykę (...) Banku S.A. polegającą „na przekazywaniu w trakcie prezentowania informacji dotyczących możliwości przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym cech produktów w placówkach Banku oraz placówkach franchisingowych w sposób mogący wprowadzać konsumentów w błąd w zakresie ryzyka związanego z inwestowaniem środków pieniężnych w ramach przedmiotowych produktów poprzez wyeksponowanie korzyści związanych z inwestycją kosztem informacji dotyczących okoliczności, w których inwestycja może nie przynieść zysku lub wygenerować straty, a także kosztów związanych z rozwiązaniem umowy w trakcie jej trwania”. Jak wynika z uzasadnienia tych decyzji, podczas prowadzonego od listopada 2012 r. postępowania Urząd przeanalizował blisko 100 skarg konsumentów. Ponadto zebrano obszerny materiał dowodowy m.in. informacje o ilości reklamacji zgłaszanych bankowi w związku z tym produktem – tylko od września 2009 r. do maja 2013 r. było ich kilka tysięcy. Urząd przeanalizował również programy szkoleń dotyczących sposobu sprzedaży wieloletnich produktów inwestycyjno-oszczędnościowych, w tym prowadzenia rozmów z klientami, jakie bank przygotował dla swoich pracowników oraz placówek franchizy. Zdaniem powoda treść skarg klientów przytoczonych w uzasadnieniu powyższej decyzji, dotyczących wprost m.in. wprowadzenia w błąd co do cech produktu P. (...), odzwierciedla w pełni sytuację, w jakiej znalazł się on sam. Po konsultacji z kancelarią prawną powód zdał sobie również sprawę, że umowa nie ma charakteru lokaty oszczędnościowej, ale posiada elementy charakterystyczne dla umowy ubezpieczenia i umów, których przedmiotem jest inwestowanie kapitału. Powód poczuł się oszukany, ponieważ był już kilkuletnim, rzetelnym klientem, który powierzył swoje środki Bankowi jako instytucji zaufania publicznego. Gdyby powód przystępując do umowy został poinformowany o ryzykach związanych z nabyciem produktu P. (...), w tym o ryzyku inwestycyjnym i możliwości nieosiągnięcia zysku, a nawet poniesienia straty, o obowiązku uiszczenia opłaty likwidacyjnej w przypadku wcześniejszego zerwania umowy oraz gdyby rzetelnie i jasno wyjaśniono by mu, co oznacza termin „wartość rachunku” i w jaki sposób ta wartość jest obliczana, to powód nie zdecydowałby się na przystąpienie do tej umowy.

Powód wskazał, że z powyższych względów pismem z dnia 16.09.2014 r. uchylił się od swojego oświadczenia woli złożonego w dniu 15.10.2010 r. polegającego na przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) Banku (...) poprzez podpisanie Deklaracji Przystąpienia, jako złożonego pod wpływem błędu. Następnie wezwał (...) do zwrotu wpłaconych dotychczas przez niego środków z tytułu Umowy. Pozwany zakwestionował skuteczność powyższego oświadczenia i odmówił zapłaty.

Zdaniem powoda powyższe okoliczności jednoznacznie wskazują, że doradca klienta działający w imieniu Banku oferującego w imieniu (...) produkt P. wprowadził powoda celowo w błąd co do treści umowy oraz cech oferowanego produktu P. (...), a właściwie zastosowano wobec niego podstęp polegający na działaniu spełniającym przesłanki niedozwolonej praktyki rynkowej określanej jako tzw. misselling. Chodzi o oferowanie produktów w sposób wprowadzający w błąd lub sytuacje, gdy produkt jest niedostosowany do możliwości lub potrzeb klienta. Za misseling oprócz błędnego procesu sprzedaży mogą zostać uznane działania marketingowo mające na celu wprowadzenie konsumenta w błąd, na przykład reklama manipulująca informacją nt. danego produktu finansowego lub ulotka informacyjna zatajająca jego istotne cechy. Według powoda ubezpieczenie na życie powiązane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest produktem strukturyzowanym o charakterze ochronno-inwestycyjnym, co oznacza, iż pewna część płaconej składki ubezpieczeniowej przeznaczona jest na pokrycie przewidzianej umową ochrony, zaś pozostała – na zakup jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, który inwestuje środki w różnego rodzaju instrumenty finansowe (np. akcje, obligacje, instrumenty pochodne). W tego rodzaju umowach realna ochrona ubezpieczeniowa jest minimalna, zaś prawie cała składka inwestowana jest w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. W rzeczywistości polisolokata nie jest w żaden sposób połączona z lokatą, z rachunkiem bankowym.

Zdaniem powoda przed zawarciem tej umowy powinny zostać spełnione wobec niego jako klienta detalicznego (konsumenta) wymagania w zakresie obowiązków informacyjnych zawarte w ustawie o obrocie instrumentami finansowymi oraz rozporządzeniu MF z dnia 24.09.2012 r. w sprawie trybu i warunków postępowania firm inwestycyjnych, banków, o których mowa w art. 70 ust. 2 ustawy o obrocie instrumentami finansowymi, oraz banków powierniczych, które to akty prawne implementowały do polskiego porządku prawnego, tzw. dyrektywę (...), tj. Dyrektywę 2004/39/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 21.04.2004 r. w sprawie rynków instrumentów finansowych zmieniającą dyrektywę Rady 85/61 I/EWG i 93/6/EWG i dyrektywę 2000/12/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz uchylającą dyrektywę Rady 93/22/EW. Powód zarzucił, że żaden z obowiązków informacyjnych wynikający z powyższych aktów prawnych nie został wobec niego spełniony na etapie oferowania mu produktu P. (...) przed przystąpieniem przez niego do umowy, nie została zbadana świadomość powoda w zakresie inwestowania na rynku finansowym, nie zaoferowano mu produktu adekwatnego do jego oczekiwań i potrzeb. Przeciwnie, posługując się reklamą wprowadzającą w błąd, przekazując powodowi niepełne, nierzetelne, wręcz nieprawdziwe informacje o oferowanym produkcie, wprowadzono podstępnie powoda w błąd co do istotnych elementów treści umowy.

Powód dodał, że z uzasadnienia decyzji (...) z dnia 31.12.2013 r. wynika wprost, że dopiero od października 2012 r. (...) (...) Bank wprowadził działania naprawcze w procesie oferowania „polisolokat”, wdrażając do stosowania dokumenty wymagane przez ustawę o obrocie instrumentami finansowymi oraz wyżej powołane rozporządzenie Ministra Finansów, tj. kwestionariusz oceny adekwatności i odpowiedniości służący ocenie, czy dany produkt jest adekwatny i odpowiedni dla potrzeb danego klienta i czy klient może ponieść ryzyka związane z jego nabyciem, pismo ostrzegające wręczane klientom zamierzającym nabyć produkt, który okazał się dla nich nieodpowiedni w wyniku badania na podstawie w/w kwestionariusza, oraz Kartę Informacyjną zawierającą informację o cechach oferowanego produktu .. (...) ocenie powoda powyższe działania potwierdzają, że proces oferowania i sprzedaży „polisolokat” przez (...) Bank S.A. przed październikiem 2012 r. był wadliwy i wymagał podjęcia środków naprawczych.

Powód podkreślił też, że punktem wyjścia, warunkiem sine qua non rzeczywistej ochrony

konsumenta jest rzetelna informacja o produkcie lub usłudze oferowanej mu przez przedsiębiorcę, której w tej sprawie zabrakło.

W ocenie powoda okoliczności takie, jak nieotrzymanie przez niego przy zawarciu umowy dokumentów w postaci Warunków (...) oraz Tabel Opłat i Limitów Składek do Umowy (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), oraz skomplikowana treść tych dokumentów, a także działanie w zaufaniu do Banku oraz doradcy klienta, wskazują, że w jego przypadku doszło do nieprawidłowej inkorporacji wzorca umownego, którym posługiwał się pozwany jako przedsiębiorca wobec powoda jako konsumenta. Z tego względu, zdaniem powoda, zgodnie z sankcją wynikającą art. 384 § 1 kc należy przyjąć, że wzorzec umowny zastosowany przez pozwanego do zawarcia umowy nie wiąże go w całości.

Odpowiedzialność pozwanego powód wywodzi z przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu, a dokładnie z przypadku nienależnego świadczenia z powodu nieważności jego oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) Banku (...), w wyniku którego stał się zobowiązany do świadczenia w postaci składek – pierwszej i bieżących (art. 410 kc). W ocenie powoda (...) odpowiada za wadliwe oferowanie produktów przez (...) (...) Bank jak za własne działania (art. 474 kc), który to bank na zasadzie umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) Banku (...) z dnia 25.09.2009 r. (zawartej pomiędzy pozwanym a (...) Bank S.A.) działał de facto na rzecz (...) jako pośrednik ubezpieczeniowy.

Uzasadniając żądanie ewentualne powód zarzucił abuzywność postanowień dotyczących wysokości opłat likwidacyjnych zawartych w Tabeli Opłat i Limitów Składek do Umowy (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), która wynosi w I, II i III roku trwania umowy 80 % wartości rachunku, w IV 75 % wartości rachunku, w V 50 % wartości rachunku w VI – 30 % wartości rachunku, itd. Powód podniósł, że w orzecznictwie sądowym

wskazuje się, że rażąco narusza interesy konsumenta oraz dobre obyczaje postanowienie umowy ubezpieczenia na życie przewidujące dla ubezpieczonego swoistą sankcją za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy w postaci opłaty likwidacyjnej, której wysokość jest ukształtowana w sposób uniwersalny i rażąco wysoki, bez powiązania jej z realnie poniesionymi przez ubezpieczyciela wydatkami związanymi z wykonywaniem umowy oraz w oderwaniu od wartości środków wpłaconych przez ubezpieczonego. Zdaniem powoda abuzywny charakter mają również postanowienia dotyczące określenia wartości jednostki uczestnictwa oraz wartości rachunku, a w konsekwencji dotyczące wysokości świadczenia w razie zgonu albo jakie powód otrzymałby, gdyby zrezygnował z ubezpieczenia, szczegółowo wyliczone w petitum pozwu. Powód zarzucił, że z powodu licznych odesłań do innych postanowień oraz do innych dokumentów umownych lektura tych postanowień jest dla przeciętnego konsumenta znacznie utrudniona, a wręcz niezrozumiała, przez co rażąco narusza interes konsumenta. Powód podkreślił, że ostatecznie analiza wszystkich postanowień, do których następuje odesłanie, nie daje odpowiedzi na pytanie, jaka jest wartość rachunku oraz wartość jednostek uczestnictwa, ponieważ finalnie „łańcuszek odesłań” kończy się na § 4 ust. 2 Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), zgodnie z którym aktywa netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego są wyceniane według wartości rynkowej pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny. Brak jednak określenia konkretnych, jasnych i weryfikowalnych przez ubezpieczonego kryteriów ustalania wartości aktywów, a także zasad i procedury wyceny oraz brak informacji o możliwości i sposobie zapoznania się z wynikami tej wyceny i ewentualnej procedurze reklamacyjnej w przypadku, gdyby ubezpieczony nie zgodził się z tą wyceną. W konsekwencji (...) może w sposób całkowicie dowolny ustalać wartość rachunku powoda, a tym samym wartość przysługujących mu jednostek uczestnictwa. Dla powoda akurat w tych dwóch kategoriach, tj. wartości rachunku oraz wartości jednostek uczestnictwa, zawiera się cały sens ekonomiczny umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). Powód podniósł, że taka metoda regulacji dokumentów umownych stosowanych i narzucanych przez przedsiębiorców w stosunkach z konsumentami została zakwestionowana przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów przy rozpatrywaniu sporów na tle klauzul kursowych w umowach kredytów walutowych.

W ocenie powoda powyższe okoliczności świadczą o tym, że z mocy art. 385<sup>1</sup> § 1 kc nie jest on związany zakwestionowanymi postanowieniami umowy.

W odpowiedzi na pozew z dnia 29.09.2015 r. (k. 109-135) pozwany Towarzystwo (...) S.A. we W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu swojego stanowiska pozwany podał, że powód złożył w dniu 15.10.2010 r. Deklarację przystąpienia, mocą której wyraził zgodę na objęcie go przez pozwanego ubezpieczeniem na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem (...) Bank S.A. (...) zawartej w dniu 25.09.2009 r. pomiędzy pozwanym Towarzystwem (...) a Ubezpieczającym (...) Bank S.A.). Powyższe okoliczności wynikają wprost z treści Deklaracji przystąpienia, Warunków (...) oraz Certyfikatu, które to dokumenty zostały przekazane powodowi. Na skutek złożenia Deklaracji przystąpienia oraz opłacenia składki pierwszej i pierwszej składki bieżącej pomiędzy stronami powstał stosunek ubezpieczenia na czas określony wynoszący 15 lat. Pozwany w zamian za zapłatę składki pierwszej i składek bieżących zobowiązał się do zapłaty trzech świadczeń na rzecz powoda: świadczenia z tytułu zgonu, świadczenie z tytułu dożycia oraz świadczenia z tytułu całkowitego wykupu ubezpieczenia. Wszystkie świadczenia zostały szczegółowo opisane w Warunkach ubezpieczenia oraz Regulaminie (...). Pozwany wyjaśnił, że wszystkie prawa i obowiązki powoda w ramach stosunku ubezpieczenia (...) zawarte są w Warunkach (...), Regulaminie (...), Tabeli Opłat i Limitów Składek oraz Deklaracji przystąpienia (...). Wskazał, że do chwili obecnej stosunek ubezpieczenia nie uległ rozwiązaniu, a powód opłaca miesięczne składki bieżące.

Pozwany podniósł, że ubezpieczenie (...) mieści się w dziale I grupie 3 Załącznika nr 1 do ustawy z 22.05.2003 r. o działalności ubezpieczeniowej – ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym. Odrębna regulacja dotycząca ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym została zawarta w art. 13 ust. 4 i 5 tej ustawy. Niewątpliwie zatem przepisy prawa wprost dopuszczają zawieranie umów ubezpieczenia na

życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Pozwany podniósł, że umowa z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest typową umową ubezpieczenia, o której mowa w przepisach kodeksu cywilnego. Specyfika tego typu umów wynika z faktu, iż podstawowym celem umowy jest umożliwienie osobom zainteresowanym inwestowania (w tym przypadku - długoterminowego), co wykracza poza essentialia negotii umowy ubezpieczenia określone w przepisach art. 805 kc. W istocie jest to umowa ubezpieczenia o mieszanym charakterze, która łączy w sobie funkcję ochronną (ubezpieczeniową) i w tym zakresie należy ją interpretować zgodnie z postanowieniami kodeksu cywilnego oraz funkcję inwestycyjną. Głównym celem takiego ubezpieczenia jest inwestowanie środków powierzanych ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego w formie składki ubezpieczeniowej - w ramach Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Wobec powyższego przepisy Tytułu XXVII Kodeksu cywilnego mogą być stosowane do umowy ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym nie wprost, lecz odpowiednio - z uwzględnieniem charakteru umowy oraz celu jej zawarcia. Ubezpieczenie (...) obejmuje swoim zakresem dwa wypadki ubezpieczeniowe: zgon w okresie ubezpieczenia oraz dożycie do końca okresu ubezpieczenia. Jednocześnie głównym celem powoda było skorzystanie z funkcji inwestycyjnej przedmiotowych ubezpieczeń a nie stricte ochronnej zapewnianej przez standardowe ubezpieczenia na życie. Mając na względzie charakter tego ubezpieczenia, w którym istotną rolę odgrywa aspekt inwestycyjny, ten zakres ubezpieczenia ma bardzo istotne znaczenie. Pozwany wskazał, że alokuje środki pochodzące ze składki do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego - zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach (...) oraz Regulaminie (...). Celem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego jest powiększanie wartości aktywów tego funduszu aby uzyskać jak najwyższą stopę zwrotu na koniec okresu ubezpieczenia - co wprost przekłada się na wysokość świadczenia z tytułu dożycia. Charakterystyka aktywów (...) (wskazanych w Regulaminie (...)) pozwala z jednej strony zapewnić wypłatę świadczenia w wysokości składki zainwestowanej, a z drugiej strony, w przypadku wzrostu wartości indeksu bazowego, pozwala na maksymalizację zysku dzięki temu, że na koniec okresu odpowiedzialności stopa zwrotu jest określana od całej składki zainwestowanej i z uwzględnieniem wzrostu wartości indeksu bazowego pomiędzy pierwszym a ostatnim dniem okresu odpowiedzialności. Konstrukcja tego ubezpieczenia zakłada jednak to, że będzie ono trwać przez określony czas (okres ubezpieczenia wynosi 15 lat). Jednocześnie ubezpieczenie nie zapewnia stałego wzrostu wartości rachunku w trakcie trwania okresu ubezpieczenia. Pozwany wyjaśnił, że przepisy prawa wprost dopuszczają zawieranie umów ubezpieczenia na życie, w których wysokość sumy ubezpieczenia nie jest określona z góry i jest obciążona ryzykiem ponoszonym przez ubezpieczonego. Wskazuje na to między innymi treść art. 151 ust. 1 pkt 6 powołanej ustawy, który wyodrębnia „rezerwę ubezpieczenia na życie, gdy ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający”. Ponadto przyjęcie takiej konstrukcji mieści się w zakresie swobody umów. Taka konstrukcja nie tylko nie jest sprzeczna z naturą ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, lecz jest właśnie cechą charakterystyczną dla tego typu umów. Pozwany wskazał też, że ustawodawca w przepisach ustawy o pracowniczych programach emerytalnych dopuszcza co do zasady istnienie umów ubezpieczenia z (...), w których składka na pokrycie ochrony ubezpieczeniowej będzie niższa niż 1 %, z tym, że takie ubezpieczenia nie mogą służyć prowadzeniu pracowniczego programu emerytalnego. W przeciwnym razie określenie poziomu składki na ochronę ubezpieczeniową nie mniejszego niż 1 % w ramach wskazanej ustawy byłoby zbędne. W sposób bezpośredni wysokość składki przekłada się na określenie wysokości poszczególnych świadczeń, a tym samym proporcję pomiędzy ochroną ubezpieczeniową elementem inwestycyjnym ubezpieczenia.

Pozwany zarzucił, że uchylenie się przez powoda od skutków prawnych oświadczenia woli było nieskuteczne. Podniósł, że Dyrektywa (...) nie ma w ogóle zastosowania do zakładów ubezpieczeń, w szczególności do ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym. Brak jest również podstawy prawnej dla uznania, że łączący strony stosunek ubezpieczenia stanowi instrument finansowy i podlega regulacjom zawartym w ustawie o obrocie instrumentami finansowymi.

Według pozwanego powód przed przystąpieniem do ubezpieczenia zapoznał się z treścią Warunków ubezpieczenia, Tabeli Opłat i Limitów Składek, a także otrzymał egzemplarz tych dokumentów. Powód potwierdził to składając pisemne oświadczenie zawarte w Deklaracji przystąpienia. Pozwany podniósł dodatkowo, że w Rozdziale 14 ust. 2 Warunków (...) przyznano Ubezpieczonym możliwość bezkosztowej rezygnacji z ubezpieczenia w okresie subskrypcji. Oznacza to, że gdyby ubezpieczenie, którym został objęty powód, rzeczywiście wzbudzało jego wątpliwości, mógł z niego zrezygnować bez ponoszenia kosztów do zakończenia okresu subskrypcji (termin określony w załączniku nr 1 do

Deklaracji Przystąpienia) - czyli w okresie do dnia 31.10.2010 r. Fakt przekazania powodowi przed przystąpieniem do ubezpieczenia dokumentów określających w sposób prawidłowy charakter i warunki ubezpieczenia oraz zapoznanie się z nimi świadczą również o braku adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy sposobem działania pozwanego a ewentualną szkodą poniesioną przez powoda.

Według pozwanego istotna dla oceny twierdzeń podnoszonych przez powoda jest odległość czasowa pomiędzy przystąpieniem do ubezpieczenia a zgłoszeniem przez niego reklamacji.(...) na (...) S.A. zwrócił uwagę, że działania powoda zmierzające do rezygnacji z ubezpieczenia nie mają związku z rzekomym późniejszym uzyskaniem przez powoda pełnej wiedzy na temat ubezpieczenia. Podniósł, iż ubezpieczający, wykonując czynności związane z przystąpieniem powoda do ubezpieczenia, nie działał w imieniu pozwanego (nie był jego przedstawicielem), lecz we własnym imieniu, wyjaśniając dodatkowo, iż nie udzielił ubezpieczającemu pełnomocnictwa do wykonywania czynności związanych z przystępowaniem do ubezpieczenia przez klientów Ubezpieczającego, ponieważ są to autonomiczne działania podejmowane przez Ubezpieczającego w jego własnym imieniu. Niezależnie od powyższego pozwany zarzucił, że nawet gdyby uznać, że ubezpieczający wykonywał czynności powierzone przez pozwanego ubezpieczyciela, to odpowiedzialność (...) na (...) S.A. byłaby wyłączona na podstawie art. 429 kc w związku z tym, że (...) S.A. jest profesjonalnym podmiotem prowadzącym działalność w obszarze pośrednictwa finansowego, a w szczególności ubezpieczeniowego. Pozwany zarzucił również, że w związku z tym, że czynności związane z przystąpieniem powoda do ubezpieczenia wykonywał Bank, a jednocześnie adresatem oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia jest pozwany Ubezpieczyciel, nie została spełniona przesłanka wprowadzenia powoda w błąd przez adresata oświadczenia.

Odnosnie żądania ewentualnego pozwany zarzucił w pierwszej kolejności, że powód nie posiada interesu prawnego do wytoczenia powództwa o ustalenie zgodnie z żądaniem zgłoszonym w pozwie. Dalej wskazał, że wycena certyfikatów i obligacji stanowiących 100 % aktywów (...) dokonywana jest na podstawie wyceny ich emitentów, której prawidłowość podlega weryfikacji przez (...) na (...) S.A. według wartości godziwej zgodnie z przepisami. Dodał, że weryfikacja wyceny emitentów instrumentów finansowych stanowiących aktywa (...) stanowi realizację zalecenia Komisji Nadzoru Finansowego. Wskazał, że w celu potwierdzenia prawidłowości dotychczas stosowanego modelu służącego do weryfikacji wycen, w celu zachowania najwyższej staranności zlecił niezależnemu wyspecjalizowanemu podmiotowi zewnętrznemu, tj. (...) sp. z o.o. Business (...) sp. k. odrębne wykonanie modelu wyceny i w ten sposób dodatkowo potwierdził prawidłowość stosowanej metodologii weryfikacji wycen przedstawianych przez emitenta. Opracowana metodyka wyceny spełnia wymogi ustawy z dnia 29.09.1994 r. o rachunkowości, rozporządzenia MF z dnia 28.12.2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i reasekuracji i rozporządzenia MF z dnia 12.12.2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych. W związku z powyższym w wyniku zastosowania metodyki możliwe jest ustalenie wartości godziwej instrumentu finansowego, stanowiącego aktywa (...), spełniającej wymogi wynikające z powyższych aktów prawnych. Przepisy nie pozwalają pozwanemu na jakąkolwiek dowolność w dokonywaniu wycen. Co więcej brak jest prawnej możliwości dokonywania wycen aktywów (...) w sposób inny niż nakazują to obowiązujące przepisy. Zgodnie z przepisami wycena musi być dokonywana według wartości godziwej, która polega na dokonywaniu ostrożnej wyceny według wartości rynkowej, czyli takiej jaka byłaby możliwa do uzyskania w transakcji rynkowej. Pozwany podniósł też, że zgodnie z art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej w umowie ubezpieczenia powinna być zawarta informacja na temat zasad i terminów wyceny jednostek uczestnictwa (...). Brak jest natomiast przepisu, z którego wynikałby obowiązek określenia w umowie ubezpieczenia dokładnego sposobu określenia wartości jednostki (...) przez wskazanie metodologii pozwalającej ubezpieczonemu na samodzielny wycenę. Kwestionowane przez powoda postanowienia Regulaminu (...) niewątpliwie opisują zasady wyceny jednostek uczestnictwa (...). Zgodnie z § 2 ust. 12 Regulaminu wartość jednostki uczestnictwa Funduszu określona jest jako iloraz Wartości aktywów netto (...) i liczby wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu. Natomiast zgodnie z § 4 ust. 2 aktywa netto (...) wyceniane są według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny. Pozwany podniósł, że nie ma możliwości zamieszczenia w Regulaminie (...) szczegółowych informacji pozwalających poszczególnym ubezpieczonym na dokonanie samodzielnej wyceny aktywów (...) czy też ich weryfikację. Metodologia takiej wyceny ma charakter poufny, a jednocześnie jest bardzo skomplikowana

(szczególnie w przypadku tak złożonych instrumentów finansowych o złożonym charakterze). Ponadto samo podanie nawet najbardziej precyzyjnej metodologii nie byłoby wystarczające dla wykonania wyceny przez ubezpieczonego (pomijając, że wymaga to bardzo wysokich kwalifikacji matematycznych i ponadto wymaga specjalistycznej wiedzy na temat instrumentów finansowych), ponieważ ubezpieczony musiałby mieć wiedzę na temat bieżącego stanu aktywów (...), a więc również wszystkich transakcji i umów zawieranych w związku z obsługą (...). W praktyce nie jest to możliwe do wykonania i nie jest stosowane nie tylko przez ubezpieczycieli, ale również przez wszelkiego rodzaju fundusze inwestycyjne. Jednocześnie wyłączna kompetencja do dokonywania wyceny aktywów (...) przysługuje ubezpieczycielowi. Powyższe okoliczności wprost przeczą tezie, że (...) na (...) S.A. może dokonywać arbitralnej wyceny aktywów (...), jak również, że wyceny te zależą od jego woli. Dodatkowo pozwany podniósł, że podobna sytuacja występuje w przypadku Funduszy Inwestycyjnych. Uczestnicy nabywający jednostki uczestnictwa nie mają możliwości dokonania wyceny zakupionych jednostek czy też weryfikowania wycen dokonywanych przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych. Podmioty te, tak jak towarzystwa ubezpieczeń, prowadzą działalność regulowaną i podlegają ścisłemu nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego, która czuwa nad prawidłowym funkcjonowaniem ubezpieczycieli, również w zakresie ochrony interesów ubezpieczonych. W praktyce, podobne postanowienia są powszechnie stosowane na rynku w Regulaminach (...) przez towarzystwa ubezpieczeń. Zatem stosowane przez pozwanego postanowienie określające sposób wyceny aktywów (...) jest cechą charakterystyczną ubezpieczeń na życie z (...), a więc jest zgodne z naturą takiego stosunku prawnego. Nie można więc uznać aby postanowienia te były nieważne albo abuzywne.

W dalszej kolejności pozwany podniósł, że (...) w uzasadnieniu decyzji z dnia 11.04.2011 r., na mocy której Komisja uznała między innymi certyfikaty stanowiące aktywa (...) w ubezpieczeniach, jakim objęty był powód, za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, stwierdziła co następuje: „W tym miejscu należy wskazać, że organ nadzoru określając warunki dopuszczalności uznania aktywów innych niż określone w art. 154 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, wziął pod uwagę charakter ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający, w tym w szczególności wskazany powyżej związek pomiędzy wartością instrumentów finansowych objętych wnioskiem a wysokością zobowiązań danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz fakt, że w przypadku tych ubezpieczeń ryzyko lokaty obciąża wyłącznie ubezpieczającego.”. Bardzo ważna w kontekście tej sprawy jest również ocena instrumentów finansowych stanowiących aktywa (...) dokonana przez Komisję Nadzoru Finansowego, zamieszczona w uzasadnieniu powyżej wskazanej decyzji, gdzie padają następujące stwierdzenia: „Okoliczności powyższe, to jest rentowność, bezpieczeństwo i płynność, stanowią *conditio iuris* traktowania aktywów jako kwalifikujących się na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (art. 153 udu). Wnioskowane instrumenty finansowe (obligacje strukturyzowane) stanowią nierozzerwalny produkt będący połączeniem dłużnego instrumentu finansowego (obligacji) oraz instrumentu pochodnego, którego wartość uzależniona jest od zmian wartości ww. indeksów umożliwiających ekspozycję na różne rynki akcji, nieruchomości, obligacji, jak również waluty i surowce. Wyżej wymienione obligacje strukturyzowane gwarantują w przypadku dożycia zwrot wartości nominalnej przedmiotowych obligacji, co zbliża je do instrumentów bezpiecznego inwestowania, a jednocześnie dają możliwość osiągnięcia zysku uzależnionego od zmian ww. indeksów. W efekcie stanowią one połączenie cech różnych instrumentów finansowych.”. Pozwany wskazał, że powyższe ustalenia (...) zostały dokonane po analizie zarówno umów grupowego ubezpieczenia jak i parametrów instrumentów finansowych stanowiących aktywa (...), między innymi w zakresie dotyczącym ubezpieczenia jakim objęty był powód. Podniósł, że, mimo iż nie może uzyskiwać zysków z inwestowania składki w ramach (...), to jednocześnie ponosi istotne ryzyko spadku wartości aktywów (...). Wynika to z określania wysokości Opłaty Likwidacyjnej jako procentu Wartości Rachunku. Oznacza to, że w przypadku rezygnacji przez ubezpieczonego z ubezpieczenia przy niskiej wartości rachunku (...) na (...) S.A. ponosi ryzyko, że opłata likwidacyjna nie pokryje poniesionych przez niego kosztów inicjalnych, a tym samym będzie notował straty (taką stratę poniósł m.in. w związku z rezygnacją powoda). Stanowi to dodatkowe potwierdzenie, iż nawet z punktu widzenia własnego wyniku finansowego jest zainteresowany tym, aby wartość aktywów (...) była jak najwyższa. W praktyce jednak pozwany nie ma żadnego wpływu ani na osiągnięcie wzrostu wartości aktywów ani też nie może powstrzymać ich spadku.



Pozwany podniósł też, że Komisja Nadzoru Finansowego w uzasadnieniu decyzji z dnia 11.04.2011 r., na mocy której Komisja uznała między innymi obligacje stanowiące aktywa (...) w ubezpieczeniu jakimi objęty był powód, za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, stwierdziła co następuje: „W tym miejscu należy wskazać, że organ nadzoru określając warunki dopuszczalności uznania aktywów innych niż określone w art. 154 ust. 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, wziął pod uwagę charakter ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający, w tym w szczególności wskazany powyżej związek pomiędzy wartością instrumentów finansowych objętych wnioskiem a wysokością zobowiązań danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz fakt, że w przypadku tych ubezpieczeń ryzyko lokaty obciąża wyłącznie ubezpieczającego.”. Bardzo ważna w kontekście tej sprawy jest również ocena instrumentów finansowych stanowiących aktywa (...) dokonana przez Komisję Nadzoru Finansowego, zamieszczona w uzasadnieniu powyżej wskazanej decyzji, gdzie padają następujące stwierdzenia: „Okoliczności powyższe, to jest rentowność, bezpieczeństwo i płynność, stanowią *conditio iuris* traktowania aktywów jako kwalifikujących się na pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych (art. 153 udu). Wnioskowane instrumenty finansowe (obligacje strukturyzowane) stanowią nierozzerwalny produkt będący połączeniem dłużnego instrumentu finansowego (obligacji) oraz instrumentu pochodnego, którego wartość uzależniona jest od zmian wartości ww. indeksów umożliwiających ekspozycję na różne rynki akcji, nieruchomości, obligacji, jak również waluty i surowce. Wyżej wymienione obligacje strukturyzowane gwarantują w przypadku dożycia zwrot wartości nominalnej przedmiotowych obligacji, co zbliża je do instrumentów bezpiecznego inwestowania, a jednocześnie dają możliwość osiągnięcia zysku uzależnionego od zmian ww. indeksów. W efekcie stanowią one połączenie cech różnych instrumentów finansowych.”.

Pozwany zwrócił uwagę, że nie ma żadnego wpływu na notowania powyższego indeksu, wobec tego nie może jednostronnie określić wartość świadczenia, do którego jest zobowiązany wobec ubezpieczonych. Jednocześnie brak określenia wartości świadczenia już w umowie ubezpieczenia jest cechą charakterystyczną dla ubezpieczeń na życie z (...) i wiąże się właśnie z inwestowaniem składki i ryzykiem z tym związanym. Pozwany wskazał, że (...) w przytoczonej wyżej decyzji uznała, że biorąc pod uwagę powiązanie instrumentów finansowych ze wskazanymi tam Indeksami (...), zapewniona jest rentowność tych instrumentów.

W dalszej kolejności pozwany wskazał, że postanowienie dotyczące opłaty likwidacyjnej stanowi element określenia jego świadczenia głównego. Podał, że zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 1 kc ocena postanowień umowy pod kątem ich abuzywności nie może być dokonywana w odniesieniu do klauzul określających główne świadczenia stron, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. W przypadku ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi mamy do czynienia ze szczególnym rodzajem świadczeń zakładu ubezpieczeń. Świadczenia te, to podstawowe świadczenie na wypadek zgonu ubezpieczonego, a z drugiej strony zobowiązanie do inwestowania środków powierzonych przez klienta ubezpieczycielowi (w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych), oraz zobowiązanie do wypłacania środków zgromadzonych przez klienta w ramach takiej inwestycji - na zasadach opisanych w warunkach ubezpieczenia. Skoro ustawodawca jednoznacznie dopuścił możliwość oferowania ubezpieczeń z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi, to jednocześnie zaakceptował to, że świadczenie związane z takimi umowami będą zapewniane i realizowane przez zakłady ubezpieczeń. W konsekwencji wszelkie wypłaty inwestowanych środków, czy to w formie ich aktualnej wartości, czy też w postaci wykupu ubezpieczenia, należy uznać za jedno z głównych świadczeń ubezpieczyciela wynikających z umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. To, iż wykup wartości ubezpieczenia stanowi główne świadczenie stron, zostało także potwierdzone przez ustawodawcę poprzez dyspozycję art. 13 ust. 4 pkt 2 udu, zgodnie z którym w zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do udu, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia. Wartość wykupu ubezpieczenia czy też wypłata owej wartości wykupu ubezpieczenia, jest więc jednym z podstawowych świadczeń, jakie spoczywa na zakładzie ubezpieczeń. Wobec faktu, iż wartość wykupu stanowi główne świadczenie stron, to niewątpliwie jest, iż (...) w zakresie ustalenia wysokości opłaty likwidacyjnej, która wprost

wpływa na świadczenie z tytułu wartości wykupu, jest postanowieniem określającym główne świadczenie stron z umowy ubezpieczenia. Nie może ono więc być uznane za postanowienie niedozwolone w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> kc. Prawdopodobnie takiego stanowiska została już potwierdzona w wielu orzeczeniach dotyczących ubezpieczeń z (...).

Niezależnie od powyższego pozwany podniósł, że postanowienia określające podstawę pobrania oraz wysokość opłaty likwidacyjnej nie są sprzeczne z dobrymi obyczajami ani nie naruszają interesu konsumenta. Powód przystępując do ubezpieczenia miał świadomości konsekwencji rezygnacji z ubezpieczenia, jak również tego, że konsekwencje te są tym bardziej dotkliwe finansowo, im wcześniej rezygnacja nastąpi. Ochrona praw konsumentów nie może prowadzić do obciążania wyłącznie przedsiębiorcy negatywnymi konsekwencjami rezygnacji konsumenta z dobrowolnie przyjętych na siebie zobowiązań. Sprzeczne z dobrymi obyczajami jest wikłanie kontrahentów w stosunku obligacyjne, rozwiązywanie ich w drodze jednostronnego oświadczenia bez żadnych konsekwencji, z tej tylko przyczyny, że rezygnujący z realizacji umowy jest konsumentem. Pozwany podkreślił, że klienci przed przystąpieniem do ubezpieczenia są informowani o tym, że ma ono charakter długoterminowy, a rezygnacja z niego – szczególnie w pierwszych latach, będzie niekorzystna finansowo dla ubezpieczonych. Ponadto ubezpieczeni otrzymują Tabelę Opłat i Limitów Składek, gdzie w sposób jasny i wyraźny określono, jaka jest wysokość opłaty likwidacyjnej. Pozwany wskazał, że na ubezpieczycielach ciążyą szczególne obowiązki w zakresie jego gospodarki finansowej, od którego zależy możliwość wywiązania się ze zobowiązań ubezpieczyciela wobec wszystkich ubezpieczonych, którzy są jego klientami. Z przepisów prawa wynikają wyraźne nakazy prowadzenia przez zakład ubezpieczeń działalności w sposób rentowny. Z przepisu art. 18 ust. 2 udu dotyczącego konstrukcji składki ubezpieczeniowej wynika obowiązek uwzględniania w świadczeniu ubezpieczającego kosztów ubezpieczyciela ponoszonych w związku z zawartą umową ubezpieczenia, zaś spełnienie tych obowiązków przez ubezpieczycieli podlega ścisłemu nadzorowi przez ustanowione w tym celu organy. W ramach ubezpieczeń o charakterze inwestycyjnym, całość składki lub jej większa część jest przeznaczana na inwestycję, co leży w interesie ubezpieczonych. W tej sytuacji pokrycie kosztów poniesionych przez ubezpieczyciela może nastąpić wyłącznie przez pobranie stosownych opłat. Natomiast koszty wykonywania działalności ubezpieczeniowej w zakresie dotyczącym danej umowy ubezpieczenia niepokryte w powyższy sposób, na dodatek z przyczyn zależnych wyłącznie od ubezpieczającego, muszą obciążać wynik inwestycji, co bezpośrednio wpływa na wartość świadczenia wykupu. Pozwany wyjaśnił, iż prawo do pobierania przez niego opłaty likwidacyjnej wynika wprost z art. 13 ust. 4 pkt 5 udu. Wskazał, że tworząc przedmiotowy produkt oraz jego warunki finansowe, a w szczególności określając wysokość opłat likwidacyjnych, wziął pod uwagę koszty, jakie będzie ponosić w związku z zawarciem poszczególnych stosunków ubezpieczenia, ich obsługą oraz rozwiązaniem. Pozwany podkreślił, że opłata likwidacyjna pobierana jest w związku z poniesionymi przez niego kosztami, w szczególności związanymi z przystąpieniem powoda do ubezpieczenia (koszty akwizycji), objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, kosztami operacyjnymi powstałymi w skutek umorzenia jednostek uczestnictwa w celu dokonania całkowitego wykupu. W przypadku, gdyby stosunek ubezpieczenia nie został rozwiązany przed czasem, koszty te byłyby rozłożone w czasie i pokryte ze środków pochodzących z przyszłych składek wpłaconych przez powoda. Temu celowi ma służyć pobieranie ze składek bieżących wpłaconych w trakcie trwania ubezpieczenia opłaty administracyjnej, której część służy pokryciu bieżących kosztów obsługi ubezpieczenia oraz kosztów związanych z ponoszeniem ryzyka zgonu ubezpieczonego, a część przeznaczona jest na pokrycie poniesionych przez pozwanego kosztów inicjalnych związanych z objęciem ubezpieczeniem danego ubezpieczonego. Pozwany nie potrąca z wpłaconej składki pierwszej jakichkolwiek poniesionych kosztów. Istotne jest więc to, że to ubezpieczeni mogą podjąć autonomiczną decyzję o rezygnacji z ubezpieczenia np. w piątym roku jego trwania i otrzymaniu 50 % wartości rachunku, zamiast czekać do zakończenia okresu odpowiedzialności - co powinno być zasadą w związku z konstrukcją ubezpieczenia i przyjętymi założeniami dla tego ubezpieczenia. W sytuacji zaś, gdy pozwany wraz z ubezpieczającym formułując treść Warunków (...) przewidzieli w nich przywilej możliwości wcześniejszej rezygnacji, jednak z uwzględnieniem wszystkich zasad dotyczących tej rezygnacji, to nie można obecnie zgłaszać zarzutu, że te zasady rezygnacji powinny być korzystniejsze dla ubezpieczonych, poprzez określenie niższej opłaty likwidacyjnej czy też całkowitą rezygnację z jej pobierania. Szczególnie, że uprawnienie to jest jednostronne i pozwany nie ma wpływu na decyzje ubezpieczonych w przedmiocie rezygnacji z ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) nie ma charakteru umowy wzajemnej, a tym bardziej nie jest umową wzajemną grupowa umowa ubezpieczenia. Opłata likwidacyjna pobierana jest w związku z rezygnacją z ubezpieczenia - nie stanowi więc wynagrodzenia dla ubezpieczyciela za wzajemne świadczenie

na rzecz ubezpieczonego. Podobnie wypłata wartości wykupu przez ubezpieczyciela nie jest ekwiwalentem żadnego świadczenia ze strony ubezpieczonego. Poza kosztami ponoszonymi przez pozwanego opłata likwidacyjna musi również uwzględniać ryzyko ponoszone przez niego.

Istotne jest również to, że wysokość opłaty likwidacyjnej jest obliczana od wartości rachunku, która jest zmienna ze względu na zainwestowanie środków alokowanych do (...) w określone instrumenty finansowe. Z uwagi na to, że pozwany nie ma wpływu na to, czy i kiedy ubezpieczony zrezygnuje z ubezpieczenia, ponosi ryzyko, że w przypadku istotnego spadku wartości rachunku pobrana opłata likwidacyjna nie pokryje kosztów poniesionych w związku z ubezpieczeniem danej osoby. Szczególne ryzyko większej ilości rezygnacji istnieje właśnie w przypadku czasowego obniżenia wartości jednostek (...), kiedy to część osób ubezpieczonych ze względu na aspekty psychologiczne związane z widocznym zmniejszeniem wartości rachunku może podejmować decyzje o rezygnacji z ubezpieczenia, nawet gdy nie jest to racjonalne z ekonomicznego punktu widzenia.

W kontekście art. 385<sup>2</sup> kc pozwany wskazał, że ubezpieczenie (...) obejmuje grupę osób, które do niego przystąpiły. Powoduje to ryzyko, że wielu ubezpieczonych może zrezygnować z ubezpieczenia w najmniej korzystnym momencie - czyli kiedy wartość jednostek uczestnictwa oraz wartość rachunku będzie na tyle niska, że nawet pobranie opłaty likwidacyjnej będzie generować istotne straty dla pozwanego. Spadki wartości jednostek uczestnictwa (...), nawet jeśli są tylko przejściowe, powodują u większej ilości osób chęć zakończenia inwestycji przed założonym terminem. Pozwany nie ma wpływu na czas rezygnacji, musi jednak dążyć do uniknięcia sytuacji, w której duża część poniesionych kosztów na skutek rezygnacji ubezpieczonych będzie skutkować drastycznymi stratami po stronie pozwanego. Pozwany dodał, że na chwilę zawarcia umowy grupowego ubezpieczenia pozwany nie może przewidzieć jak będzie kształtowała się wartość jednostek uczestnictwa (...) w trakcie okresu ubezpieczenia, nie ma więc możliwości określenia wysokości opłaty likwidacyjnej w taki sposób, aby odpowiadała on zawsze i dokładnie kosztom związanym z objęciem ubezpieczeniem danej osoby oraz obsługą tego ubezpieczenia, szczególnie w kontekście wielu stosunków ubezpieczenia. Gdyby np. wysokość opłaty likwidacyjnej została określona kwotowo, to mogłoby to być mniej korzystne dla ubezpieczonych niż określenie opłaty procentowo w stosunku do wartości rachunku. Rezygnacje mogą następować w czasie kiedy wartość rachunku nie pozwoli na pokrycie kosztów poniesionych przez pozwanego. Mogłaby również zaistnieć sytuacja, gdy kwotowo określona opłata likwidacyjna nie zostałaby pokryta po likwidacji rachunku, ze względu na niewystarczającą wartość środków, a z drugiej strony pozwany nie miałby nawet teoretycznej możliwości zrekompensowania sobie tej straty w związku z innymi rezygnacjami. Skutkowałoby to sytuacją, w której pozwany nie mając wpływu na czas rezygnacji przez poszczególnych ubezpieczonych jednostronnie przejmowałby całe ryzyko związane z działaniami ubezpieczonych. W sytuacji istotnych spadków wartości jednostek uczestnictwa (...) np. w związku z zawirowaniami na rynkach finansowych, mogłaby zaistnieć sytuacja w której pozwany na skutek masowych rezygnacji z ubezpieczenia zanotowałby stratę, która zagrażałaby jego wypłacalności oraz środkom powierzonym przez ubezpieczonych oraz realizacji umów ubezpieczenia.

Dalej pozwany wskazał, że konstrukcja ubezpieczenia (...) zakłada jak największy stopień alokacji składki do (...)w celu osiągnięcia jak najlepszych efektów inwestycyjnych. Podał, że aby to osiągnąć na początku ubezpieczenia pokrył z własnych środków koszty związane z wdrożeniem produktu oraz objęciem ubezpieczeniem wszystkich ubezpieczonych, które to koszty dopiero później są regularnie pokrywane z opłaty administracyjnej pobieranej ze składek bieżących. Wysokość opłaty administracyjnej jest określona na takim poziomie, że dopiero na koniec okresu ubezpieczenia koszty poniesione przez stronę pozwaną zostaną pokryte. Taka konstrukcja zapewnia więc korzyści dla osób ubezpieczonych. Konsekwencją tego jest jednak obowiązek ponoszenia opłaty likwidacyjnej. W przypadku gdyby opłata likwidacyjna była określona w wysokości niższej, pozwany musiałby pobierać istotnie wyższe opłaty już na początku trwania ubezpieczenia, co skutkowałoby tym, że wpłaty dokonywane przez ubezpieczonych w początkowym okresie musiałyby być w dużej części przeznaczone na pokrycie kosztów związanych z tym produktem, a dopiero po ich pokryciu możliwa byłaby alokacja środków do

Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, a tym samym ich inwestowanie. Takie rozwiązanie byłoby niewątpliwie niekorzystne dla wszystkich ubezpieczonych, którzy zawierają umowy ubezpieczenia z (...) traktując je jako narzędzie

długoterminowych inwestycji. W tej sytuacji pozwany pokrywając koszty poniesione w interesie ubezpieczonych na początku trwania ubezpieczenia, powinien mieć możliwość uzyskania pokrycia tych kosztów przez tych ubezpieczonych, którzy własną decyzją zrywają stosunek ubezpieczenia. Uznanie, że to on powinien ponieść te koszty we własnym zakresie, rażąco naruszałoby dobre obyczaje oraz równowagę stron.

Dalej pozwany podniósł, że ubezpieczenie (...) ma charakter długoterminowy i jego założeniem nie jest krótkotrwała inwestycja, dlatego też nie jest uzasadniona ocena efektów inwestycyjnych na ten moment, kiedy okres ubezpieczenia (i inwestycji) jest dopiero w początkowej fazie. Dodał, że istotnym założeniem tego ubezpieczenia jest to, że cała zapłacona składka pierwsza (20 % składki zainwestowanej) podlega alokacji do Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, bez potrącania przez niego kosztów. Za te środki pozwany nabywa instrumenty finansowe określone w Regulaminie (...). Założeniem ubezpieczenia (...) jest uzyskanie jak największych korzyści dla ubezpieczonych, którzy nie zrezygnują z ubezpieczenia w trakcie okresu odpowiedzialności. W sytuacji zaś, gdy to ubezpieczeni mają osiągnąć korzyść finansową z zastosowanej konstrukcji ubezpieczenia, nie można obciążać ubezpieczyciela poniesionymi przez niego kosztami związanymi z tym ubezpieczeniem. Oznaczałoby to bowiem rażąco dysproporcje pomiędzy uprawnieniami stron stosunku prawnego na niekorzyść pozwanego.

Pozwany wskazał też, że nie przysługuje mu prawo do rozwiązania stosunku ubezpieczenia przed terminem - takie prawo ma wyłącznie ubezpieczony. Obowiązek poniesienia kosztu opłaty likwidacyjnej jest więc skorelowany z uprawnieniem do wcześniejszego dokonania całkowitego wykupu. Powyższe oznacza, że dochodzi do symetrycznego rozłożenia praw i obowiązków ubezpieczonego, który rezygnując z ubezpieczenia ponosi koszty i skutki wynikające z tej czynności. Sytuacja, w której ubezpieczonemu przysługiwałoby wyłączne prawo do rezygnacji z ubezpieczenia, jednak finansowe skutki tej rezygnacji ponosiłby pozwany, naruszałoby w sposób rażąco równowagę stron umowy.

W tej sytuacji pozwany wskazał na bezzasadność zarzutu, jakoby postanowienia określające wysokość opłaty likwidacyjnej naruszały dobre obyczaje czy też równowagę stron umowy. Nie jest możliwa również sytuacja, w której w związku z kolejnymi wpłatami wartość rachunku będzie rosła, co będzie skutkowało zwiększeniem nominalnej wysokości opłaty likwidacyjnej. Takie założenie nie uwzględnia tego, że wartość jednostek (...) nie spadnie w danym okresie, co jest okolicznością niepewną i obciążoną ryzykiem. Ponadto procentowa wysokość opłaty likwidacyjnej obniża się istotnie w kolejnych latach trwania ubezpieczenia. W przypadku poniesienia straty w związku z rezygnacją z ubezpieczenia przez danego ubezpieczonego w chwili, gdy wartość rachunku tego ubezpieczonego nie pozwala na pokrycie kosztów, pozwany nie miałby podstawy do żądania zrekompensowania tej straty przez ubezpieczonego ani ubezpieczającego. Pozwany zwrócił uwagę, że kwestionowane postanowienie zawarte jest w grupowej umowie ubezpieczenia, a więc dotyczy wielu stosunków ubezpieczenia. Ewentualne rezygnacje ubezpieczonych mogą następować w różnym czasie, może też być tak, że na skutek wszystkich rezygnacji pozwany poniesie stratę z tytułu umowy ubezpieczenia, nawet jeśli w jednostkowych przypadkach współczynnik pokrycia kosztów z pobranej opłaty likwidacyjnej będzie dla niego korzystny - czyli umożliwi pokrycie kosztów poniesionych w związku z ubezpieczeniem danej osoby. Pozwany ponosi więc ryzyko finansowe związane z potencjalnymi rezygnacjami z ubezpieczenia (...). Pozwany podkreślił też, że przeciwnie do twierdzeń powoda, to właśnie uznanie za niedopuszczalne naliczenia opłaty likwidacyjnej w wysokości określonej w Tabeli Opłat, naruszałoby dobre obyczaje, a jednocześnie naraziłoby pozwanego na niezawinioną stratę.

Wreszcie w opinii pozwanego fakt zamieszczenia w rejestrze klauzul niedozwolonych postanowienia stosowanego przez innego przedsiębiorcę nie jest dla niego wiążący.

W piśmie procesowym z dnia 23.10.2015 r. (k. 167-170) powód podtrzymał w całości swoje stanowisko, a nadto zarzucił, że dodatkową przyczyną nieważności umowy jest sprzeczność jej postanowień z naturą stosunku zobowiązaniowego z powodu braku określoności świadczenia co do wysokości i podstaw jej ustalenia. Brak określenia w umowie konkretnych, jasnych i weryfikowalnych przez ubezpieczonego kryteriów ustalania wartości aktywów, a także zasad i procedury wyceny jednostek uczestnictwa, oraz brak informacji o możliwości i sposobie zapoznania się z wynikami tej wyceny powoduje, że pozwany może w sposób całkowicie dowolny ustalać wartość rachunku

powoda, a tym samym wartość przysługujących mu jednostek uczestnictwa, co tym samym łamie zasadę oznaczoności świadczenia pieniężnego ubezpieczyciela na rzecz ubezpieczonego.

Ponadto powód wskazał, że nie ma racji pozwany twierdząc, że do umowy nie ma zastosowania ustawa o obrocie instrumentami finansowymi, w tym wynikające z jej przepisów obowiązki informacyjne. W jego ocenie immanentną cechą umowy jest ryzyko inwestycyjne, a jej głównym celem jest inwestowanie środków powierzonych ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego w formie składki.

Niesłusznie też pozwany podkreśla, że to nie on oferował powodowi zawarcie umowy i stąd nie została spełniona przesłanka wprowadzenia w błąd przez adresata oświadczenia. Powód podniósł, że (...) Bank S.A. oferujący produkty (...) na Życie działał jako pośrednik ubezpieczeniowy pozwanego i otrzymywał z tytułu zawartych umów wynagrodzenie w postaci prowizji, a więc działał na rzecz pozwanego. Natomiast w takiej sytuacji skutki błędu wywołanego przez pośrednika, agenta obciążają również jego zleceniodawcę.

Niezależnie od powyższego powód podniósł, że odpowiedzialność cywilnoprawna pozwanego wynika także z art. 12 pkt 4 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym.

W kolejnych pismach procesowych strony podtrzymały swoje stanowiska.

W piśmie procesowym z dnia 08.12.2015 r. (k. 289) powód rozszerzył powództwo o kwotę 7 440 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 08.12.2015 r. do dnia zapłaty z uwagi na wniesienie dalszych wpłat na poczet wykonania spornej umowy.

W piśmie procesowym z dnia 04.04.2016 r. (k. 367-368) złożonym na rozprawie dnia 05.04.2016 r. powód rozszerzył powództwo o kwotę 3 720 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 05.04.2016 r. do dnia zapłaty z uwagi na wniesienie dalszych wpłat na poczet wykonania spornej umowy.

### ***Sąd ustalił w sprawie następujący stan faktyczny.***

W dniu 25.09.2009 r. Towarzystwo (...) S.A. we W. jako ubezpieczyciel oraz (...) Bank S.A. w K. (obecnie (...) Bank S.A. w W.) jako ubezpieczający zawarli umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym klientów (...) Banku S.A. (...) regulującą zasady, na jakich ubezpieczyciel obejmuje ochroną ubezpieczeniową osoby fizyczne korzystające z usług ubezpieczającego oraz prawa i obowiązki stron związane z czynnościami podejmowanymi w związku z jej realizacją. Załączniki do umowy stanowiły m.in. Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), Deklaracja Przystąpienia wraz z załącznikiem nr 1, Certyfikat, Warunki (...), Tabela Opłat i Limitów Składek.

/ dowód: umowa z dnia 25.09.2009 r. wraz z załącznikami i aneksami – k. 316-347 /

Umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie jest długoterminowym (15-letnim) produktem o charakterze inwestycyjno-ochronnym zawierany w formie grupowej poprzez subskrypcję. Subskrypcja trwa około miesiąca i ma za zadanie zgromadzenie portfela do umowy grupowej, to jest odpowiedniej liczby klientów, potencjalnych ubezpieczonych, których pierwsze składki oraz pierwsze składki bieżące pozwalają na rozpoczęcie okresu ubezpieczenia. Składki wpłacane przez ubezpieczonych, po potrąceniu opłaty administracyjnej, są przekazywane na ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, którego zadaniem jest inwestować je oraz pomnażać zyski. Z funduszem wiąże się ryzyko inwestycyjne polegające na tym, że wartość funduszu jest zmienna w czasie. Dla umów długoterminowych te fluktuacje mogą być często znaczące, zwłaszcza na początku ich trwania. Może się zdarzyć, że w początkowym okresie wartość funduszu będzie niższa niż kwota wpłaconych składek. Produkt P. (...) ma wbudowaną gwarancję emitenta certyfikatów, która polega na tym, że w momencie dożycia do końca okresu ubezpieczenia ubezpieczonemu zostaną wypłacone środki o wartości nie mniejszej od tych wpłaconych na fundusz.

/ dowód: zeznania świadka G. K. (1) – e-protokół z dnia 08.12.2015 r. 00.28.46-

00.58.20 /

Powód S. K. był stałym klientem (...) Banku S.A. i wielokrotnie korzystał z oferowanych przez ten bank produktów inwestycyjnych, przy czym zawsze wybierał krótkoterminowe lokaty, które ewentualnie przedłużał na kolejne okresy. Powód nigdy nie decydował się na inwestycje niosące ze sobą ryzyko finansowe, gdyż przy inwestowaniu jest ostrożny i bardziej kieruje się bezpieczeństwem ulokowanych środków niż chęcią osiągnięcia dużych zysków. Powód zawsze korzystał z usług tej samej placówki (...) Banku S.A. mieszczącej się we W. przy ul. (...) i był zazwyczaj obsługiwany przez tę samą osobę – opiekuna klienta M. K., którą darzył zaufaniem. M. K. zazwyczaj dzwoniła do powoda i przypominała o upływającym okresie lokaty, proponując następną lokatę na kolejny okres. Powód zawierał pisemne umowy o lokatę.

/ dowód: zeznania świadków: G. K. (2) – e-protokół z dnia 08.12.2015 r. 00.02.10-

00.11.00, C. K. – e-protokół z dnia 08.12.2015 r. 00.11.18-

00.27.00; zeznania powoda S. K. – e-protokół z dnia 05.04.2016 r.

00.01.53-00.41.14 /

Pewnego dnia M. K. zadzwoniła do powoda z informacją o możliwości korzystnego ulokowania posiadanych przez niego środków finansowych w produkt cechujący się dłuższym okresem trwania niż dotychczas zakładane przez niego lokaty, ale jednocześnie gwarantującym większy zysk i bezpieczeństwo.

M. K. informowała powoda, że produkt ten adresowany jest do wąskiego kręgu stałych klientów Banku. Nalegała na szybką decyzję, mówiąc, że czas trwania oferty jest ograniczony.

Powód udał się do placówki Banku po drodze z pracy, nie dysponując dużą ilością czasu na zapoznanie się z produktem. Podczas rozmowy M. K. posługiwała się wwykresami, rysunkami, itp. Informowała powoda, że okres inwestycji, to 15 lat, spodziewany zysk będzie wysoki – na poziomie 15-20 % rocznie, ale należy odczekać przynajmniej 5 lat na uzyskanie korzystnego wyniku. Podała, że możliwa będzie rezygnacja z umowy przed terminem. Nie poinformowała powoda o wysokości opłat likwidacyjnych. Jeżeli chodzi o element ubezpieczenia, podała, że jest to dodatkowa gratyfikacja.

/ dowód: zeznania świadka G. K. (2) – e-protokół z dnia 08.12.2015 r. 00.02.10-

00.11.00; zeznania powoda S. K. – e-protokół z dnia 05.04.2016 r.

00.01.53-00.41.14 /

W dniu 15.10.2010 r. S. K. jako ubezpieczony podpisał deklarację przystąpienia (...), w której jako ubezpieczający wskazany został (...) Bank S.A. w W., a jako ubezpieczyciel Towarzystwo (...) S.A.

Zgodnie z deklaracją datą przystąpienia do ubezpieczenia był dzień 15.10.2010 r., zaś datą początku okresu odpowiedzialności – 6 dzień roboczy po zakończeniu okresu subskrypcji. Długość okresu odpowiedzialności została określona na 180 miesięcy.

Wysokość pierwszej składki wynosiła 45 000 zł, wysokość składki bieżącej 1 240 zł, wysokość docelowej składki zainwestowanej – 225 000 zł.

S. K. złożył na deklaracji podpis pod oświadczeniem potwierdzającym odbiór: Warunków (...) ((...) (...)(...)), Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), Tabeli Opłat i Limitów Składek oraz załącznika nr 1 do deklaracji przystąpienia.

/ dowód: deklaracja przystąpienia (...) – k. 27 /

Tego samego dnia powód złożył dyspozycję przelewu kwoty 46 240 zł z jego rachunku bankowego na rachunek bankowy prowadzony na rzecz Towarzystwa (...) S.A. we W. tytułem pierwszej składki oraz pierwszej składki bieżącej.

/ dowód: potwierdzenie złożenia dyspozycji przelewu – k. 28, k. 297 /

W dniu 09.11.2010 r. został wydany certyfikat serii i nr (...), potwierdzający objęcie powoda ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...), w którym jako datę rozpoczęcia okresu odpowiedzialności wskazano 09.11.2010 r., jako datę zakończenia odpowiedzialności 09.11.2025 r. Wysokość składki zainwestowanej została określona na kwotę 225 000 zł, wysokość składki pierwszej na kwotę 45 000 zł, wysokość składki bieżącej na kwotę 1 240 zł.

Według certyfikatu alokacja środków pieniężnych miała następować w Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym (...). Data nabycia jednostek uczestnictwa

funduszu została określona na 26 dzień każdego miesiąca.

/ dowód: certyfikat serii i nr (...) – k. 151 /

Rozdział 1 Warunków (...) ((...) (...) (...)) przewiduje, że:

- klientem jest osoba fizyczna korzystająca z usług ubezpieczającego (pkt 12),
- ubezpieczającym jest (...) Bank S.A. w W. (pkt 24),
- ubezpieczycielem jest Towarzystwo (...) S.A. we W. (pkt 25),
- ubezpieczonym jest klient objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w umowie (pkt 26),
- okres subskrypcji oznacza okres, w którym istnieje możliwość przystąpienia do ubezpieczenia (...) (pkt 15),
- wartość aktywów netto oznacza wartość wszystkich aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustalaną zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (pkt 30),
- wartość jednostki uczestnictwa Funduszu stanowi wartość obliczaną zgodnie ze wzorem: (...) dzielone przez (...), gdzie (...) to Wartość aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, a (...) to liczba wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu (pkt 31),
- wartość rachunku stanowi wartość obliczaną zgodnie ze wzorem (...) \* (...), gdzie (...) to bieżąca liczba jednostek uczestnictwa Funduszu znajdująca się na rachunku, a (...) to aktualna na dany dzień wartość jednostki uczestnictwa w Funduszu (pkt 32),
- zdarzenie ubezpieczeniowe oznacza zgon ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub dożycie przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności (pkt 34).

Zgodnie z Rozdziałem 2 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. Ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...).

Zgodnie z Rozdziałem 3 okres odpowiedzialności (okres ubezpieczenia) w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od 6 dnia roboczego po zakończeniu okresu subskrypcji, w którym klient przystąpił do ubezpieczenia, jeśli spełnione zostaną warunki określone w Rozdziale 4 i trwa przez 180 miesięcy lub kończy się z dniem zgonu ubezpieczonego, z dniem rezygnacji przez ubezpieczonego z ubezpieczenia, z dniem rozwiązania stosunku ubezpieczenia w przypadkach określonych w Rozdziale 5 pkt 7-8 lub z dniem likwidacji Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.

Zgodnie z Rozdziałem 8 ubezpieczyciel pobiera: opłatę administracyjną, w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko, oraz opłatę likwidacyjną (pkt 1). Opłata likwidacyjna jest naliczana i pobierana, w przypadku całkowitego wykupu, procentowo zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa Funduszu z rachunku, przy czym pobranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej (pkt 4).

Zgodnie z Rozdziałem 10 w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu lub uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa (pkt 1). Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wynosi 100 % wartości rachunku w dacie umorzenia (pkt 2). Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczonego obliczana jest według wzoru:  $1\% * \text{składka zainwestowana} + (\text{liczba jednostek uczestnictwa Funduszu w dacie umorzenia} * \text{wartość jednostek uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu ubezpieczonego})$ .

Zgodnie z Rozdziałem 14 klient w okresie subskrypcji lub ubezpieczony po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej może zrezygnować z ubezpieczenia z zachowaniem formy pisemnej (pkt 1). W razie rezygnacji klienta z ubezpieczenia w okresie subskrypcji, ubezpieczyciel w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie zwraca zapłaconą składkę pierwszą oraz pierwszą składkę bieżącą odpowiednio klientowi na rachunek bankowy wskazany przez niego w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia albo na rachunek bankowy ubezpieczającego, wskazany w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia (pkt 2). W razie rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel w terminie 35 dni od dnia otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie, wypłaca środki z tytułu całkowitego wykupu odpowiednio ubezpieczonemu, na rachunek bankowy wskazany przez niego w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia albo na rachunek bankowy ubezpieczającego, wskazany w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia (pkt 4). W przypadku całkowitego wykupu, ubezpieczyciel wypłaca kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania składki pierwszej oraz składek bieżących (pkt 6).

/ dowód: Warunki (...) ((...) (...)...) – k. 20-23 /

Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) ((...) (...)...) przewiduje, że:

- przez wartość aktywów netto rozumie się wartość wszystkich aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, ustalona zgodnie z zasadami zawartymi w tym Regulaminie (§ 2 ust. 11),
- przez wartość jednostki uczestnictwa funduszu rozumie się wartość równą ilorazowi wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego i liczby wszystkich jednostek uczestnictwa Funduszu (§ 2 ust. 12),
- Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy powstaje ze składek pierwszych i składek bieżących, wpłacanych przez ubezpieczonych po pomniejszeniu o opłatę administracyjną, które są alokowane w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...) poprzez nabycie jednostek uczestnictwa funduszu (§ 3 ust. 1),
- celem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) jest powiększenie wartości aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego w wyniku wzrostu wartości lokat Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego; w



szczególności celem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) jest ochrona 100% kwoty odpowiadającej składce zainwestowanej (§ 3 ust. 2),

- ubezpieczyciel nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego, a wyniki inwestycyjne Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego osiągnięte w przyszłości nie mogą stanowić podstawy do oczekiwania jego przyszłych wyników inwestycyjnych (§ 3 ust. 3 i 4),

- Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów ubezpieczyciela, składającą się z jednostek uczestnictwa funduszu o jednakowej wartości (§ 4 ust. 1),

- aktywa netto tego Funduszu są wyceniane według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny (§ 4 ust. 2),

- środki Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) lokowane są do 100% w obligacje wyemitowane przez (...) S.A., z których wypłata oparta jest na indeksie (...) N. F. 8 (...) ( (...)) E. Return I., przy czym obligacje emitowane przez (...) S.A. wyceniane są w złotych polskich a inwestycja w obligacje wiąże się z ryzykiem kredytowym, rozumianym jako możliwość wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności emitenta do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu wyemitowanych obligacji (§ 4 ust. 3),

- wartość jednostki uczestnictwa funduszu ustalana jest na dzień wyceny (§ 6 ust. 1) i obliczana jest jako iloraz wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego na dzień wyceny i liczby wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu w dzień wyceny (§ 6 ust. 2), przy czym może ulegać istotnym zmianom w trakcie trwania okresu odpowiedzialności z uwagi na kształtowanie się cen obligacji.

/ dowód: Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) –

k. 148-149 /

Zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) wysokość opłaty likwidacyjnej pobieranej od wartości rachunku w zależności od roku odpowiedzialności wynosiła:

- 80 % w 1-3 roku odpowiedzialności,
- 75 % w 4 roku odpowiedzialności,
- 50 % w 5 roku odpowiedzialności,
- 30 % w 6 roku odpowiedzialności,
- 20 % w 7 roku odpowiedzialności,
- 15 % w 8 roku odpowiedzialności,
- 10 % w 9 roku odpowiedzialności,
- 5 % w 10 roku odpowiedzialności,
- 4 % w 11 roku odpowiedzialności,
- 3 % w 12 roku odpowiedzialności,
- 2 % w 13 roku odpowiedzialności,

- 1 % w 14-15 roku odpowiedzialności.

/ dowód: Tabela Opłat i Limitów Składek – k. 24 /

Oплата likwidacyjna ma za zadanie zrekompensować ubezpieczycielowi przy wcześniejszym rozwiązaniu umowy przez ubezpieczonego wszelkie poniesione przez niego i niepobrane w ramach opłat administracyjnych koszty związane z doprowadzeniem do zawarcia umowy ubezpieczenia, to jest zarówno koszty dystrybucji, jak i wewnętrzne koszty akwizycji. Przy kalkulowaniu wysokości opłaty likwidacyjnej nie jest brany pod uwagę zysk. Opłata ta jest naliczana od wartości funduszu, gdyż jest to jedyny aktyw. Nie zawsze opłata likwidacyjna pokrywa nierozliczony koszt. W takiej sytuacji ubezpieczyciel notuje stratę. Zdarza się to najczęściej przy wczesnym rozwiązaniu umowy.

/ dowód: zeznania świadka G. K. (1) – e-protokół z dnia 08.12.2015 r., 00.28.46-

00.58.20 /

Decyzją z dnia 11.04.2011 r. Komisja Nadzoru Finansowego udzieliła Towarzystwu (...) S.A. zezwolenia na uznanie instrumentów finansowych objętych jej wnioskiem, m.in. obligacji strukturyzowanych wchodzących w skład portfela inwestycyjnego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (...), za aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, dla ubezpieczeń na życie, o których mowa w dziale I grupa 3 załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jeżeli ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający, określając jednocześnie warunki dopuszczalności takiego uznania.

/ dowód: decyzja (...) z dnia 11.04.2011 r. – k. 266-271 /

W grudniu 2012 r. Rzecznik Ubezpieczonych opracował szczegółowy raport odnoszący się do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. We wnioskach końcowych zwrócił uwagę, że współpraca ubezpieczycieli z innymi instytucjami finansowymi nakierowana na sprzedaż produktów ubezpieczeniowo-inwestycyjnych nasuwa szereg wątpliwości i zastrzeżeń co do ich zgodności z porządkiem prawnym, a praktyka pokazuje, że wyjątkowo dynamiczny rozwój tego segmentu rynku coraz poważniej narusza interes ekonomiczny coraz większej grupy konsumentów, którzy tracą setki tysięcy złotych wskutek działań osób nakierowanych wyłącznie na osiągnięcie przychodu z pominięciem reguł etycznych czy uczciwości kupieckiej. W efekcie tego, w ocenie Rzecznika, wobec połączenia w jednej umowie elementów umowy ubezpieczenia oraz umowy inwestycyjnej, konsument nie otrzymuje ani należytej ochrony ubezpieczeniowej jego życia i zdrowia ani oczekiwanego zysku z podejmowanej decyzji, nieświadomie finansując głównie działalność zakładów ubezpieczeń i banków. Rzecznik stwierdził, że grupowe umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym są de facto umowami indywidualnymi, w części przypadków oferowanymi przez osoby wykonujące czynności pośrednictwa ubezpieczeniowego oraz działalność maklerską bez odpowiednich uprawnień, co ma znaczący wpływ na coraz poważniejsze naruszenia praw konsumentów przy sprzedaży tego typu produktów. Rzecznik wskazał, że przeprowadzone badania pokazują, że zawarcie tego typu umowy ubezpieczenia wiąże się dla klienta z ogromnym ryzykiem dotyczącym nie tylko zawarcia umowy, której skutków konsument nie rozumie, ale również możliwości utraty pieniędzy. W ocenie Rzecznika tak skomplikowane, a tym samym niezrozumiałe, umowy nie powinny być oferowane osobom, które mają niewystarczającą wiedzę na temat umów ubezpieczenia, szczególnie w przypadku, gdy pochodzą od instytucji zaufania publicznego – banku, z zamiarem bezpiecznego ulokowania i pomnożenia oszczędności, zaś ubezpieczyciele, banki oraz pośrednicy finansowi i ubezpieczeniowi, którzy z premedytacją doprowadzili do zawarcia przez konsumentów niekorzystnych umów, powinni ponieść tego konsekwencje.

/ dowód: Raport Rzecznika Ubezpieczonych – k. 171-242 /

Decyzją nr (...) z dnia 31.12.2013 r. po przeprowadzeniu z urzędu postępowania w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów przeciwko (...) Bank S.A. w W. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów

Delegatura w K., na podstawie art. 27 ust. 1 i 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów uznał za naruszające zbiorowe interesy konsumentów praktyki polegające na:

1. rozpowszechnianiu za pośrednictwem ulotek prawdziwych informacji dotyczących przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) S.A. pn. (...) w sposób wprowadzający w błąd w zakresie ryzyka związanego z inwestowaniem środków pieniężnych w ramach tego produktu poprzez wyeksponowanie korzyści związanych z inwestycją kosztem informacji dotyczących okoliczności, w których inwestycja może nie przynieść zysku lub wygenerować straty, a także kosztów związanych z rozwiązaniem umowy w trakcie jej trwania, co stanowi nieuczciwą praktykę rynkową, o jakiej mowa w art. 5 ust. 3 pkt 2 w związku z art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 23.08.2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, co jest niezgodne z art. 24 ust. 2 pkt 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów,

2. rozpowszechnianiu za pośrednictwem ulotek prawdziwych informacji dotyczących przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) S.A. pn. (...), w sposób wprowadzający w błąd w zakresie ryzyka związanego z inwestowaniem środków pieniężnych w ramach tego produktu poprzez wyeksponowanie korzyści związanych z inwestycją kosztem informacji dotyczących okoliczności, w których inwestycja może nie przynieść zysku lub wygenerować straty, a także kosztów związanych z rozwiązaniem umowy w trakcie jej trwania, co stanowi nieuczciwą praktykę rynkową, o jakiej mowa w art. 5 ust. 3 pkt 2 w związku z art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 23.08.2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, co jest niezgodne z art. 24 ust. 2 pkt 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów,

i stwierdził zaniechanie stosowania tych praktyk z dniem 01.03.2011 r.

/ dowód: decyzja nr (...) z dnia 31.12.2013 r. – k. 33-76 /

W 2013 r. powód kilkakrotnie udawał się do (...) Banku S.A. w celu porozmawiania z M. K. na temat zawartej z pozwanym umowy. W trakcie wizyt powód zadawał pytania na temat tego produktu, gdyż nie wszystko było dla niego zrozumiałe. M. K. za każdym razem zapewniała go o bezpieczeństwie dokonanej inwestycji. Po każdej z tych wizyt powód był uspokojony i nie martwił się o ulokowane środki.

/ dowód: zeznania świadka C. K. – e-protokół z dnia 08.12.2015 r.

00.11.18-00.27.00; zeznania powoda S. K. – e-protokół z dnia

05.04.2016 r. 00.01.53-00.41.14 /

W styczniu (...) syn powoda C. K. natrafił w mediach na niepokojące go informacje dotyczące licznych skarg klientów (...) Banku S.A. odnośnie umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, podobnych do tej, którą zawarł jego ojciec. Z doniesień mediów wynikało, że klienci banku decydujący się na tego typu produkt sądzili – na podstawie zapewnień pracowników banku – że jest on w rzeczywistości lokatą długoterminową i nie zdawali sobie sprawy z ryzyka finansowego, jakie się z nim wiąże, w tym zwłaszcza możliwości utraty znacznej ilości przekazanych towarzystwu ubezpieczeniowemu środków, przy wcześniejszym rozwiązaniu umowy. Od tego czasu C. K. wielokrotnie rozmawiał z powodem na ten temat radząc mu, aby wyjaśnił sytuację, korzystając z pomocy osoby znającej ten temat. Powód początkowo nie chciał wierzyć, że zawarta przez niego umowa może nie być lokatą ale mieć cechy innego produktu inwestycyjnego niosącego ze sobą ryzyko utraty środków, jednak ostatecznie sam powziął wątpliwości co do charakteru łączącej go z pozwanym umowy i ulegając namowom syna oraz uznając, że sprawę należy wyjaśnić, postanowił poszukać pomocy prawnej w tym zakresie. Powód poszukiwał informacji, m.in. czytając relacje innych klientów towarzystw ubezpieczeniowych z tzw. polisolokatami; stwierdził wówczas, że jego sytuacja jest identyczna.

/ dowód: protokół z dnia 21.04.2015 r. wraz z załącznikami, rep. A nr (...) – k. 77-90;

zeznania świadków: G. K. (2) – e-protokół z dnia 08.12.2015 r. 00.02.10-

00.11.00, C. K. – e-protokół z dnia 08.12.2015 r. 00.11.18-

00.27.00; zeznania powoda S. K. – e-protokół z dnia 05.04.2016 r.

00.01.53-00.41.14 /

Pismami z dnia 29.05.2014 r. powód poinformował (...) Bank S.A. oraz Towarzystwo (...) S.A., że zamierza zrezygnować z kontynuacji ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) Banku (...), wnosząc jednocześnie o przesłanie mu rozliczenia umowy według stanu na dzień udzielenia odpowiedzi.

/ dowód: pisma powoda z dnia 29.05.2014 r. – k. 29-30 /

(...) Bank S.A. ani (...) S.A. nie przysyłały powodowi okresowych informacji na temat stanu oszczędności.

Powód pozostawał przekonany, że wartość jego inwestycji odpowiada faktycznie wpłaconym środkom wynoszącym już ponad 100 000 zł.

/ dowód: zeznania powoda zeznania powoda S. K. – e-protokół z dnia ‘

05.04.2016 r. 00.01.53-00.41.14 /

Pismem z dnia 01.07.2014 r. (...) Bank S.A. poinformował powoda, że na dzień 25.06.2014 r. wartość jego rachunku wynosi 48 684, 16 zł, przy liczbie jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku w wysokości (...), (...) oraz wartości jednostki uczestnictwa na poziomie 46, 43 zł. (...) Bank S.A. wskazał, że wartość teoretyczna inwestycji (tj. wartość o charakterze poglądowym, nie odzwierciedlająca bieżącej wartości rachunku, przedstawiająca wysokość świadczenia ubezpieczeniowego, która zostanie wypłacona po zakończeniu okresu odpowiedzialności, jeśli zostaną spełnione łącznie dwa warunki, tj. dożycie przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności oraz osiągnięcie w dniu ostatniej obserwacji teoretycznej stopy zwrotu z inwestycji zaprezentowanej w tabeli zawartej w piśmie) wynosi 226 310, 13 zł.

/ dowód: pismo (...) Bank S.A. z dnia 01.07.2014 r. – k. 31 /

Pismem z dnia 23.07.2014 r. (...) na (...) S.A. poinformował powoda, że na dzień 08.07.2014 r. wartość rachunku dla jego polisy wynosi 50 996, 18 zł, przy liczbie jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku w wysokości (...), (...) oraz wartości jednostki uczestnictwa na poziomie 47, 66 zł. Jednocześnie pozwany wyjaśnił, że wartość rachunku to iloczyn bieżącej liczby jednostek uczestnictwa funduszu znajdującej się na rachunku powoda oraz aktualnej na dany dzień wartości jednostki uczestnictwa funduszu. Dodatkowo wskazał, że przy niższej wartości jednostki w pierwszych latach inwestowania nabywanych jest więcej jednostek uczestnictwa funduszu, co w późniejszej perspektywie powinno zapewnić korzystny wynik inwestycji. Ponadto (...) na (...) S.A. poinformował, że w czwartym roku odpowiedzialności obowiązuje opłata likwidacyjna w wysokości 75 % wartości rachunku.

/ dowód: pismo (...) na (...) S.A. z dnia 23.07.2014 r. – k. 32 /

W pismach z dnia 16.09.2014 r. skierowanych do (...) Banku S.A. w W. oraz Towarzystwa (...) S.A. we W. powód złożył oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych swojego oświadczenia woli złożonego w dniu 15.10.2010 r. polegającego na zawarciu umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) Banku (...) poprzez podpisanie deklaracji przystąpienia, jako złożonego pod wpływem błędu. Powód wskazał m.in., że czuje się oszukany przez (...) Bank S.A., który prezentował mu produkt P. (...) w taki sposób, że wywołał u niego przeświadczenie, iż stanowi on w istocie lokatę długoterminową, a jednocześnie nie poinformował go o ryzykach związanych z nabyciem tego produktu.

Niezależnie od powyższego powód zarzucił, że postanowienia dotyczące wysokości opłat likwidacyjnych zawartych w Tabeli Opłat i Limitów Składek do zawartej przez niego umowy, stanowią w istocie klauzule abuzywne, którymi on, jako konsument, nie jest związany, na mocy art. 385<sup>1</sup> § 1 kc.

/ dowód: pisma powoda z dnia 16.09.2014 r. – k. 91-94 /

Powód poczuł się oszukany, zwłaszcza, że był stałym klientem (...) Banku S.A. obsługiwanym przez osobę posługującą się tytułem „opiekuna klienta”, do której miał zaufanie.

/ dowód: zeznania powoda zeznania powoda S. K. – e-protokół z dnia ‘

05.04.2016 r. 00.01.53-00.41.14 /

Pismem z dnia 13.10.2014 r. pozwany poinformował powoda, że ewentualna rezygnacja z ubezpieczenia przed końcem okresu odpowiedzialności możliwa jest wyłącznie w oparciu o postanowienia Warunków (...). Zaznaczył, że ubezpieczenie nie jest lokatą bankową, lecz długoterminowym ubezpieczeniem inwestycyjnym, w którym gwarantowany jest zwrot kwoty stanowiącej 100 % składki zainwestowanej, powiększone o premię wynikającą z ewentualnej dodatniej zmiany indeksu, na koniec okresu odpowiedzialności. Wyjaśnił, że za wpłacane składki nabywane są jednostki uczestnictwa funduszu i dopisywane do indywidualnego rachunku, którego wartość w całym okresie jest zmienna, gdyż uzależniona jest od liczby zgromadzonych jednostek uczestnictwa w funduszu oraz aktualnej wartości jednostki. Pozwany nie uznał też argumentów powoda dotyczących stosowania niedozwolonych postanowień umownych w kwestii wysokości opłaty likwidacyjnej.

/ dowód: pismo (...) na (...) S.A. z dnia 13.10.2014 r. – k. 96 /

Pismem z dnia 03.11.2014 r. (...) Bank S.A. poinformował powoda, że jego reklamacja została rozpatrzona negatywnie. Bank podkreślił, że produkt P. (...) nie jest lokatą bankową, lecz produktem inwestycyjnym o charakterze długoterminowym, obciążonym ryzykiem, a zaistniała sytuacja nie wynika z braku kompetencji, czy też działania na szkodę powoda pracowników (...) Bank S.A., a jedynie ze zmian na rynkach finansowych. Bank zwrócił też powodowi uwagę, iż przystępując do ubezpieczenia potwierdził on znajomość Warunków (...) oraz cech produktu (w tym jego długoterminowości) a ponadto miał możliwość bezkosztowego zrezygnowania z ubezpieczenia w okresie subskrypcji. Wskazał, że jego zdaniem fakt niezłożenia przez powoda rezygnacji w tym terminie (w którym mógł dokładnie zapoznać się z ofertą oraz zasadami jej funkcjonowania) świadczy o pełnej świadomości powoda w chwili zawierania umowy ubezpieczenia oraz o akceptacji warunków.

/ dowód: pismo (...) Bank S.A. z dnia 03.11.2014 r. – k. 95 /

Pismem z dnia 05.01.2015 r., nadanym listem poleconym w dniu 16.01.2015 r., pełnomocnik powoda skierował do Towarzystwa (...) S.A. we W. wezwanie do zapłaty 110 720 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi do dnia zapłaty tytułem zwrotu składek wpłaconych dotychczas na poczet umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) Banku (...).

/ dowód: pismo powoda z dnia 05.01.2015 r. wraz z dowodem nadania – k. 97-99 /

Powód uiszczył na poczet umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Klientów (...) Banku (...) następujące składki:

- dnia 09.11.2010 r. – 46 240 zł,

- od 09.12.2010 r. do 09.12.2014 r. – składki od 2 do 50 po 1 240 zł,

- od 09.01.2015 r. do 09.10.2015 r. – składki od 51 do 60 po 1 240 zł,

- dnia 05.11.2015 r. – składkę bieżącą z zastrzeżeniem zwrotu w kwocie 1 240 zł,
- dnia 03.12.2015 r. – składkę bieżącą z zastrzeżeniem zwrotu w kwocie 1 240 zł,
- dnia 05.01.2016 r. – składkę bieżącą z zastrzeżeniem zwrotu w kwocie 1 240 zł,
- dnia 03.02.2016 r. – składkę bieżącą z zastrzeżeniem zwrotu w kwocie 1 240 zł,
- dnia 06.03.2016 r. – składkę bieżącą z zastrzeżeniem zwrotu w kwocie 1 240 zł,
- dnia 01.04.2016 r. – składkę bieżącą z zastrzeżeniem zwrotu w kwocie 1 240 zł.

Na dzień 09.10.2015 r. wartość jego rachunku wynosiła 87 729, 24 zł.

/ dowód: lista operacji na rachunku – k. 292-294; potwierdzenia przelewów – k. 295-297,  
370-373 /

### **Sąd zważył, co następuje.**

Powództwo zasługuje na częściowe uwzględnienie.

Po dwukrotnym rozszerzeniu żądania pozwu powód zażądał od pozwanego zapłaty 125 560 zł jako zwrotu sumy wpłat dokonanych na rzecz pozwanego (pierwotnie zażądał 114 400 zł, następnie dodatkowo 7 440 zł oraz 3 720 zł) wobec nieważności umowy łączącej go z pozwanym, tj. zwrotu świadczenia nienależnego w rozumieniu art. 410 kc, ewentualnie jako wypłaty świadczenia z tejże umowy w następstwie jej wypowiedzenia z pominięciem niedozwolonych postanowień umownych w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 kc.

W pierwszej kolejności należy odnieść się do żądania zwrotu pełnej sumy składek wpłaconych przez powoda jako mających stanowić świadczenie nienależne wobec nieważności umowy jako konsekwencji uchylenia się powoda od oświadczenia woli złożonego pod wpływem błędu.

Art. 84 § 1 kc stanowi, że w razie błędu co do treści czynności prawnej można uchylić się od skutków prawnych swego oświadczenia woli; jeżeli jednak oświadczenie woli było złożone innej osobie, uchylenie się od jego skutków prawnych dopuszczalne jest tylko wtedy, gdy błąd został wywołany przez tę osobę, chociażby bez jej winy, albo gdy wiedziała ona o błędzie, albo mogła z łatwością błąd zauważyć. Zgodnie zaś z art. 84 § 2 kc można powoływać się tylko na błąd uzasadniający przypuszczenie, że gdyby składający oświadczenie woli nie działał pod wpływem błędu i oceniał sprawę rozsądnie, nie złożyłby oświadczenia woli tej treści, czyli błąd istotny.

Wada oświadczenia woli przewidziana w art. 84 kc polega zatem na wadliwym powzięciu woli, tzn. na mylnym wyobrażeniu o rzeczywistym stanie rzeczy, jeśli stało się ono przyczyną sprawczą oświadczenia woli. Powołanie się na wadę oświadczenia woli w postaci działania pod wpływem błędu wymaga wykazania rozbieżności między stanem mylnie wyobrażonym w chwili złożenia oświadczenia woli a stanem rzeczywistym, która wywołała złożenie oświadczenia woli określonej treści.

Powód jednakże na takie okoliczności nie może się powołać. Błąd w rozumieniu art. 84 § 1 kc, czyli wadliwość czynności prawnej, musi dotyczyć treści tej czynności, tj. treści i przedmiotu złożonego przez stronę oświadczenia woli. Błąd musi dotyczyć treści czy przedmiotu czynności prawnej, nie odnosi się do sfery motywacyjnej, nie dotyczy także oczekiwań strony co do skutków czy sposobu wykonania umowy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 06.05.1997 r., I CKN 91/97, oraz postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 04.11.1998 r., II CKN 51/98).

Treścią czynności prawnej są uprawnienia i obowiązki stron tej czynności, a jej przedmiotem – zachowania stron przewidziane treścią czynności (w przypadku stosunków zobowiązaniowych przede wszystkim świadczenie), a także rzecz lub prawo będące obiektem tychże zachowań.

Błąd powoda miał według jego twierdzeń polegać na mylnym wyobrażeniu o charakterze nabytego produktu inwestycyjnego jako lokaty, ewentualnie z dodatkowym elementem ubezpieczenia, czyli na przekonaniu o zawarciu z (...) Bankiem S.A. umowy oszczędnościowo-inwestycyjnej. Tymczasem w istocie powód przystąpił do ubezpieczenia grupowego klientów tego Banku z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, czyli zainwestował swoje środki w tzw. polisolokatę.

Sąd uznał, że taka konstrukcja błędu, choć oczywiście teoretycznie poprawna i możliwa do zaistnienia, nie zachodzi w przypadku powoda. Powód był długoletnim klientem (...) Banku S.A., systematycznie gromadzącym oszczędności w postaci lokat terminowych z krótkim okresem oszczędzania rzędu kilku miesięcy. Powód nie ma wprawdzie wykształcenia prawniczego, ekonomicznego, z zakresu finansów, itp., ale ma wyższe wykształcenie i jest osobą doświadczoną życiowo. Ponadto, jak wynika z zeznań żony i syna powoda oraz z zeznań samego powoda, jest on osobą ostrożną, rozważną, swoje oszczędności zawsze gromadził w sposób przemyślany, stabilny, bez ryzyka. Nie sposób przyjąć, iż powód nie miałby żadnej świadomości, ani nawet możliwości jej uzyskania, co do tego, że dokonuje innego rodzaju transakcji niż dotychczas wykorzystywana forma lokaty krótkoterminowej. Powód podpisał dokument przystąpienia do ubezpieczenia grupowego. Dokument ten opatrzony był w nagłówku oznaczeniem nazwy ubezpieczyciela (...), zawierał też oznaczenia stron charakterystyczne dla umowy ubezpieczenia, tj. wskazanie ubezpieczającego (...) Banku S.A., ubezpieczyciela (...) S.A., ubezpieczonego – powoda. Powód wcześniej zawierał z bankiem umowy o lokatę podpisując standardowy dokument umowy bankowej zawierający podpisy obu stron – powoda i przedstawiciela Banku. W przypadku dokumentu z dnia 15.10.2010 r. określonego jako deklaracja przystąpienia brak jest podpisu innej niż powód osoby, w szczególności podpisu przedstawiciela Banku jako jedynego kontrahenta powoda. W deklaracji mowa jest o sumie ubezpieczenia, wysokości składki, itp., czyli widać, iż nie jest to lokata bankowa, ale umowa z zakresu stosunków ubezpieczeniowych. Nawet, jeżeli powód nie posiadał wcześniej żadnej odrębnej umowy ubezpieczenia na życie, to również powinien dostrzec, że w umowie z dnia 15.10.2010 r. mowa jest o wypłacie świadczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego. Nic też nie stało na przeszkodzie zapoznaniu się z warunkami inwestycji. Skoro powód, jak zeznał, spieszył się, wracał z pracy, nie był przygotowany do spotkania w Banku i podjęcia decyzji, to mógł i powinien był poprosić o przekazanie mu wszelkich materiałów, obliczeń, symulacji, tabel czy wykresów, jakie miała mu prezentować M. K., i zastawić się przynajmniej do następnego dnia.

Następnie należy zwrócić uwagę, że zgodnie z art. 84 § 1 kc, jeżeli oświadczenie woli było złożone innej osobie, uchylenie się od jego skutków prawnych dopuszczalne jest tylko wtedy, gdy błąd został wywołany przez tę osobę, chociażby bez jej winy, albo gdy wiedziała ona o błędzie, albo mogła z łatwością błąd zauważyć. Złożenie przez powoda deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia należy uznać za złożenie oświadczenia woli mającego indywidualnie oznaczonego adresata, jakim jest ubezpieczyciel, czyli druga strona stosunku ubezpieczenia. Nie można jednakże twierdzić, że błąd został wywołany przez ubezpieczyciela. Powód uzgadniał warunki inwestycji z M. K. będącą pracownikiem (...) Banku S.A., a nie pozwanego Towarzystwa. Nie była ona żadnym pełnomocnikiem ani innego rodzaju przedstawiciela (...) składającym i przyjmującym w jego imieniu oświadczenia woli. Owszem przyjmowała ona deklaracje przystępujących, ale tego rodzaju działania to wyłącznie czynność faktyczna, a nie prawna. Skutków prawnych czynności M. K. nie można przypisać pozwanemu tak, jak skutków czynności jego pracowników czy innych osób przezeń zatrudnionych. Pozwane Towarzystwo nie mogło wywołać u powoda żadnego błędu, skoro nie kontaktowało się z nim na etapie zawierania umowy. Nie sposób też przyjąć, że Towarzystwo wiedziało, iż powód znalazł się w błędzie, gdyż nie wskazuje na to żaden z przeprowadzonych w sprawie dowodów.

Nie zachodzą zatem podstawy do uchylenia się powoda od skutków oświadczenia woli mającego kreować nieważność umowy z dnia 15.10.2014 r. Powód nie może zatem domagać się od pozwanego zwrotu całości wpłaconych środków jako świadczenia nienależnego.

Natomiast złożenie przez powoda oświadczenia datowanego na 16.09.2014 r. w zestawieniu z treścią wezwania do zapłaty z dnia 05.01.2014 r. oraz treścią pozwu można potraktować jako wypowiedzenie umowy skutkujące koniecznością rozliczenia. Ponieważ do pozwu nie został dołączony dowód doręczenia wezwania do zapłaty z dnia 05.01.2015 r., sąd przyjął, że datą wypowiedzenia umowy może być dopiero data doręczenia odpisu pozwu, tj. dzień 08.09.2015 r. (okoliczność przyznana przez pełnomocnika pozwanego na rozprawie dnia 02.10.2015 r. (k. 105).

Powód został poinformowany, że w razie rezygnacji z ubezpieczenia zostanie mu wypłacona wartość zgromadzonych jednostek uczestnictwa pomniejszona o należne pozwanemu opłaty – administracyjną i likwidacyjną. Powód zakwestionował wysokość tych opłat, wskazując na zawarcie w ogólnych warunkach ubezpieczenia klauzul niedozwolonych. Stanowisko powoda można uznać za częściowo trafne.

Po pierwsze, za zawyżoną należy uznać opłatę administracyjną, co jest wynikiem zdecydowanie niekorzystnego dla klienta sposobu naliczania tejże opłaty przez pozwanego. Powód uiszczał miesięczne wpłaty po 1 240 zł, z czego 240 zł stanowiło tę właśnie opłatę, liczoną jako część kwoty stanowiącej 1,28 % całej sumy ubezpieczenia oznaczonej w deklaracji przystąpienia z dnia 15.10.2010 r. jako składka zainwestowana.

Powód miał wpłacić przez 180 miesięcy po 1 000 zł, co wraz z wpłatą inicjalną w wysokości 45 000 zł miało dać 225 000 zł. 1,28 % tej sumy wynosi 2 880 zł rocznie, czyli 240 zł miesięcznie. Taka kwota była doliczana do miesięcznych składek wnoszonych przez powoda.

Postanowienie umowy i jej ogólnych warunków (regulaminu) przewidujące opłatę administracyjną samo w sobie nie jest niedozwolone czy też sprzeczne z interesem konsumenta. Oczywiście jest, że pozwany jako dysponujący powierzonymi mu środkami, obracający nimi, inwestujący w różne instrumenty (akcje, obligacje, itp.), ponosi związane z tym koszty. Również sam wymiar opłaty administracyjnej wynoszący 1,28 % rocznie może być zaakceptowany. Jednakże opłata ta we wskazanym procencie powinna być naliczana od kwot faktycznie zainwestowanych, nie zaś od sumy docelowej. Inne rozumienie tej opłaty, a w konsekwencji naliczanie w sposób wyżej wskazany, narusza usprawiedliwiony interes konsumenta, a przez to jest sprzeczne z zasadami współżycia społecznego, tj. z zasadą lojalności i poszanowania kontrahenta, zasadą uczciwego obrotu, itp.

Po drugie, za zawyżoną i to w sposób rażący należy uznać wysokość opłaty likwidacyjnej, związanej z przedterminowym rozwiązaniem umowy, mającej sięgać w pierwszych trzech latach okresu ubezpieczenia nawet 80 %.

Postanowienie umowy i jej ogólnych warunków (regulaminu) przewidujące opłatę likwidacyjną również samo w sobie nie jest niedozwolone czy też sprzeczne z interesem konsumenta. Skoro strony zawierając umowę założyły związaną tą umową przez dłuższy okres czasu, w tym wypadku 15 lat systematycznego oszczędzania i inwestowania, to rezygnacja z umowy przez jedną ze stron może pociągać za sobą dla tej właśnie strony określone, także negatywne, konsekwencje finansowe. Pozwany mógł oczekiwać, że przez cały okres ubezpieczenia będzie mógł obracać powierzonymi środkami i od tego mogła być uzależniona jego polityka inwestycyjna, która z pewnością różni się w zależności od przewidywanej długości okresu ubezpieczenia. Tracąc przed założonym terminem środki pochodzące od kontrahenta, pozwany znajduje się w trudniejszej sytuacji, czego swoistą rekompensatą może być opłata likwidacyjna, stanowiąca świadczenie zbliżone do odstepnego przewidzianego w art. 396 kc, aczkolwiek nie warunkujące samej skuteczności wypowiedzenia umowy, tylko stanowiące jego konsekwencję.

Jednakże wskazana opłata nie może zostać ustalona arbitralnie i to na tak zawyżonym poziomie.

Pozwany nie wykazał, aby wysokość tej opłaty odpowiadała rzeczywistym kosztom związanym z zerwaniem umowy. Sąd oddalił wniosek o dowód z opinii biegłego aktuarusza, który został zgłoszony na okoliczność prawidłowości ustalenia tej opłaty. Przeprowadzenie tego dowodu pozwoliłoby jedynie ustalić sam sposób (algorytm) określenia wysokości opłaty likwidacyjnej, nie miałyby natomiast za przedmiot ustalenia rzeczywistego wyniku działalności pozwanego. Właściwym środkiem dowodowym mogłby być ewentualnie dowód z opinii biegłego z zakresu



rachunkowości ubezpieczeń pozwalający ustalić wynik finansowy z działalności w zakresie takich instrumentów finansowych, jak inwestycja powoda.

Można jednakże przywołać okoliczność znaną z pewnością stronom, a nawet mającą charakter powszechnie znanej, iż na temat stosowanych przez towarzystwa ubezpieczeniowe opłat likwidacyjnych przy tzw. polisokatach toczyła się i toczy szeroka dyskusja z udziałem prawników, finansistów, a także organów administracji publicznej. Działania podjęte przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów doprowadziły do uzgodnienia obniżenia wysokości opłat likwidacyjnych i to znaczącego w stosunku do poziomu pierwotnego. W wyniku nakładanych przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kar oraz innych działań tego organu w 2015 r. doszło do szczególnego porozumienia, w wyniku którego zdecydowana większość ubezpieczycieli, w tym także (...) S.A., zaoferowało znacząco niższe opłaty likwidacyjne sięgające maksymalnie 25 % w pierwszym roku ubezpieczenia, 20 % w drugim, 15 % w trzecim, itd. (zob. komunikat prasowy UOKiK z dnia 04.11.2015 r. – [www.uokik.gov.pl](http://www.uokik.gov.pl)).

Ponieważ powód złożył rezygnację po 5 latach okresu ubezpieczenia, sąd uznał, że maksymalna opłata likwidacyjna, jaka mogłaby go obciążać, to 10 % wartości zainwestowanych środków (przyjmując 12 % w czwartym roku, 10 % w piątym roku, itd. aż do 1 % w roku ostatnim – piętnastym).

Określając wysokość opłaty administracyjnej (wynoszącej 1, 28 % rocznie od środków efektywnie wniesionych) sąd wziął pod uwagę, iż powód zapłacił składki:

1) do końca pierwszego roku ubezpieczenia, tj. od 10.2010 r. do 10.2011 r.:

- w 2010 r.: 45 000 zł + 1 240 zł + 1 240 zł,

- w 2011 r.:  $10 \times 1\,240 \text{ zł} = 12\,400 \text{ zł}$ ,

tj. łącznie 59 880 zł, z czego 1, 28 % wynosi 766, 46 zł,

2) do końca drugiego roku ubezpieczenia, tj. od 11.2011 r. do 10.2012 r.:

-  $12 \times 1\,240 \text{ zł} = 14\,880 \text{ zł} + 59\,880 \text{ zł} = 74\,760 \text{ zł}$ , z czego 1, 28 % wynosi 956, 93 zł,

3) do końca trzeciego roku ubezpieczenia, tj. od 11.2012 r. do 10.2013 r.:

-  $14\,880 \text{ zł} + 74\,760 \text{ zł} = 89\,640 \text{ zł}$ , z czego 1, 28 % wynosi 1 147, 39 zł,

4) do końca czwartego roku ubezpieczenia, tj. od 11.2013 r. do 10.2014 r.:

-  $14\,880 \text{ zł} + 89\,640 \text{ zł} = 104\,520 \text{ zł}$ , z czego 1, 28 % wynosi 1 337, 86 zł,

5) w piątym roku ubezpieczenia do chwili wypowiedzenia umowy, tj. od 11.2014 r. do 08.2015 r.:

-  $104\,520 \text{ zł} + 10 \times 1\,240 \text{ zł} = 104\,520 \text{ zł} + 12\,400 \text{ zł} = 116\,920 \text{ zł}$ , z czego 1, 28 % wynosi 1 496, 58 zł.

Łącznie opłata administracyjna mogła zostać naliczona w sumie wynoszącej: 766, 46 zł + 956, 93 zł + 1 147, 39 zł + 1 337, 86 zł + 1 496, 58 zł = 5 705, 22 zł.

Sąd doszedł do przekonania, iż wobec wypowiedzenia umowy powód może domagać się wypłacenia środków faktycznie zainwestowanych pomniejszonych o naliczoną jw. opłatę administracyjną oraz o opłatę likwidacyjną.

Zgodnie z art. 805 § 1 kc przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Zgodnie zaś z art. 808 § 1 kc ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. W tej sprawie ubezpieczającym był (...) Bank S.A., zaś powód – jako klient tego Banku – uzyskał w ramach tego stosunku ubezpieczenia status ubezpieczonego, czyli osoby, która została objęta

ochroną ubezpieczeniową i na której rzecz powinno zostać spełnione świadczenie, zwłaszcza że to on w miejsce ubezpieczającego pokrywał składki na rzecz pozwanego ubezpieczyciela. Przyjęcie konstrukcji umowy ubezpieczenia oznacza jednakże, że pozwany powinien zapłacić na rzecz powoda uzgodnioną sumę. Sumą tą powinna być suma docelowa 225 000 zł, a do czasu jej osiągnięcia po upływie okresu ubezpieczenia suma kwota wpłaconych przez powoda pomniejszona o opłaty administracyjną i likwidacyjną.

Za rażąco naruszające interes powoda jako konsumenta należy uznać wyliczenie wartości jego inwestycji w wysokości zaledwie ok. 50 % w stosunku do sumy wpłaconej. Skoro inwestycja powoda była oparta o stosunek ubezpieczenia, to oznacza, że zawierała istotny element gwarancyjny. Ubezpieczenie z natury rzeczy służy bowiem stworzeniu stanu pewności albo co najmniej wysokiego prawdopodobieństwa.

W tym miejscu należy powrócić do okoliczności zawarcia umowy. Sąd nie dopatrył się po stronie powoda błędu skutkującego prawem do uchylenia się od skutków oświadczenia woli, co nie znaczy, że prezentacja powodowi oferty była rzetelna i wyczerpująca. Powód zeznał, iż został poinformowany o wysokiej efektywności tej inwestycji, zapewniony o pewności zysku, zwłaszcza z uwagi na okres inwestowania. Ubezpieczenie miało stanowić dodatkowy bonus, dodatkową gwarancję. Podał też, że nie został zapoznany z wszelkimi postanowieniami umowy, albowiem obsługująca go M. K. należała na szybkie podjęcie decyzje, motywując to ograniczeniem czasowym oferty; nadto zaś powód miał nie otrzymać wszystkich materiałów – załączników do deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. Wprawdzie w deklaracji z dnia 15.10.2010 r. powód potwierdził otrzymanie tych załączników, a także zapoznanie się z ich treścią, ale – jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 17.12.2015 r., V CSK 234/15 – nie jest to wystarczające dla ustalenia, że ubezpieczony znał ich treść.

Sąd uznał za wiarygodne i stanowiące podstawę do poczynienia stanowczych ustaleń faktycznych zeznania złożone przez powoda S. K. w zakresie okoliczności, w jakich doszło do zawarcia przez niego umowy ubezpieczenia. Nie został przeprowadzony dowód z zeznań świadka M. K.. Była ona wzywana na adres (...) Banku S.A., ale, jak wynika z informacji uzyskanej przez pracownika Sądu, nie jest ona już zatrudniona w tej placówce. Na rozprawie dnia 02.02.2016 r. pełnomocnik pozwanego został zobowiązany do wskazania adresu świadka umożliwiającego jej wezwanie i w wyznaczonym terminie tego adresu nie wskazał. Tym samym brak jest możliwości zweryfikowania wersji podanej przez powoda, co oznacza, że musi ona zostać uznana za wiarygodną. To zaś z kolei prowadzić musi do wniosku, że oferta inwestycji została powodowi przedstawiona w opisany przez niego sposób, czyli jako dająca gwarancję wysokiego zysku i jednocześnie bezpieczeństwa wpłacanych środków. Nie było przy tym mowy ani o pobieraniu drastycznie wysokich opłat likwidacyjnych ani o wypłacie na wypadek rezygnacji z umowy kwoty nieodpowiadającej sumie dokonanych wpłat, niezależnie od pobrania opłaty likwidacyjnej. Mechanizm ustalenia kwoty do wypłaty jako iloczynu jednostek uczestnictwa i jakiejś nieokreślonej w dacie zawarcia umowy wartości takiej jednostki nie został powodowi przedstawiony w sposób wyczerpujący i nie uzyskał jego akceptacji, stąd też jego zastosowanie należy uznać nie tylko za niewiążące jako nieuzgodnione, ale również za sprzeczne z zasadami współzycia społecznego.

Można dodać, że skoro w grę wchodziło ubezpieczenie, to znaczy, że powód miał prawo oczekiwać, że wynik inwestycji będzie odpowiadać co najmniej wysokości dokonanych wpłat, nawet w wypadku braku powodzenia przedsięwzięcia skutkującego spadkiem wartości środków wniesionych przez powoda. Być może powód nie uzyskałby zysku, ale z pewnością nie zakładał straty. Intencją powoda było powierzenie pozwanemu środków w celu ich powiększenia, jednakże z gwarancją zwrotu sumy wpłaconej na wypadek rezygnacji przed upływem umówionego okresu. Powód nie zainwestował swoich zasobów pieniężnych w fundusz inwestycyjny, ale zmierzał do stałego, systematycznego gromadzenia oszczędności, zwłaszcza że zawarcie umowy nastąpiło w Banku przy zapewnieniu, że oferta skierowana została do powoda jako do stałego klienta tego Banku.

Podstawą do ustalenia sumy, jakiej powód może się domagać w związku z wypowiedzeniem łączącej go z pozwanym umowy, może być wyłącznie suma wpłat uiszczonych przez powoda. To nie powód ma ponosić ryzyko inwestycyjne.

Powód zadeklarował określone wpłaty licząc na zwiększenie ich wartości, nie zaś godząc się na jej zmniejszenie i to w tak znacznym stopniu, jak by to wynikało z pism informujących o stanie zgromadzonych środków.

Do chwili wypowiedzenia umowy, tj. od 10.2010 r. do końca 08.2015 r. powód zapłacił:

- w 2010 r.:  $45\ 000\ \text{zł} + 2\ 480\ \text{zł} = 47\ 480\ \text{zł}$ ,

- w 2011 r.:  $12 \times 1\ 240\ \text{zł} = 14\ 880\ \text{zł}$ ,

- w 2012 r.:  $14\ 880\ \text{zł}$ ,

- w 2013 r.:  $14\ 880\ \text{zł}$ ,

- w 2014 r.:  $14\ 880\ \text{zł}$ ,

- w 2015 r.:  $14\ 880\ \text{zł}$

tj. łącznie:  $47\ 480\ \text{zł} + 5 \times 14\ 880\ \text{zł} = 47\ 480\ \text{zł} + 74\ 400\ \text{zł} = 121\ 880\ \text{zł}$ .

Wskazana suma  $121\ 880\ \text{zł}$  pomniejszona o  $5\ 705,22\ \text{zł}$  opłaty administracyjnej wynosi  $116\ 174,78\ \text{zł}$ .

Opłata likwidacyjna w wysokości  $10\ \%$  może zostać naliczona od sumy uiszczonej do chwili wypowiedzenia umowy, tj.:  $47\ 480\ \text{zł} + 4 \times 14\ 880\ \text{zł} + 10 \times 1\ 240\ \text{zł} = 116\ 920\ \text{zł}$  pomniejszonej o naliczoną opłatę administracyjną  $5\ 705,22\ \text{zł} = 111\ 214,78\ \text{zł}$ , z czego  $10\ \%$  wynosi  $11\ 121,48\ \text{zł}$ .

Ostatecznie do wypłaty na rzecz powoda przypadać powinno  $121\ 880\ \text{zł}$  minus  $5\ 705,22\ \text{zł}$  minus  $11\ 121,48\ \text{zł} = 105\ 053,30\ \text{zł}$ .

Powód zażądał dodatkowo odsetek za opóźnienie, których podstawę stanowi art. 481 § 1 kc.

Powód skierował do pozwanego wezwanie do zapłaty datowane na dzień 05.01.2015 r., co do którego nie wiadomo, czy został pozwanemu doręczony przed wniesieniem pozwu. Skutecznym wezwaniem do zapłaty będzie dopiero doręczenie odpisu pozwu dokonane dnia 08.09.2015 r.

Kwota objętym tym wezwaniem obejmuje:

-  $47\ 480\ \text{zł}$  – wpłacone w 2010 r.,

-  $4 \times 14\ 880\ \text{zł}$  – wpłacone w latach 2011-2014,

-  $6 \times 1\ 240\ \text{zł} = 7\ 440\ \text{zł}$  – wpłacone w roku 2015 do czerwca – pozew został wniesiony dnia 23.06.2015 r., czyli obejmował należności uiszczone do tego czasu,

tj. łącznie  $47\ 480\ \text{zł} + 59\ 520\ \text{zł} + 7\ 440\ \text{zł} = 114\ 440\ \text{zł}$ .

Opłata administracyjna od tej kwoty wynosiła:

- do końca 2014 r. -  $766,46\ \text{zł} + 956,93\ \text{zł} + 1\ 147,39\ \text{zł} + 1\ 337,86\ \text{zł}$ ,

- za okres do dnia 23.06.2015 r. -  $114\ 440\ \text{zł} \times 8/12 \times 1,28\ \% = 976,55\ \text{zł}$ ,

tj. łącznie  $5\ 185,19\ \text{zł}$ .

Zatem wezwanie do zapłaty polegające na doręczeniu odpisu pozwu skutkujące powstaniem po stronie pozwanego stanu opóźnienia dotyczyło kwoty  $114\ 440\ \text{zł}$  minus  $5\ 185,19\ \text{zł} = 109\ 254,81\ \text{zł}$ , z czego  $90\ \%$  (po potrąceniu opłaty likwidacyjnej) =  $98\ 329,33\ \text{zł}$ .

Odsetki od tej kwoty przypadają po 30 dniach od doręczenia odpisu pozwu, czyli od dnia 08.10.2015 r. Zgodnie z art. 817 § 1 kc ubezpieczyciel powinien spełnić świadczenie w terminie 30 dni od wezwania. W regulaminie dotyczącym inwestycji powoda przewidziany został termin 35 dni na wypłatę w razie rezygnacji z umowy, jednakże ogólne warunki ubezpieczenia nie mogą być dla ubezpieczonego mniej korzystne niż przepisy ustawy, w związku z czym ustalenie tego terminu jako dłuższego od terminu ustawowego należy uznać za niedopuszczalne.

Powód następnie rozszerzył żądanie pozwu pismem z dnia 08.12.2015 r., doręczonym tego samego dnia.

Kwota żądana tym drugim wezwaniem obejmuje:

- 2 x 1 240 zł za lipiec i sierpień 2015 r., czyli do dnia wypowiedzenia umowy = 2 480 zł minus opłata administracyjna (5 705, 22 zł – 5 185, 19 zł) = 2 480 zł minus 520, 03 zł = 1 959, 97 zł, z czego 90 % = 1 763, 97 zł,

- 4 x 1 240 zł za m-ce wrzesień-grudzień 2015 r. = 4 960 zł,

tj. łącznie 6 723, 97 zł.

Odsetki od tej należności przypadają powodowi:

- od należności uiszczonych w okresie związania umową, tj. od kwoty 1 763, 97 zł, po 30 dniach, tj. od dnia 08.01.2016 r.,

- od należności uiszczonych już po wypowiedzeniu umowy, czyli stanowiących świadczenie nienależne w rozumieniu art. 410 kc (powód dokonywał wpłat z zastrzeżeniem zwrotu, wobec czego może dochodzić zapłaty, mimo że świadcząc wiedział, że nie jest zobowiązany), tj. od kwoty 4 960 zł – po upływie 14 dni, czyli standardowego terminu do niezwłocznego w rozumieniu art. 455 kc spełnienia świadczenia w ramach zobowiązania bezterminowego, jakim jest zobowiązanie do zwrotu świadczenia nienależnego.

Oznaczając terminy naliczania odsetek sąd miał na względzie zmianę terminologii obowiązującą od dnia 01.01.2016 r.

W punkcie I wyroku sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda 105 053, 30 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od kwoty 98 329, 33 zł za okres od dnia 09.10.2015 r. do dnia 31.12.2015 r. oraz od kwoty 4 960 zł za okres od dnia 23.12.2015 r. do dnia 31.12.2015 r. i ustawowymi odsetkami za opóźnienie liczonymi od kwoty 98 329, 33 zł za okres od dnia 01.01.2016 r. do dnia zapłaty, od kwoty 4 960 zł od dnia 01.01.2016 r. do dnia zapłaty oraz od kwoty 1 763, 97 zł za okres od dnia 08.01.2016 r. do dnia zapłaty.

Dalej idące powództwo podlegało oddaleniu jako nieusprawiedliwione. Trzeba jednakże zwrócić uwagę, że żądanie zapłaty 3 720 zł zgłoszone podczas rozprawy dnia 05.04.2016 r. nie mogło zostać uwzględnione wyłącznie dlatego, że świadczenie to nie stało się jeszcze wymagalne. W przypadku zwrotu świadczenia nienależnego konieczne jest skierowanie do zobowiązanego wezwania do zapłaty. Standardowy termin do spełnienia świadczenia w rozumieniu art. 455 kc wynosi 14 dni. W dacie zamknięcia rozprawy, a nawet w dacie orzekania, świadczenie objęte ostatnim rozszerzeniem pozwu nie było jeszcze wymagalne, stan taki mógł powstać dopiero dnia 20.04.2015 r. (co oznacza, że nawet odroczenie ogłoszenia wyroku na maksymalny dopuszczalny termin 14 dni, czyli do dnia 19.04.2016 r., niczego by nie zmieniło). Zatem powództwo o zapłatę 3 720 zł sąd oddalił jako przedwczesne.

Wobec częściowego uwzględnienia żądania pozwu o kosztach procesu należało orzec zgodnie z wyrażoną w art. 100 kpc zasadą ich stosunkowego rozdzielenia.

Powód zażądał łącznie 114 400 zł + 7 440 zł + 3 720 zł = 125 560 zł. Zasądzona kwota 105 053, 30 zł stanowi 83, 67 % żądanej, czyli powód wygrał sprawę w 83, 67 %, pozwany zaś w 16, 33 %.

Koszty procesu po stronie powoda objęły: opłatę od pozwu – 6 278 zł, wynagrodzenie pełnomocnika ustalone zgodnie z § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie – 3

600 zł oraz opłatę skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł, tj. łącznie 9 895 zł, z czego 83, 67 % wynosi 8 279, 15 zł. Koszty procesu po stronie pozwanego objęły: wynagrodzenie pełnomocnika ustalone zgodnie z § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych – 3 600 zł oraz opłatę skarbową od pełnomocnictwa – 17 zł, tj. łącznie 3 617 zł, z czego 16, 33 % wynosi 590, 66 zł. Różnica między wskazanymi kwotami wynosi 7 688, 49 zł i przypada powodowi.

Mając powyższe okoliczności na uwadze sąd podjął rozstrzygnięcia zawarte w sentencji wyroku.