

Sygn. akt I ACa 3/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 kwietnia 2019 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie I Wydział Cywilny w składzie następującym:

Przewodniczący: SSA Marzena Konsek- Bitkowska (spr.)

Sędziowie: SA Dorota Markiewicz

SO del. Dagmara Olczak - Dąbrowska

Protokolant: Ignacy Osiński

po rozpoznaniu w dniu 10 kwietnia 2019 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa J. P.

przeciwko (...) spółce akcyjnej

z siedzibą we W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 12 października 2017 r., sygn. akt XXIV C 1090/15

I. *oddala apelację;*

II. *zasądza od (...) spółki akcyjnej z siedzibą we W. na rzecz J. P. kwotę 4050 (cztery tysiące pięćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.*

Dagmara Olczak – Dąbrowska Marzena Konsek- Bitkowska Dorota Markiewicz

Sygn. akt I ACa 3/18

UZASADNIENIE

Pozwem z 18 listopada 2015 r. J. P. wniósł o zasądzenie od (...) S.A. z siedzibą we W. kwoty 93.132 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 22 stycznia 2015 r do dnia zapłaty i kosztami procesu. Powód powołał się w szczególności na nieważność umowy z mocy prawa, jak również z uwagi na działanie powoda pod wpływem błędu.

Pozwane (...) S.A. wniosło o oddalenie powództwa i zasądzenie na jego rzecz kosztów postępowania.

Sąd Okręgowy wyrokiem z dnia 12 października 2017 r. uwzględnił powództwo w całości. Rozstrzygnięcie to zostało oparte na następujących ustaleniach faktycznych i ocenach prawnych:

J. P. był klientem (...) S.A. Pracownik tej spółki przedstawił powodowi produkt – ubezpieczenie na życie, jako korzystną formę zainwestowania zgromadzonych oszczędności, na co powód wyraził zgodę.

Certyfikat potwierdzający najistotniejsze postanowienia stosunku prawnego (ubezpieczenia) doręczono powodowi dopiero na wezwanie pełnomocnika procesowego. W Certyfikacie wskazano, że ochrona ubezpieczeniowa udzielona jest na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym Funduszem (...) (obecnie (...) S.A.) (...), zawartej w dniu 28 lutego 2011 r. pomiędzy (...) S.A. i ubezpieczającym (...) sp. z o.o. sp.k. W certyfikacie wskazano jako ubezpieczającego (...) sp. z o.o. sp.k., zaś jako ubezpieczonego J. P.. Podano daty rozpoczęcia i zakończenia okresu odpowiedzialności: 8.04.2011 r. – 8.04.2026 r., wysokość pierwszej składki na kwotę 40.500 zł, składki bieżącej na kwotę 1.224 zł oraz składki zainwestowanej na kwotę 202.500 zł. Z treści Certyfikatu wynikało ponadto, że wpłacane środki zostaną alokowane w Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym „(...)”. W certyfikacie wskazano ponadto sumę ubezpieczenia z tytułu zgonu określoną jako: „1% * składka zainwestowana + (liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia * Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu Ubezpieczonego), a także wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia do końca okresu odpowiedzialności określoną jako „100% Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia”. Ponadto określono termin płatności kolejnych składek.

Pismem z 9 grudnia 2014 r. pełnomocnik powoda złożył oświadczenie pozwanej twierdząc, że powód został wprowadzony w błąd co do charakteru produktu i istnienia ryzyk inwestycyjnych poprzez:

- a) wskazanie przez przedstawiciela pozwanej oraz (...) S.A., że w razie, gdy wartość rachunku będzie niższa niż kwota wpłaconych składek, powód może otrzymać zwrot wpłaconej składki w każdym czasie w razie rezygnacji z produktu;
- b) niepoinformowanie powoda o jakimkolwiek ryzyku, w tym ryzyku inwestycyjnym dodatkowo leżącym po jego stronie w formularzach przygotowanych przez (...) S.A. (Deklaracji i Certyfikacie) a nawet OWU.

Na podstawie ww. okoliczności i art. 86 §1 k.c. powód wskazał, że uchyła się od skutków prawnych oświadczenia woli w zakresie przystąpienia do ubezpieczenia jako złożonego pod wpływem błędu i wezwał pozwaną do zwrotu pełnej kwoty przez niego wpłaconej tytułem składek.

W odpowiedzi pozwana pismem z 22 stycznia 2015 r. poinformowała, że doradca, który oferował produkt, nie jest pracownikiem spółki, w związku z czym nie można skonfrontować wzajemnych stanowisk odnośnie do celowego wprowadzenia powoda w błąd. W ocenie pozwanej, jeżeli J. P. podpisał deklarację przystąpienia i oświadczenia w niej zawarte, to pozwana zakłada, że przed złożeniem własnoręcznego podpisu powód zapoznał się z treścią dokumentacji. Do pisma strona pozwana dołączyła komplet dokumentów w postaci warunków ubezpieczenia, tabelę opłat i limitów składek, kopie deklaracji przystąpienia oraz historię rachunku.

W oświadczeniu z 24 marca 2016 r. pozwana wskazała, że wysokość pierwszej składki wpłaconej przez powoda wynosiła 40.500 zł, wysokość łączna składki pierwszej i regularnych - 96.804 zł. Pozwana wskazała także datę przystąpienia do ubezpieczenia na dzień 23 marca 2011 r. oraz datę rezygnacji/odstąpienia na dzień 27 maja 2015 r. Zgodnie z oświadczeniem wartość rachunku na dzień umorzenia wynosiła 41.034,66 zł, a wysokość pobranej opłaty likwidacyjnej 24.620,80 zł.

Sąd Okręgowy pominął wniosek o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarium, który miał się wypowiedzieć na okoliczność prawidłowości kalkulacji pobieranych przez stronę pozwaną opłat, kosztów strony pozwanej związanych z przedterminową rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach grupowej umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) oraz wpływu tych kosztów na wysokość opłaty likwidacyjnej. Zdaniem Sądu, okoliczności dotyczące kalkulacji pobieranych przez stronę pozwaną kosztów nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy wobec zarzutów stawianych przez powoda. Ponadto strona pozwana wskazała jedynie, że opłata za wykup jest rekompensatą za poniesione przez nią koszty, nie podając przy tym nawet przybliżonej wysokości tychże kosztów, nie przedstawiając ich kalkulacji, ani materiału dowodowego. Brak było więc konkretnych

twierdzeń strony pozwanej, które miałyby zostać wykazane za pomocą wnioskowanego dowodu, jak też materiału dowodowego, który miałyby podlegać ocenie przez biegłego.

Sąd Okręgowy zważył, że powód przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej pomiędzy (...) a (...) S.A., z alokacją środków pieniężnych na ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym „(...)” Zgodnie z treścią warunków ubezpieczenia przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego. Pozwane Towarzystwo Ubezpieczeń zobowiązało się do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej na wypadek zgonu ubezpieczonego lub dożycia przez niego oznaczonego w umowie okresu odpowiedzialności. W przypadku zaistnienia jednego z tych zdarzeń ubezpieczyciel miał spełnić określone w umowie świadczenie ubezpieczeniowe. W warunkach ubezpieczenia określono sposób obliczenia świadczenia. Jednocześnie celem ubezpieczenia miało być gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Obowiązkiem ubezpieczonego było opłacanie składek - pierwszej i bieżących, za które strona pozwana, po pomniejszeniu ich o opłatę administracyjną, nabywała jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym.

Zgodnie z dyspozycją art. 805 k.c. 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. Świadczenie ubezpieczyciela polega na zapłacie określonego odszkodowania lub umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest więc umową o charakterze mieszanym, zawierającą elementy umowy ubezpieczenia i elementy umowy inwestycyjnej. Możliwość takiej konstrukcji umowy przewiduje wprost art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej (obowiązującej w dacie przystąpienia przez powoda do umowy), a zatem zawieranie umów o ubezpieczenie wraz z lokowaniem składek w jednostki uczestnictwa jest dopuszczalne w świetle treści art. 353¹ k.c., zgodnie z którym strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie, ani zasadom współżycia społecznego.

Ukształtowanie stosunku obligacyjnego w taki sposób, że jego treść lub cel pozostają w sprzeczności z ustawą, z zasadami współżycia społecznego lub właściwością zobowiązania, wywołuje skutki określone w art. 58 k.c. Przekroczenie granic swobody umów oznacza nieważność umowy, a jeżeli przekroczenie zakresu kompetencji podmiotu dotyczyło tylko części umowy, wówczas czynność jest ważna w pozostałej części, chyba że bez postanowień dotkniętych nieważnością umowa nie zostałaby dokonana.

Sąd Okręgowy wskazał, że w niniejszej sprawie zarzuty dotyczące obejścia prawa oraz sprzeczności z ustawą skutkują uznaniem umowy za bezwzględnie nieważną.

Powód podnosił między innymi zarzut niedoręczenia mu umowy oraz wszelkich dokumentów z nią związanych. Zgodnie z art. 809 § 1 k.c., ubezpieczyciel zobowiązany jest potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia. W razie wątpliwości umowę uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia. Zawarcie umowy ubezpieczenia nie wymaga żadnej szczególnej formy i dochodzi ona do skutku przez zgodne oświadczenia stron. Zdaniem Sądu Okręgowego, nie ulega jednak wątpliwości, że w sprawie znajdzie zastosowanie art. 384 k.c., zgodnie z którym, ustalony przez jedną stronę wzorec umowy, w szczególności ogólne warunki umowy wiążą drugą stronę, jeżeli zostały jej doręczone przed zawarciem umowy. Przepis art. 384 § 2 k.c. stanowi, że w razie, gdy posługiwanie się wzorcem jest w stosunkach danego rodzaju zwyczajowo przyjęte, wiąże on także wtedy, gdy druga strona mogła się z łatwością dowiedzieć o jego treści. Nie dotyczy to jednak umów zawieranych z udziałem konsumentów, z wyjątkiem umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego.

Przedłożone do akt ogólne warunki ubezpieczenia (...) bezsprzecznie są wzorcem umownym, zaś powód zawierał umowę jako konsument. Strona pozwana sama nie zaprzeczała, że nie doręczyła powodowi jakichkolwiek dokumentów. Z ustalonego w sprawie stanu faktycznego wynika, że ww. dokumenty zostały doręczone powodowi dopiero po złożeniu przez niego oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli złożonego pod

wpływem błędu. W związku z powyższym nieuprawnione jest twierdzenie, że powód złożył oświadczenie o związaniu go postanowieniami wynikającymi z ogólnych warunków ubezpieczenia (...), regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...), tabeli opłat i limitów, w sytuacji, gdy takich dokumentów nie otrzymał przed zawarciem umowy.

Wobec treści art. 384 k.c., powoda nie wiążą warunki ubezpieczenia, regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, jak też tabela opłat i limitów. Jedynym dokumentem, z którego wynika treść umowy, jest zatem certyfikat z 8 kwietnia 2011 r. W tej sytuacji, kluczową kwestią było ustalenie czy z przedmiotowego certyfikatu, wynikają essentialia negotii grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...).

Ubezpieczenie na życie lub dożycie powiązane z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym ma charakter ochronno-inwestycyjny, 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. Składnikiem przedmiotowo-istotnym takiej umowy jest składka, której wysokość została ustalona w certyfikacie oraz świadczenie, do którego spełnienia zobowiązany był pozwany w przypadku zaistnienia zdarzenia przewidzianego w umowie. W certyfikacie wskazano dwa takie zdarzenia: zgon osoby ubezpieczonej oraz dożycie ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności. W certyfikacie określono również świadczenie, sumę ubezpieczenia w odniesieniu do wartości rachunków w dacie umorzenia. Tak określoną w certyfikacie sumę ubezpieczenia bez powiązania z warunkami ubezpieczenia (...), które powoda nie wiążą, nie pozwala na ustalenie wartości tych świadczeń w chwili zaistnienia wypadków wskazanych w certyfikacie, a co za tym idzie, w chwili potencjalnej wymagalności świadczeń umownych. W certyfikacie brak jest wzoru, na podstawie, którego może zostać wyliczona wartość rachunku w dacie umorzenia. Takie wzory znajdują się bowiem w warunkach ubezpieczenia (...), które powoda nie wiążą. Z certyfikatu nie sposób również ustalić w jakiej części składka opłacana przez powoda przeznaczona była na ubezpieczenie, a w jakiej części na nabycie jednostek uczestnictwa funduszu. W szczególności certyfikat nie określa wysokości opłaty administracyjnej i związanej z nią opłaty za ryzyko.

Strony zatem, de facto, nie określiły świadczenia, do którego zapłaty była zobowiązana strona pozwana w razie zaistnienia zdarzeń ubezpieczeniowych, gdyż wysokość tego świadczenia jest niemożliwa do ustalenia, w sytuacji zaistnienia zdarzenia określonego w certyfikacie. Ponadto określenie składki w umowie mieszanej z elementem inwestycyjnym i ubezpieczeniowym bez wskazania, która z jej części przeznaczona jest na ubezpieczenia, a która na element inwestycyjny umowy, jest równoznaczna z brakiem elementów przedmiotowo istotnych umowy. Mając na uwadze powyższe Sąd uznał, że umowa zawarta pomiędzy stronami, jako niezawierająca elementów przedmiotowo istotnych oraz sprzeczna z regulacją ustawową o charakterze bezwzględnie obowiązującym jest nieważna.

Sankcja nieważności przewidziana w art. 58 k.c. może dotyczyć umowy lub tylko niektórych jej postanowień. Dla utrzymania pozostałej części czynności prawnej w mocy konieczne jest, aby ważne postanowienia obejmowały co najmniej jej minimalną treść. Essentialia negotii rozumiane jako cechy konstruktywne danego typu czynności prawnej, w odniesieniu do typowych czynności prawnych, określają tę właśnie minimalną treść. Ich brak powoduje nieważność umowy w całości.

Mając na uwadze nieważność umowy, powód mógł domagać się zwrotu od strony pozwanej dochodzonej pozwem kwoty jako świadczenia nienależnego zgodnie z art. 410 k.c.

Strona pozwana wskazywała, że powód, który przystąpił do umowy ubezpieczenia grupowego zawartej pomiędzy pozwanym Towarzystwem jako ubezpieczycielem a (...) S.A. jako ubezpieczającym, nie był stroną tej umowy, natomiast był podmiotem, na rzecz którego miało być spełnione oznaczone w umowie świadczenie w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Powód podnosił natomiast zarzut wadliwości konstrukcji umowy poprzez wskazanie go w umowie jako wyłącznie ubezpieczonego.

Z treści doręczonego powodowi certyfikatu wynika, iż został on objęty ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie. Kwestię ubezpieczenia na cudzy rachunek reguluje art. 808 k.c. Zgodnie z tym przepisem, ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nawet nie być imiennie wskazany w takiej umowie chyba, że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Zgodnie z § 2 tego przepisu, roszczenie o zapłatę składki, przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Zgodnie z § 3 ubezpieczony jest natomiast uprawniony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba, że strony uzgodniły inaczej, jednakże uzgodnienie takie nie może być dokonane, jeżeli wypadek już zaistniał.

Z treści art. 808 k.c. wynika, że w umowie tej ubezpieczony zostaje cudzy interes majątkowy lub niemajątkowy, a ochrona ubezpieczeniowa świadczona jest na rzecz osoby ubezpieczonej. Stronami zawartej umowy są zatem ubezpieczyciel i ubezpieczający, zaś ubezpieczony jest osobą trzecią, na rzecz której ma być spełnione świadczenie. Należy podkreślić, że nawet w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek przepisy art. 808 § 2 i art. 805 § 1 k.c. nie sprzeciwiają się przeniesieniu ciężaru opłacenia składek na ubezpieczonego, niebędącego stroną umowy ubezpieczenia.

Zdaniem Sądu Okręgowego umowa była także nieważna z tego powodu, że treść tej umowy była sprzeczna z właściwością stosunku zobowiązaniowego, jakim jest umowa ubezpieczenia oraz zasadami współzycia społecznego (art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 k.c.). Takie ukształtowanie stosunku prawnego, które przenosi na ubezpieczonego wszystkie obowiązki ubezpieczającego nie dając mu żadnych uprawnień poza żądaniem świadczenia jest sprzeczne z istotą stosunku zobowiązaniowego. Godzi w zasadę równości stron oraz uczciwego obrotu oraz zasadę działania w dobrej wierze.

Zarzut braku legitymacji biernej pozwanej również był nieuzasadniony, gdyż to pozwana uzyskała od powoda środki pieniężne w wyniku nieważnej umowy.

O odsetkach Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 481 k.c. w zw. z art. 455 k.c. Strona powodowa domagała się zasądzenia odsetek od 22 stycznia 2015 r., to jest od dnia, w którym pozwana odmówiła wypłaty należnego powodowi świadczenia. O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c.

Apelację od powyższego wyroku wniosła strona pozwana zaskarżając wyrok w całości. Zaskarżonemu wyrokowi pozwana zarzuciła:

1. nieważność postępowania w związku z naruszeniem prawa procesowego tj. art. 379 pkt. 5 k.p.c. poprzez uznanie nieważności grupowej umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) bez wezwania do udziału w sprawie innych ubezpieczonych oraz uposażonych na podstawie tej umowy,

1. nierozpoznanie istoty sprawy poprzez:

- a) brak rozważenia okoliczności, iż wysokość świadczeń z umowy ubezpieczenia jest oparta o wynik inwestycyjny instrumentu pochodnego (instrumentu finansowego uregulowanego przez właściwe przepisy prawa), który jest ogólnie dostępny w obrocie gospodarczym, tj. obligacji, a metoda wyceny instrumentu pochodnego w oparciu o wartości rynkowe i wartość godziwą jest uregulowana przez przepisy prawa, i tym samym przedmiotowa umowa zawiera postanowienia dotyczące sposobu ustalania świadczeń, sposobu ustalania wartości wykupu umowy ubezpieczenia, zasady i terminy wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,

- a) brak weryfikacji, czy metoda wyceny jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz metoda wyceny instrumentu finansowego stanowiącego aktywo ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ((...)) jest zgodna z przepisami prawa, tj. ustawą z 29 września 1994 r. o rachunkowości, Rozporządzeniem Ministra Finansów z 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i reasekuracji i Rozporządzeniem Ministra Finansów z 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych, w szczególności czy metoda wyceny

jest „powszechnie uznana za poprawną” i pozwala na ustalenie tzw. wartości godziwej jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym i instrumentu finansowego w rozumieniu wskazanych wyżej aktów prawnych,

b) brak dopuszczenia przez Sąd I instancji z urzędu dowodu z opinii biegłych sądowych, podczas gdy podjęte przez Sąd z urzędu badanie okoliczności, które legły u podstaw stwierdzenia nieważności stosunku ubezpieczenia wymagało posiadania wiadomości specjalnych, w szczególności z zakresu ubezpieczeń i inwestycji, w tym z zakresu tzw. pochodnych instrumentów finansowych i tzw. produktów strukturyzowanych,

c) brak rozważenia okoliczności, iż cel funduszu w postaci ochrony wartości Składki Zainwestowanej, miał być możliwy do realizacji na koniec okresu ubezpieczenia, a nie w każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz, iż w produkcie zastosowano mechanizm tzw. dźwigni finansowej / lewarowania, który miał wpływ na zwiększenie wahań wartości jednostki funduszu w trakcie trwania okresu ubezpieczenia,

2. naruszenie art. 6 k.c. w związku z art. 217 § 1 k.p.c. w zw. z art. 233 § 1 k.p.c. poprzez uznanie, iż powód udowodnił, że pozwany dokonuje wyceny instrumentu finansowego stanowiącego aktywo UFK w sposób arbitralny i ogólnikowy oraz również oparcie ustaleń faktycznych w sprawie wyłącznie na twierdzeniach samego powoda, którym pozwany zaprzeczył, a które nie zostały poparte żadnymi dowodami,

3. naruszenie art. 233 § 1 KPC przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie, w tym uznanie:

a) iż pozwany w sposób arbitralny, ogólnikowy i nieprecyzyjny uregulował postanowienia umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) dotyczące wyceny jednostek uczestnictwa oraz ustalał wartość instrumentu finansowego stanowiącego aktywo UFK, co doprowadziło do uznania, iż pozwany w sposób arbitralny ustala wysokość świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia i ubezpieczony nie wie, jaka jest wysokość świadczeń z tytułu ubezpieczenia, podczas gdy ze zgromadzonego materiału dowodowego powyższe nie wynika, a nadto poczynienie takich ustaleń wymaga posiadania wiadomości specjalnych,

b) umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) jest niezgodna z przepisami prawa,

b) strony nie określiły świadczenia, do którego strona pozwana była zobowiązana w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy tymczasem zarówno w Certyfikacie i w Deklaracji Przystąpienia wyraźnie wskazano, iż Świadczenie z tytułu śmierci wynosi $1\% \cdot \text{Składka Zainwestowana} + \text{liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia} \cdot \text{Wartość Jednostki Uczestnictwa w dacie zgonu Ubezpieczonego}$ i Świadczenie z tytułu dożycia wynosi $100\% \cdot \text{Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia}$, zaś wysokość Składki Zainwestowanej jest wskazana kwotowo w Deklaracji Przystąpienia i w Certyfikacie, co oznacza, iż jest możliwe ustalenie wartości świadczeń z umowy ubezpieczenia,

b) zgodnie z prawem jest konieczność wskazania w umowie ubezpieczenia, jaka część składki jest przeznaczona na inwestycję a jaka na ochronę i brak jest tego wskazania w umowie ubezpieczenia, gdy tymczasem w Warunkach Ubezpieczenia (Rozdział 5 pkt 10 i 11) wskazuje, iż całość składki jest przeznaczany na nabycie Jednostek Uczestnictwa, nadto zgodnie z Rozdziałem 8 punkt 1 i 5 wskazane jest, iż na ryzyko ubezpieczeniowe jest przeznaczana opłata za ryzyko stanowiąca część opłaty za zarządzenie.

5. naruszenie art. 233 § 1 KPC w zw. z art. 278 § 1 KPC, poprzez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego sądowego aktuarium, pomimo kwestionowania przez powoda sposobu wyceny jednostek w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym oraz wyceny instrumentu finansowego, w który inwestowane były środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,

5. naruszenie art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 k.c. poprzez ich błędne zastosowanie i stwierdzenie nieważności stosunku zobowiązaniowego nawiązanego pomiędzy powodem i pozwanym;

7. naruszenie art. 13 ust. 4 ustawy z 22 maja 2003 o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego błędne zastosowanie polegające na stwierdzeniu, iż niejasne i nieprecyzyjne uregulowanie w Regulaminie Funduszy zasad wyceny jednostek powoduje nieważność umowy, gdy tymczasem takiej sankcji w żadnym przepisie ustawy nie ma, a przepis ten reguluje wyłącznie zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do zamieszczenia w umowie ubezpieczenia określonych postanowień umownych.

Dodatkowo na ostatniej stronie uzasadnienia apelacji sformułowany został zarzut naruszenia art. 808 § 4 k.c.

W oparciu o powyższe zarzuty pozwany wniósł o uchylenie orzeczenia w całości i przekazanie do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji, ewentualnie zmianę zaskarżonego wyroku, poprzez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na rzecz pozwanego od powoda kosztów postępowania za obie instancje.

W odpowiedzi na apelację powód wniósł o oddalenie apelacji w całości, zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kosztów postępowania apelacyjnego.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

Całkowicie bezpodstawny jest zarzut nieważności postępowania. Podnosząc ten zarzut pozwany zdaje się nie dostrzegać zasadniczej różnicy między sprawą o ustalenie nieważności czynności prawnej, w której zachodzi współuczestnictwo konieczne stron umowy i którą - w razie dowiedzenia racji przez stronę powodową - kończy wyrok ustalający w sentencji nieważność czynności prawnej, od sprawy o zapłatę, w której kwestia ważności czynności prawnej badana jest jako przesłanka rozstrzygnięcia.

Sprawa o zwrot nienależnego świadczenia toczy się zawsze między zubożonym a bezpodstawnie wzbogaconym i nie ma żadnych podstaw prawnych, aby wprowadzać do takiego postępowania podmioty trzecie, np. inne zubożone kosztem pozwanego strony umowy, jako współuczestników koniecznych. Nie ma postaw prawnych pogląd pozwanego, że w przypadku, gdy nienależne świadczenie zostało spełnione w związku z nieważną wielostronną umową, stronami procesu o zapłatę powinny być wszystkie podmioty które tę umowę zawarły lub do niej przystąpiły, w szczególności inni ubezpieczeni, którzy doznali zubożenia spełniając świadczenia w ramach tej samej umowy grupowego ubezpieczenia. Każdy z ubezpieczonych ma w takim przypadku swoje własne roszczenie, które może realizować samodzielnie przeciwko podmiotowi wzbogaconemu.

Pozwany nie zauważa ponadto, że na nieważność polegającą na pozbawieniu strony możliwości obrony swoich praw może co do zasady powołać się strona, która została takiej możliwości pozbawiona. Zarzut taki wymaga wykazania, że to podmiot, który go zgłasza, został pozbawiony możliwości obrony swoich praw. Pozwana spółka tymczasem powołuje się na rzekome uprawnienia osób trzecich do wzięcia udziału w tym postępowaniu, a nie na uchybienia Sądu I instancji skutkujące pozbawieniem pozwanej jej uprawnień procesowych. Pozwana brała zresztą udział w całym postępowaniu, nie może więc być mowy o pozbawieniu jej prawa do obrony.

Nietrafny jest również zarzut nierozpoznania istoty sprawy. Strona powodowa powoływała się w pierwszej kolejności na nieważność umowy z powodu jej sprzeczności z prawem i z uwagi na brak elementów przedmiotowo istotnych (essentialia negotii); dodatkowo powoływała się na błąd. Sąd Okręgowy dokonał ustaleń faktycznych, na podstawie których uznał, że zarzut bezwzględnej nieważności umowy jest trafny, a stanowisko to szczegółowo uzasadnił. Ustalenia te były wystarczające do rozstrzygnięcia sprawy. W takim przypadku Sąd zwolniony był od badania przesłanek nieważności względnej wynikającej z zawarcia umowy pod wpływem błędu.

Nie ma racji pozwany, że konieczne było powołanie przez Sąd z urzędu opinii biegłego. Przeciwnie, wyłącznie Sąd mógł dokonać oceny prawnej ustalonego stanu faktycznego w zakresie ważności umowy. Jednocześnie zakres zarzutów powoda i dokonane ustalenia faktyczne nie dawały żadnych podstaw do tego, aby prowadzić dalsze postępowanie dowodowe przez weryfikację metody wyceny. Nie można także dopatrzeć się uzasadnienia dla zarzutu nierozpoznania istoty sprawy w braku rozważenia okoliczności oparcia wyceny świadczeń o wynik inwestycyjny instrumentu pochodnego, skoro Sąd I instancji wyraźnie wskazał, że wobec niedoręczenia powodowi w momencie zawierania umowy ogólnych warunków umów oraz regulaminu, te dokumenty nie wiążą powoda, zaś deklaracja i certyfikat nie pozwalają ustalić wysokości świadczenia ubezpieczeniowego, do którego zobowiązał się pozwany.

Cel funduszu i kwestia zastosowania tzw. lewarowania jest w tej sprawie bez znaczenia wobec ustaleń Sądu Okręgowego co do zawarcia umowy niezawierającej elementów przedmiotowo istotnych z uwagi na niedostarczenie konsumentowi ogólnych warunków umów oraz regulaminu.

Nie zasługuje na uwzględnienie zarzut naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. w zw. z art. 278 § 1 k.p.c. przez oddalenie wniosku o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza. Dowód ten zgłoszony został przez pozwanego na okoliczności, które nie mogły mieć znaczenia, w sytuacji ustalenia nieważności umowy. Nadto, Sąd Okręgowy słusznie zauważył, że twierdzenia pozwanego co do kosztów obsługi umowy były nader ogólne i nieoparte materiałem dowodowym wskazującym na wysokość wydatków pozwanej, a dopiero takie konkretne twierdzenia i dowody z dokumentów (umów z (...), faktur potwierdzających płatności) mogłyby być przedmiotem oceny przez biegłego.

W tej sytuacji nie zasługiwał zatem na uwzględnienie wniosek pozwanej zgłoszony w trybie art. 380 k.p.c.

Nie są trafne zarzuty naruszenia art. 233 § 1 k.p.c., które miałyby skutkować błędnymi ustaleniami faktycznymi.

Zarzucając Sądowi Okręgowemu błędne ustalenie, że strony nie określiły świadczenia strony pozwanej w razie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, pozwana argumentuje, że wysokość tzw. składki zainwestowanej jest wskazana kwotowo w deklaracji przystąpienia oraz certyfikacie, co w jej przekonaniu oznacza, że jest możliwe ustalenie świadczeń zakładu ubezpieczeń z umowy ubezpieczenia. Należy jednak podkreślić, że wysokość tzw. stawki zainwestowanej nie jest wystarczająca do wyliczenia któregośkolwiek z dwóch konkurencyjnych świadczeń pozwanej (z tytułu zgonu, z tytułu dożycia).

Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu powoda obliczana jest według wzoru, który wymaga ustalenia nie tylko wartości składki zainwestowanej, ale również liczby i wartości jednostek uczestnictwa funduszu w dacie zgonu ubezpieczonego. Deklaracja ani certyfikat nie zawierają przy tym żadnych wskazań, które pozwalałyby ustalić, jak obliczyć właściwą liczbę jednostek uczestnictwa funduszu oraz ich wartość. Słusznie zatem Sąd Okręgowy wskazuje, że nie zostało określone świadczenie pieniężne, które zobowiązała się spełnić strona pozwana w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci zgonu ubezpieczonego. Nie można również ustalić minimalnego świadczenia pozwanej z tytułu dożycia (sprowadzającego się do ochrony części wpłat zdefiniowanych jako składka zainwestowana), podkreślić bowiem trzeba, że z żadnego z tych dwóch dokumentów nie wynika, aby w przypadku dożycia chroniona była chociaż część kapitału wpłaconego przez powoda określana jako składka zainwestowana; takie postanowienia zawarte są dopiero w niedoręczonym powodowi wzorcu umownym. Nie wiadomo też, jak liczyć pełne świadczenie z tytułu dożycia, gdyby jednak finalnie produkt oferowany przez pozwaną przyniósł jakikolwiek zysk.

Stawiając zarzut dotyczący wadliwego ustalenia, że pozwany uregulował postanowienia dotyczące wyceny jednostek uczestnictwa w sposób arbitralny, ogólnikowy i nieprecyzyjny, strona pozwana nie dostrzega, że jakiegokolwiek regulacje w tym zakresie zawarte były w o.w.u. i regulaminie (...), tymczasem Sąd Okręgowy ustalił, że żaden z tych dwóch dokumentów nie został doręczony powodowi przed zawarciem umowy. Pozwana nie kwestionowała przed Sądem Okręgowym faktu niedoręczenia powodowi wzorca umownego (na który w przypadku omawianej umowy składają się warunki ubezpieczenia, ww. regulamin oraz tabela opłat i limitów składek), nie podniosła też takiego zarzutu w apelacji. Niewątpliwie zaś deklaracja przystąpienia, będąca jedynym dokumentem doręczonym powodowi na etapie przystępowania przez niego do umowy, podobnie jak i sporządzony później certyfikat, nie zawierają wskazań, które

pozwalają choć orientacyjnie ustalić wysokość świadczenia pozwanej na wypadek zgonu ubezpieczonego oraz na wypadek dożycia.

Pozostałe dwa zarzuty dotyczące naruszenia art. 233 § 1 k.p.c. zawarte w pkt. 4 b i d apelacji zostały przez stronę pozwaną wadliwie zakwalifikowane. Ocena zgodności umowy z prawem, a także kwestia wymogów prawnych (lub ich braku) co do wyodrębnienia w takim typie umowy składki ubezpieczeniowej i składki inwestycyjnej, nie mieści się w ogóle w pojęciu ustaleń faktycznych i oceny materiału dowodowego. Ma ona walor oceny ściśle prawnej, a więc pozwana powinna w tym zakresie sformułować zarzuty naruszenia przepisów prawa materialnego, które jej zdaniem zostały błędnie wyłożone lub błędnie zastosowane, albo pominięte.

Pozwana załączyła także do apelacji kopie kilku publikacji (w tym poradnik inwestora i artykuł prasowy zatytułowany „Pieniądze do pracy”), prywatną analizę ekonomiczną oraz prywatne opinie prawne, na poparcie swojego stanowiska. Pozwana jednak nie wyjaśniła w apelacji, które z tez przyjętych w załączonych kopiach powołuje w tej sprawie jako jej własne stanowisko co do wykładni prawa w odniesieniu do konkretnej umowy objętej stanem faktycznym tej sprawy. Zapoznawszy się z treścią tych kopii Sąd Apelacyjny nie dostrzegł w nich żadnych argumentów, które skutecznie podważyłyby stanowisko prawne Sądu I instancji wyrażone w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

Odnosząc się do zarzutów naruszenia przepisów prawa materialnego, należy w pierwszej kolejności podkreślić, że Sąd I instancji wyraźnie wskazał, że przyczyną uznania przez niego nieważności umowy jest stwierdzenie, że w umowie (której treść między stronami reguluje wyłącznie deklaracja i certyfikat, wobec niedoręczenia powodowi wzorca umownego przed zawarciem umowy) nie występują essentialia negotii umowy ubezpieczenia na życie i dożycie. Nie jest bowiem określone świadczenie pozwanej w razie zajścia tych dwóch wypadków ubezpieczeniowych. Oznacza to, że nie sposób ustalić zakresu odpowiedzialności ubezpieczeniowej (sumy ubezpieczenia ani sposobu naliczania świadczeń w razie wystąpienia zdarzenia rodzącego obowiązek ich wypłacenia). Na marginesie trzeba dodać, pamiętając o mieszanym ochronno-inwestycyjnym charakterze umowy, że te dwa dokumenty samodzielnie nie pozwalają też ustalić minimum umownego odnośnie do zobowiązań pozwanej w zakresie zarządzania powierzonymi jej przez powoda środkami pieniężnymi.

Niezależnie od mieszanego charakteru umowy, której istoty nie wyczerpują tylko aspekty ubezpieczeniowe, gdyż obecny jest także silny charakter inwestycyjny, należy zgodzić się z Sądem I instancji, że umowa ta wymaga dla swojej ważności określenia świadczenia należnego od ubezpieczyciela w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego (art. 805). Wzór zastosowany przez pozwaną, który odnosi się do wartości jednostek obliczanej przez samą pozwaną według nieujawnionych w deklaracji zasad, uzasadnia stanowisko Sądu I instancji, że nie zostało określone świadczenie strony pozwanej, która mogłaby arbitralnie wyceniać jednostki funduszu, gdyż deklaracja (a w ślad za nią także certyfikat następnie doręczony powodowi) nie określa żadnych zasad tej wyceny.

Sąd Apelacyjny podziela zatem ocenę Sądu I instancji, że nie doszło do nawiązania umownego stosunku prawnego między stronami. Przypomnieć bowiem trzeba, że dla zawarcia ważnej umowy konieczne są zgodne oświadczenia woli obu stron, zawierające co najmniej ustalenia obejmujące essentialia negotii. Umowa pozbawiona takiego minimum postanowień jest nieważna, tj. nie nakłada prawnie wiążących obowiązków na żadną ze stron umowy.

W tym miejscu odnieść się należy do zarzutu naruszenia art. 808 § 4 k.c. i argumentacji strony pozwanej zmierzającej do wykazania, że powód mógł być traktowany jedynie jako ubezpieczony (który przystąpił do umowy ubezpieczenia grupowego), co ogranicza jego uprawnienia. Powód określony został bez wątpliwości jako ubezpieczony. Rozważyć jednak należy nie tylko zastosowane nazewnictwo, lecz trzeba zbadać rzeczywisty zakres obowiązków i praw ubezpieczającego ((...)) i ubezpieczonego, zakres obowiązków ubezpieczającego wobec pozwanego i wobec ubezpieczonych. Istotne znaczenie ma to, kto ponosi rzeczywiście ciężar opłacania składki, a także czy pozwana świadczyła wynagrodzenie na rzecz (...) w związku z realizacją umowy. O kwalifikacji prawnej umowy a także o pozycji prawnej występujących w niej podmiotów nie decyduje bowiem użyta terminologia lecz treść umowy oraz zakres obowiązków i uprawnień podmiotów (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 8 stycznia 2015 r., I ACA 762/14, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 12 stycznia 2018 r., II CSK 222/17).

Niewątpliwie w tej sprawie do powoda należała nie tylko decyzja, czy skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej (na marginesie – ochrony iluzorycznej, co będzie omówione poniżej) i oferty inwestycyjnej pozwanego. To powód, a nie ubezpieczający, decydował o przystąpieniu do umowy, od jego woli zależało określenie wysokości składki pierwszej i składki zainwestowanej, wyznaczając wysokość wszystkich zobowiązań finansowych wobec pozwanej. Wyłącznie powoda obciążał obowiązek zapłaty składki, także wyłącznie na nim ryzyko inwestycyjne. W żadnym stopniu ryzyka takiego nie ponosił ubezpieczający. Pozwana nie przedstawiła wprawdzie umowy zawartej z (...), nie twierdziła jednak nigdy, aby ta spółka spełniała osobiście jakiegokolwiek świadczenia na rzecz pozwanej. Co więcej, pozwana przyznała, że (...) otrzymywało wynagrodzenie za czynności, w wyniku których ubezpieczeni przystępowali do umowy. Uwagę zwraca także brak jakichkolwiek wspólnych interesów ubezpieczającego i ubezpieczonych. To oznacza, że faktycznie rola (...) była zbliżona do roli pośrednika, agenta pozwanej (choć ukryta pod postacią umowy ubezpieczenia grupowego), za pomocą którego pozwana oferowała swój produkt konsumentom.

Szkodliwe dla konsumentów praktyki zakładów ubezpieczeń w zakresie oferty umów ubezpieczenia grupowego doprowadziły do wydania w 2014 r. wytycznych KNF dla zakładów ubezpieczeń dotyczących dystrybucji ubezpieczeń (Dz.Urz. KNF 2014 r., poz. 13), a ustawodawca ostatecznie zareagował na te działania wprowadzając stosowne postanowienia do art. 18 i 19 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz. U. 2017/1170 ze zm.). Art. 19 tej ustawy wprowadza wyraźny obowiązek doręczenia ogólnych warunków ubezpieczenia ubezpieczonemu w takich stanach faktycznych, jak będący przedmiotem oceny w niniejszym postępowaniu.

W tej sprawie umowa zawarta została w 2011 r., zatem powyższa ustawa nie ma do niej zastosowania. Nie oznacza to jednak, że powód był związany treścią niedoręzonego mu wzorca umownego.

Powód niewątpliwie jest w badanym stosunku prawnym konsumentem (por. wyrok SN z dnia 17 grudnia 2015 r., V CSK 234/15). W wyroku z 8 stycznia 2015 r., I ACa 762/14, tutejszy Sąd Apelacyjny wskazywał na potrzebę wykładni przepisów regulujących obowiązek doręczania wzorca umownego w sposób gwarantujący należytą ochronę ubezpieczonemu konsumentowi, który samodzielnie podejmuje decyzję o ubezpieczeniu, ponosząc w całości koszt tej umowy. Stanowisko to podzielił także Sąd Najwyższy w przywołanych wyżej wyrokach w sprawach V CSK 234/15 i II CSK 222/17. Sąd Najwyższy uznał, że należy stosować analogię do art. 384 § 1 i 2 k.c., z odwołaniem się do art. 76 Konstytucji RP, co pozwala zapewnić ubezpieczonemu konsumentowi – w zakresie zapoznania się z ogólnymi warunkami umowy – ochronę odpowiadającą sytuacji konsumenta zawierającego samodzielnie umowę ubezpieczenia. Jak wskazał Sąd Najwyższy, ze zwiększonym ryzykiem po stronie konsumenta, wynikającym ze sposobu prowadzenia działalności przez zakład ubezpieczeń, powinien korespondować wyższy standard ochrony w zestawieniu z typową umową ubezpieczenia zawieraną na cudzy rachunek. Nie jest przy tym istotne, na kim (zakładzie ubezpieczeń czy ubezpieczającym) spoczywa w tym przypadku obowiązek doręczenia wzorca konsumentowi, lecz istotna jest sama konieczność doręczenia, w celu umożliwienia konsumentowi podjęcia decyzji o skorzystaniu z ochrony ubezpieczeniowej przy znajomości rzeczywistego jej zakresu.

Powyższe stwierdzenia odnoszą się w całości także do umowy ubezpieczenia grupowego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, która od zwykłej umowy ubezpieczenia różni się znacznie wyższym poziomem składek oraz tym, że na konsumencie spoczywa istotne ryzyko inwestycyjne, bowiem to wpłacone przez niego (a nie ubezpieczającego) środki będą zagrożone w przypadku niepowodzenia działań inwestycyjnych strony pozwanej. Zarzut naruszenia art. 808 § 4 k.c. był zatem bezpodstawny, Sąd Okręgowy słusznie przyjął, że powód powinien był przed zawarciem umowy otrzymać o.w.u., regulamin i tabele opłat, a skoro ich nie otrzymał, to nie wiążą go zawarte w tych dokumentach postanowienia.

Wobec powyższego nie można także podzielić zarzutu naruszenia art. 58 k.c. i 353¹ k.c. W świetle jednoznacznej treści art. 384 § 1 k.c. nie powinno budzić żadnych wątpliwości stwierdzenie, że jeżeli wzorec umowny nie został konsumentowi doręczony, a zawierał essentialia negotii, umowa musi być traktowana jako niezawarta. Pozwana przy tym nie zakwestionowała oceny Sądu Okręgowego, że to w niedoręczonym wzorcu umownym znajdowały

się postanowienia określające również essentialia negotii. Chodzi tu przede wszystkim o postanowienia warunków umowy regulujące główne świadczenia pozwanego z umowy ubezpieczenia na życie i dożycie, ale także zobowiązania pozwanego w zakresie zarządzania środkami (inwestowania) w ramach ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, których treść nie jest możliwa do ustalenia na podstawie samej deklaracji przystąpienia oraz certyfikatu. Niewątpliwie zaś w tego rodzaju umowie, mającej charakter umowy mieszanej, essentialia negotii objąć powinny zasadnicze elementy obu typów stosunków prawnych składających się na tę umowę. Brak elementów przedmiotowo istotnych umowy oznacza jej nieważność.

Na aprobatę nie zasługiwały również pozostałe zarzuty strony pozwanej. Zarzut naruszenia art. 13 ust. ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej zdaje się mieć przy tym źródło w niezrozumieniu przez stronę pozwaną, czym są essentialia negotii i jaki jest wpływ braku elementów przedmiotowo istotnych składników umowy na jej ważność.

Sąd Okręgowy słusznie także uznał, że w elemencie ubezpieczeniowym umowa nie realizuje celu zgodnego z ustawą. Zasadniczą cechą umów ubezpieczenia jest bowiem spoczywające na zakładzie ryzyko ubezpieczeniowe, które wyraża się w obowiązku zapłaty świadczenia przewyższającego opłaconą przez ubezpieczającego składkę - w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. Ubezpieczający (lub w tym przypadku ubezpieczony) zawsze wpłaca składkę, natomiast zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do wypłaty swojego świadczenia wyłącznie w przypadku zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, świadczenie to jest jednak wyższe od składki pobranej od ubezpieczającego. Na tym polega istota ochrony ubezpieczeniowej. Tymczasem gdy przeanalizuje się wzór na wyliczenie świadczenia na wypadek zgonu, to okaże się, że pozwany nie ponosi żadnego ryzyka w tym zakresie. Świadczenie na wypadek zgonu jest sumą dwóch elementów. Element stały tego świadczenia stanowi 1% od tzw. sumy zainwestowanej (która notabene nie stanowi sumy wszystkich wpłat, lecz jest pomniejszona o pobierane opłaty), co daje raptem 2025 zł (!) niezależnie od tego, czy zgon wystąpi w pierwszym czy ostatnim roku ochrony ubezpieczeniowej, przy opłacie rocznej za zarządzanie (w ramach której zgodnie z – niedoręczonym powodowi – wzorcem umownym mieści się także opłata za ryzyko) wynoszącej 3.888 zł (1,92% od kwoty 202.500 zł). Oznacza to, że już w pierwszym roku ochrony pobrane tzw. opłaty za zarządzanie (obejmujące również opłatę za ryzyko) przewyższają wartość tego elementu świadczenia, w następnych latach zaś ta część świadczenia staje się jedynie nikłym ułamkiem wniesionych na rzecz pozwanej opłat. Takie ukształtowanie relacji między świadczeniami obu stron, zdaniem Sądu Apelacyjnego, jest niezgodne z celem umowy ubezpieczenia.

Element zmienny świadczenia na wypadek zgonu wynika zaś wyłącznie z wartości nabytych (za środki pieniężne przekazane pozwanemu przez powoda) do dnia zgonu jednostek uczestnictwa i w istocie jest realizacją obowiązków z umowy o zarządzanie powierzonymi środkami a nie z umowy ubezpieczenia.

Wobec stwierdzenia nieważności umowy z powodu braku elementów przedmiotowo istotnych (zawartych w niedoręczonym konsumentowi wzorcu umownym) a także z powodu sprzeczności z celem, istotą umowy ubezpieczenia, nie zachodzi potrzeba głębszej analizy postanowień wzorca umownego, na który składają się w tej sprawie ogólne warunki ubezpieczenia, regulamin i tabele opłat.

Warto jednak wspomnieć, że wynik sprawy byłby podobny, gdyby wzorzec doręczono powodowi przed zawarciem umowy. Na podstawie art. 385⁽¹⁾ § 1 zd. 2 k.c. konsumenta nie wiążą również niezgodnione indywidualnie postanowienia określające świadczenia główne stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli nie zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Warunki ubezpieczenia (...) (k. 21 i n.) oraz regulamin (k. 25 i n.), gdyby nawet zostały we właściwym czasie doręczone, nie dawały powodowi żadnych szans na ustalenie, jaki właściwie jest zakres świadczeń strony pozwanej. Po pierwsze, użyto w tym zakresie szeregu definicji i odniesień utrudniających zrozumienie tej regulacji nawet osobie mającej doświadczenie w analizie umów i aktów prawnych (por. rozdział 10 warunków ubezpieczenia k. 23 i § 4 regulaminu), nie mówiąc o przeciętnym konsumentcie. Po drugie, nie został określony precyzyjnie nie tylko mechanizm wyceny jednostek uczestnictwa (§ 4 regulaminu odwołuje się po prostu do indeksu stworzonego przez (...), nie przedstawiając nawet podstawowych zasad obliczania tego indeksu), ale również dzień, na który ma nastąpić wycena jednostek w razie dożycia (k. 23, rozdział 10 ust. 3 w oczywisty sposób daje pozwanej

duże pole do manipulacji, pozwalając wybrać najkorzystniejszy dzień umorzenia spośród 25 dni po zakończeniu okresu odpowiedzialności), a nawet zakres obowiązku inwestowania przez pozwaną powierzonych jej środków (wg § 4 regulaminu środki UFK są lokowane w certyfikaty wyemitowane przez (...) do 100%, a zatem pozwana ma pełną swobodę inwestowania jedynie pewnej części tych środków). Wobec takiego sposobu sformułowania postanowień wzorca umownego, w tym postanowień określających główne świadczenie pozwanej, Sąd Apelacyjny w obecnym składzie podziela stanowisko wyrażone w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 28 maja 2018 r., VI ACA 1678/17, w którym przedmiotem szczegółowej analizy był wzorzec umowy bliźniaczego produktu pozwanej – (...). Zawarte w uzasadnieniu przywołanego wyroku rozważania prawne dotyczące abuzywności postanowień wzorca regulujących główne świadczenie pozwanej, choć poczynione na tle wzorca (...), są aktualne także dla wzorca (...), gdyż w analizowanym zakresie zawierają analogiczne unormowania (inne są obligacje i nazwy indeksów (...), jednakże mechanizm wyceny jest w obu przypadkach równie niedookreślony, pozostawia także pozwanemu znaczną swobodę co do wyboru dnia ustalenia wartości aktywów netto UFK a przez to i jednostek UFK na potrzeby rozliczenia się z konsumentem po zakończeniu okresu odpowiedzialności).

Również ogólne warunki i regulamin odnoszące się do (...), sporządzone przez pozwanego, nie spełniają kryterium przejrzystości. Jak wskazał Trybunał Sprawiedliwości w wyroku z 26 lutego 2015 r., C-143/13, wynikający z art. 4 ust. 2 i art. 5 dyrektywy 93/13 w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich wymóg przejrzystości warunków umownych nie może zostać zawężony do ich zrozumiałości pod względem formalnym i gramatycznym. Istotne jest bowiem to, czy poinformowany konsument może przewidzieć, w oparciu o jednoznaczne i zrozumiałe kryteria wskazane w umowie, wypływające dla niego z faktu tak skonstruowanej umowy konsekwencje ekonomiczne. Tymczasem składające się w tej sprawie na wzorzec umowy warunki umowy, regulamin i tabele skonstruowano w sposób, który uniemożliwiał konsumentowi ocenę konsekwencji ekonomicznych przystąpienia do umowy. Niewątpliwie przy tym postanowienia wzorca, także odnoszące się do głównych świadczeń strony pozwanej, są sprzeczne z dobrymi obyczajami. Pozwana, traktując konsumenta (w tym przypadku powoda) w sposób sprawiedliwy, słuszny i uwzględniający jego prawnie uzasadnione roszczenia, nie mogła racjonalnie spodziewać się, że konsument przyjąłby w drodze negocjacji indywidualnych takie postanowienia.

Zatem, jak już wspomniano, wynik rozpoznawanej sprawy nie mógłby być inny, nawet gdyby przyjąć, że powodowi doręczono wzorzec umowy, względnie gdyby przyjąć, że obowiązują go – jako ubezpieczonego - postanowienia wzorca mimo niedoręczenia mu przed zawarciem umowy ogólnych warunków, regulaminu ani tabeli opłat.

Reasumując, apelacja pozwanej nie opierała się na uzasadnionych podstawach.

Z tych względów Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji na podstawie art. 385 k.p.c. oraz art. 98 k.p.c.

Dagmara Olczak - Dąbrowska Marzena Konsek-Bitkowska Dorota Markiewicz