

Sygn. akt VI ACa 726/16

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 10 października 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA – Grażyna Kramarska

Sędzia SA – Jolanta Pyżlak

Sędzia SO del. – Tomasz Pałdyna (spr.)

Protokolant: – sekretarz sądowy Paulina Czajka

po rozpoznaniu w dniu 10 października 2017 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa E. B.

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 4 stycznia 2016 r.

sygn. akt III C 749/13

uchyla zaskarżony wyrok w punktach pierwszym i piątym, i sprawę w tym zakresie przekazuje Sądowi Okręgowemu w Warszawie do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach instancji odwoławczej.

Sygn. akt VI ACa 726/16

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 10 października 2017 roku

W pozwie z dnia 8 lipca 2013 roku, skierowanym przeciwko spółce komandytowo-akcyjnej działającej pod firmą (...) Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością z siedzibą w W. oraz spółce akcyjnej Towarzystwo (...) z siedzibą we W., E. B. zażądała zasądzenia od pozwanych na swoją rzecz kwoty 226 800 zł z ustawowymi odsetkami od 26 lutego 2013 roku. W uzasadnieniu pozwu powołała się na fakt ulokowania przez nią na rachunku pozwanego ubezpieczyciela kwoty 226 800 zł, na fakt wprowadzenia jej w błąd co do rzeczywistej treści inwestycji, do której przystąpiła oraz na uchylenie się od skutków prawnych swojego oświadczenia woli, jak też na to, że nie poinformowano jej o treści stosunku, do którego przystąpiła.

Spółka akcyjna (...) – następca prawny pod tytułem ogólnym pozwanej spółki komandytowo-akcyjnej, domagała się oddalenia powództwa, podnosząc, że powódka – z uwagi na charakter relacji z jej przedstawicielem oraz charakter prowadzonej przez nią działalności – miała świadomość treści umowy, do której przystąpiła, jak też, że poświadczyła

na deklaracji przystąpienia do produktu (...) fakt zapoznania się z warunkami ubezpieczenia, wyraziła zgodę na objęcie ją ochroną ubezpieczeniową oraz zaakceptowała warunki i zasady funkcjonowania produktu.

Spółka akcyjna Towarzystwo (...), składając odpowiedź na pozew, w której domagała się oddalenia powództwa i podnosząc te same argumenty, co druga pozwana, zarzuciła nadto, że oświadczenie powódki o uchyleniu się od skutków oświadczenia woli zostało złożone po terminie. Podniosła też, że powódce nie należy się zwrot całej kwoty, bo pozwana poniosła koszty akwizycji i obsługi ubezpieczenia.

W toku postępowania powódka cofnęła powództwo w zakresie kwoty 4 537, 41 zł, wobec częściowego spełnienia świadczenia w dniu 21 sierpnia 2013 roku, podtrzymując jednak żądanie zapłaty odsetek od tej kwoty za okres od 26 lutego do 21 sierpnia 2013 roku.

W wyroku z dnia 4 stycznia 2016 roku Sąd Okręgowy w Warszawie – umarzając postępowanie w zakresie, w jakim cofnięto powództwo – zasądził od Towarzystwa (...) S.A. we W. na rzecz E. B. 222 262, 59 zł z ustawowymi odsetkami od 13 marca 2013 roku do dnia zapłaty oraz odsetki ustawowe od kwoty 4 537, 41 zł od 13 marca do 21 sierpnia 2013 roku, oddalając dalej idące żądanie zapłaty odsetek, oddalił powództwo w stosunku do (...) S.A. w W. oraz rozstrzygnął o kosztach procesu i o zwrocie niewykorzystanej zaliczki.

Z ustaleń sądu pierwszej instancji wynika, że pozwane spółki łączyła umowa grupowego ubezpieczenia na życie pod nazwą (...). Do ubezpieczenia tego przystąpiła powódka, zawierając dwie umowy: 31 marca i 29 kwietnia 2011 roku. Obie umowy zostały zawarte na 180 miesięcy. Wysokość „składek bieżących” określono w nich na 2 040 zł, wysokość „pierwszej składki” – na 67 500 zł, a wysokość „składki zainwestowanej” – na 337 500 zł. Na skutek każdej z tych umów E. B. została objęta ochroną ubezpieczeniową na warunkach grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...). Z „warunków umowy” ma wynikać, że przedmiotem umowy było życie ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa została udzielona na wypadek zgonu ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności. Celem ubezpieczenia miało być gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu (...) Funduszu (...). Z tytułu umowy ubezpieczyciel miał pobierać opłatę za zarządzanie, a w jej ramach – opłatę za ryzyko i opłatę likwidacyjną. W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel miał wypłacić ubezpieczonemu lub uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wynosiła 100% wartości rachunku w dacie umorzenia.

W dalszych rozważaniach sąd pierwszej instancji przywołuje inne postanowienia „warunków ubezpieczenia”, dotyczące wypłaty świadczeń, rezygnacji z ubezpieczenia i wypłaty środków. Zauważa się, m. in., że w przypadku „Całkowitego wykupu” ubezpieczyciel wypłaca kwotę równą (...) pomniejszoną o (...) oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych. Sąd odnotowuje także, że opłata likwidacyjna w pierwszym, drugim i trzecim roku odpowiedzialności wynosiła 80%, opłata za zarządzanie (naliczana od składki zainwestowanej) 1,92% w skali roku, a opłata za ryzyko (wliczona w opłatę za zarządzanie) – 0,038% w skali roku.

Pismem z dnia 30 listopada 2012 roku E. B. – jak ustala dalej sąd – zwróciła się do (...) o przekazanie jej kopii wszystkich dokumentów podpisanych przez nią w momencie zakupu/wypłaty na programy oszczędnościowe (...). Natomiast w piśmie z 20 lutego 2013 roku, adresowanym do (...) Sp. z o.o. Sp. k. i do Towarzystwa (...) S.A. oświadczyła, że uchyła się od skutków prawnych złożonego oświadczenia woli polegającego na podpisaniu deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z (...) Funduszem (...). Ponadto zażądała zwrotu do rąk mocodawcy wszystkich wpłaconych kwot, tj. 226 800 złotych w terminie 14 dni od dnia otrzymania pisma.

Sąd ustala nadto, że doradcy zatrudnieni przez (...) namawiali klientów – przyszłych ubezpieczonych do zakupu produktu (...). Doradcy mieli zachęcać klientów do wyboru tego produktu, argumentując, że będzie on dawał wyższe stopy zwrotu niż lokaty. Produkt ten miał być przez nich sprzedawany jako lokata. Doradcy – jak się ustala – zapewniali klientów, że produkt jest „doskonały”, a po wpłaceniu pieniędzy na jego zysk „pracuje kwota pięciokrotnie wyższa”. W

trakcie prezentacji z klientem unikano rozmowy o ryzyku, z jakim związane jest rozwiązanie umowy na ten produkt, gdyż klient wówczas byłby pewny, że nie skorzysta z tego produktu. Doradcy odbywali szkolenia sprzedażowe w zakresie oferowania owego produktu. Doradcy uczeni byli również, jak zbijać obiekcje klienta wobec oferowanego produktu. W przypadkach sporadycznych udostępniano klientom ogólne warunki ubezpieczenia przed zawarciem umowy. Presja przełożonych wywierana na doradców skutkowała tym, że korzystali oni z wszelkich możliwych sposobów, żeby podwyższyć i osiągnąć sprzedaż. Odnotowuje się przy tym, że doradca T. P. zatrudniony w (...), sprzedający produkty (...), otrzymał od swoich przełożonych wskazówkę, żeby nie pokazywać na pierwszym spotkaniu ogólnych warunków umów i nie wysyłać ich drogą mailową.

E. B. produkt (...) zaproponował D. D.. Zachwalał on przed powódką firmę (...). D. D. zaproponował powódce krótkoterminowa polisę. Propozycja polegała na wpłaceniu na lokatę 60000 złotych i dopłacaniu co miesiąc po 2000 złotych. Powódka informowała doradcę, że kwotę 60 000 złotych musi mieć stale do dyspozycji. Pośrednik odpowiadał, że nie stanowi to problemu, bo później z tej lokaty będzie można wypłacić pieniądze. E. B. – jak się ustala – nie dostała dokumentów związanych z podpisaną umową, choć poinformowano ją, że po podpisaniu ich przez prezesów, dokumenty dostanie. Po powzięciu wątpliwości odnośnie programu (...) powódka zdecydowała się zrezygnować z dalszego uczestnictwa w tym produkcie. Powódka – w związku z rezygnacją z owego produktu – dostała zwrot w kwocie 4 537, 41 złotych. Powódce – jak ustala jeszcze sąd – nigdy nie przekazano ogólnych warunków umowy produktu(...).

Sąd ustala nadto, że na przełomie 2012/13 roku A. G. – doradca zatrudniony w (...) spotkał się z powódką. Celem spotkania było wyjaśnienie powódce warunków umowy ubezpieczenia, do której przystąpiła. W czasie tamtego spotkania nie prezentował on powódce warunków odstąpienia od ubezpieczenia. W prezentacji dla klientów kupujących (...) nie wskazano wysokości opłaty likwidacyjnej. Powódka – jak wyjaśnia sąd – wpłaciła łącznie na rzecz ubezpieczyciela z tytułu umowy kwotę 226 800 złotych.

Celem zawartej przez powódkę umowy ubezpieczenia – jak się naprowadza – miało być gromadzenie i inwestowanie środków finansowych przy wykorzystaniu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Celem funduszu było powiększanie wartości aktywów przez lokowanie ich w certyfikaty emitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...). Za wpłacane składki miały być nabywane jednostki uczestnictwa funduszu po potrąceniu opłat administracyjnych. Po zakończeniu okresu odpowiedzialności powódka miała otrzymać kwotę odpowiadającą składce zainwestowanej, powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę indeksu (...). Powódka mogła rozwiązać umowę przed upływem umówionego okresu, jednak w ciągu pierwszych trzech lat obowiązywania umowy ubezpieczyciel przy wypłacie należnych powódce środków potrącałby opłatę likwidacyjną w wysokości 80% wartości rachunku.

Zdaniem sądu pierwszej instancji „zawarta przez powódkę z (...) S.A. we W. jako ubezpieczycielem umowa” z dnia 28 lutego 2011 roku miała charakter złożony i łączyła w sobie elementy umowy ubezpieczenia w rozumieniu art. 805 i następnych kodeksu cywilnego i art. 13 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jak również silny element inwestycyjny. Przystępując do produktu (...), „powódka zawarła bowiem z Towarzystwem (...) S.A. umowy”, na podstawie których Towarzystwo udzieliło jej na okres po 180 miesięcy w obu umowach ochrony ubezpieczeniowej na wypadek zgonu lub dożycia do końca okresu odpowiedzialności, zaś w przypadku zaistnienia jednego z tych zdarzeń ubezpieczyciel zobowiązywał się spełnić na rzecz powódki świadczenie ubezpieczeniowe. Opłacane przez powódkę składki – jak wyjaśnia sąd – pełniły nie tylko funkcje typowej składki w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu, ale również miały charakter inwestycji, przy czym ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego (zysku), a jedynie zwrot wpłaconych środków i to tylko w razie upływu pełnego okresu odpowiedzialności. Sąd ocenia przy tym, że w umowach tych występował „element ubezpieczeniowy”, choć „nikły”. Elementu tego dopatruje się w obowiązku dodatkowej wypłaty 1% składki zainwestowanej (obok liczby jednostek uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia pomnożonej przez wartość jednostki uczestnictwa funduszu w dacie zgonu ubezpieczonego). Przyjmując, że element inwestycyjny był w tych umowach dominujący, Sąd Okręgowy uznał, że nie miały one jedynie pozoru ubezpieczenia, ale stanowiły dopuszczalną prawem formę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Przypominając, że powódka powoływała się na wprowadzenie jej w błąd, Sąd Okręgowy wyjaśnił, że uwzględnił powództwo dlatego, że uznał obie umowy za nieważne od początku w całości, a nie tylko w zakresie przepisu o opłatach likwidacyjnych. Sąd pierwszej instancji uznał, że umowy te kształtowały zobowiązanie ubezpieczyciela sprzecznie z naturą stosunku zobowiązaniowego. Przyjął przy tym, że wobec nieważności umów strony obowiązane były zwrócić sobie nawzajem świadczenia, które otrzymały. Zdaniem sądu pozwana powinna zwrócić powódce całość kwot, które na jej rzecz wpłaciła w związku z tymi umowami (art. 410 § 2 k.c.).

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że dla ubezpieczeń grupowych (...) ubezpieczyciel utworzył wydzielony rachunkowo (...) Fundusz (...). Tworzyły go składki (składki pierwsze i potem bieżące składki miesięczne) wpłacane przez ubezpieczonych, którzy przystąpili do tych ubezpieczeń grupowych. Przy wpłacie pierwszej składki ubezpieczyciel kupował na rachunek ubezpieczonego jednostki Funduszu za całą składkę zainwestowaną, co nazywano dźwignią finansową i reklamowano jako zaletę produktu, polegającą na tym, że od początku pracuje dla klienta cała składka, choć wpłaci najpierw tylko jej 1/5, a resztę będzie wpłacał ratami przez 15 lat w postaci składek bieżących. W rzeczywistości oznaczało to – jak wywodzi się dalej – że w Funduszu była 1/5 środków wpłaconych od razu przez ubezpieczonych oraz 4/5 funduszy ubezpieczyciela. Środki te były zainwestowane w rynek kapitałowy (z zapisaniem ich na rachunkach ubezpieczonych), przy czym całe ryzyko inwestycyjne ponosili ubezpieczeni. Ubezpieczyciel miał pewny zysk z „użyczenia” ubezpieczonym swoich funduszy – z każdej składki bieżącej potrącał bowiem w ramach opłaty administracyjnej procent należny mu za udostępnienie kapitału. Mechanizm dźwigni finansowej powodował zatem, że do Funduszu (...) celem zainwestowania w rynek kapitałowy ubezpieczyciel wkładał 4/5 swoich środków i 1/5 środków ubezpieczonych, a następnie w ciągu całego okresu trwania umowy (15 lat) odyskiwał ratami włożony tam kapitał (w miarę, jak zastępował go kapitał dokładany stopniowo przez ubezpieczonych płacących co miesiąc składki bieżące). W trakcie umowy ubezpieczenia powódka zobowiązana była opłacać opłatę za zarządzanie w wysokości 1,92% w skali roku (naliczaną od Składki Zainwestowanej), jak również opłatę za ryzyko w wysokości 0,038 % rocznie. Był to – jak się przyjmuje – pewny zarobek, niezależny od wahań i notowań rynku kapitałowego – z inwestycji ubezpieczyciela odpowiadającej w swojej funkcji ekonomicznej funkcji i charakterowi pożyczki. W tym samym czasie środki ubezpieczonych zainwestowane na rynku kapitałowym poprzez owe Fundusze mogły przynosić im zysk albo stratę, ale w każdym razie ubezpieczyciel nie gwarantował zysku (§ 3 Regulaminów (...)). Jedyłą gwarancją braku nominalnej straty (nie uwzględniającej inflacji) była gwarancja wypłaty kapitału po 15 latach trwania umowy, co znaczy, że po 15-tu latach ubezpieczony nie mógł otrzymać nominalnie mniej, niż wpłacił z tytułu wszystkich składek - minus podatek.

Sąd ocenia dalej, że żeby te zainwestowane przez ubezpieczonego pieniądze w ciągu tych 15-tu lat cokolwiek dla ubezpieczonego zarobiły, inwestycja musiałaby przynieść zysk wyliczony indeksem Banku (...) ((...): (...)). „Tymczasem, jak ustalono, wartość tych indeksów była publikowana tylko na płatnym anglojęzycznym internetowym serwisie (...), zaś metoda wyliczania tego indeksu była i pozostała dla ubezpieczonych tajna. W dodatku, jak ustalono, nie jest to indeks typu (...) czy (...), co ma oznaczać, że jego sposób wyliczenia nie jest wprost zależny od kursu akcji czy obligacji określonych firm, będących przedmiotem obrotu na rynku regulowanym”. Jedyńie zatem pośrednio – jak naprowadza się dalej – wnioskując ze skutku o przyczynie, sąd pierwszej instancji uznał, że indeks ów musiał być oparty o instrumenty pochodne z opcją na spadki rynku. Nie ma bowiem innego logicznego wytłumaczenia (poza zwykłym penalizowanym oszustwem) dla zjawiska, gdy przy powszechnie notowanych stałych wzrostach rynku akcji i obligacji, wartość aktywów netto Funduszy malała, malała wartość jednostek tych Funduszy i w konsekwencji pomimo kolejnych wpłat malała wartość rachunku powódki. Im więcej pieniędzy powódka wpłacała, tym bardziej malała wartość jej środków na rachunku. Wyjaśniając, na czym polegają instrumenty pochodne, sąd stwierdza w konkluzji, że powódka została przy zawarciu umowy wprowadzona w błąd: poinformowano ją o ryzyku straty w razie spadków na rynku finansowym – tymczasem stratę przynosiły jej wzrosty.

Ze zgromadzonych środków – jak wywodzi dalej sąd – po odjęciu „opłat administracyjnych” były nabywane certyfikaty lub obligacje, także oparte na wskazanych indeksach (...). Przy tym ubezpieczony tracił na niedozwolonym spreadzie, tzn. na różnicy ceny nabycia i sprzedaży tych certyfikatów i obligacji przez ich emitentów. „Ponieważ, jak ustalono, ani certyfikaty ani obligacje te nie były notowane na rynku regulowanym, czyli nie podlegały normalnemu rynkowemu

obrotowi – to ich ceny były ustalane arbitralnie przez emitentów i ubezpieczyciela”. Powódka jako ubezpieczona nie miała na to – jak się ocenia – nie tylko żadnego wpływu, ale nawet nie miała o tym wiedzy.

Zdaniem Sądu Okręgowego wartość aktywów netto Funduszy była arbitralnie – w nieznanym sposobie – ustalana przez ubezpieczyciela prowadzącego te Fundusze. Wbrew zapisom w Regulaminach Funduszy, wartości te nie były wyliczane wedle wartości rynkowej, ponieważ jednostki uczestnictwa nie były oferowane na rynku i nie były przedmiotem obrotu. Powódka jako ubezpieczona nie miała żadnego wpływu ani nawet żadnej wiedzy o tym, w jaki sposób ubezpieczyciel tego dokonywał.

Wartość jednostek uczestnictwa w Funduszach nabywanych przy założeniu rachunku (składka pierwsza) była – jak się ocenia – narzucona arbitralnie przez ubezpieczyciela. Powódka jako ubezpieczona знаła tę wartość – była ona wskazana w regulaminach Funduszy – ale nie wiedziała, z czego ona wynika. Tym bardziej nie wiedziała i nie miała żadnego wpływu na to, w jaki sposób wyliczano wartość tych samych jednostek począwszy od kolejnych składek bieżących. Pomiędzy wpłatą pierwszej składki i wpłatą składki bieżącej po upływie zaledwie miesiąca ubezpieczona traciła niemal połowę wartości rachunku. Polegało to na arbitralnym przeliczeniu wartości jednostek: najpierw przy założeniu sztywnej, odgórnie narzuconej ceny za jedną jednostkę przeliczano wpłaconą składkę pierwszą na liczbę jednostek, a po miesiącu przeliczano liczbę tych jednostek na złote (jako wartość rachunku) przyjąwszy arbitralnie inną, znacząco niższą cenę tych jednostek. W konkluzji stwierdza się, że każda z umów precyzyjnie i jasno określała świadczenie, do spełnienia którego zobowiązał się ubezpieczony. Natomiast świadczenie ubezpieczyciela zostało w tych umowach określone w taki sposób, że nie tylko nieznanym był sposób jego wyliczenia, ale w dodatku w dużej mierze wysokość tego świadczenia zależała od arbitralnych decyzji ubezpieczyciela, na które ubezpieczony nie miał wpływu ani nawet nie miał o nich wiedzy.

Wszystko to doprowadziło Sąd Okręgowy do wniosku, że świadczenie ubezpieczyciela, do którego był zobowiązany wobec powódki, nie było określone w umowie w sposób stanowczy i konkretny, ale w taki sposób, który umożliwiał kształtowanie wielkości tego świadczenia przez samego ubezpieczyciela przez jego arbitralne decyzje, na które druga strona umowy – ubezpieczony – nie miał żadnego wpływu. Sąd uznał, że jest to sprzeczne z naturą stosunku zobowiązaniowego jako takiego. Niedopuszczalne jest – jak się przyjmuje – by dłużnik mógł zwolnić się z zobowiązania poprzez spełnienie świadczenia, którego kształt i wysokość sam arbitralnie określi. Sąd powołuje się w tym miejscu na art. 353¹ k.c. oraz na wypowiedzi doktryny i orzecznictwa w kwestii swobody umów. Zdaniem sądu stopień arbitralności ubezpieczyciela i nakierowanie jego działań na uzyskanie zysku z całkowitym pominięciem interesu ubezpieczonych są tak znaczące, że „produkty te trzeba uznać wręcz za oszukańcze.” W przypadku „zwykłych” polis inwestycyjnych – jak naprowadza się dalej – pieniądze ubezpieczonych są inwestowane w fundusze inwestycyjne akcji czy obligacji notowanych na rynku regulowanym, czyli dostępnych w obrocie giełdowym, posiadających rzeczywiście wartość rynkową, przedstawiających określoną rzeczywistą i mierzalną wartość kapitałową. Tymczasem polisy strukturyzowane – takie jak (...) są – zdaniem sądu – inwestycją w fundusze, potocznie mówiąc, wirtualne. Nie są to fundusze akcji ani obligacji, tylko specjalne wehikuły inwestycyjne, utworzone w konkretnym celu – by lokować w nich pieniądze z polis strukturyzowanych. W funduszach tych nie ma żadnych akcji czy obligacji notowanych na rynku regulowanym, nie ma niczego, co miałyby faktycznie jakąś wartość rynkową – są za to certyfikaty czy obligacje, z których zysk jest uzależniony od wartości indeksów bankowych, „których wartość z kolei jest uzależniona – nie wiadomo od czego”. Metoda ich liczenia jest bowiem utajniona nie tylko co do tego, w co są inwestowane (co można uznać za normalne w warunkach konkurencji na rynku), ale nawet – czy są inwestowane w papiery wartościowe czy w instrumenty pochodne, a jeśli w instrumenty pochodne – to czy obliczone na wzrost czy na spadek. Wiadomo tylko, że fundusz ma na koniec trwania okresu ubezpieczenia ochronę kapitału w kwocie nominalnej minus podatek, co oczywiście zdecydowanie nie odpowiada celowi inwestycyjnemu ubezpieczonego.

O ile – jak wywodzi dalej sąd – w zwykłych polisach inwestycyjnych klienci są zagrożeni utratą pieniędzy dopiero wtedy, jeśli wycofają się z inwestycji (gdy z ich wypłaty potrącone będą opłaty likwidacyjne), o tyle w polisach strukturyzowanych największe straty wynikają już z samej przeceny wartości tego „specjalnego” funduszu inwestycyjnego. Przecena ta następuje zaś na podstawie mechanizmu nieujawnionego w umowie,

mechanizmu zależnego wyłącznie od ubezpieczyciela. Wielkość świadczenia ubezpieczyciela w obu umowach jest niepewna nie dlatego, że wynikać może z oczywistych wahań rynku kapitałowego; nie jest pochodną normalnego ryzyka inwestycyjnego, ale została ukształtowana w sposób całkowicie niewiadomy, a zależny jedynie od samego ubezpieczyciela.

Sąd Okręgowy uznał, że w sytuacji, gdy warunki umowy tak dalece nie pozwalają na określenie wielkości świadczenia jednej z zobowiązanych stron, prowadzi to do tak dalekiego zniekształcenia stosunku obligacyjnego, że koliduje to z jego naturą. Warunki tych umów są sprzeczne z jakąkolwiek rozsądną interpretacją jakiegokolwiek stosunku zobowiązaniowego w kształcie nadanym mu przez polskie ustawodawstwo. Sankcja nieważności ma wynikać z art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 k.c., a obowiązek zwrotu uiszczonych należności z art. 405 k.c. w zw. z art. 410 § 1 k.c.

Pozwany ubezpieczyciel – jak naprowadza się dalej – jako profesjonalista na rynku ubezpieczeń musiał zdawać sobie sprawę z tego, że takie a nie inne skonstruowanie ubezpieczeń (...) w sposób niedopuszczalny kształtuje jego świadczenie, zastrzega korzyści jedynie dla ubezpieczyciela, ukrywa pod skomplikowane brzmiącymi tautologiami metodę wyceny aktywów Funduszy, jednostek uczestnictwa i wartości rachunku ubezpieczonych, pod pozorem umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym ubezpieczonego – przemycia w gruncie rzeczy sposób na bezpieczne inwestowanie własnych środków ubezpieczyciela, gdzie pewne zyski z tych inwestycji pochodzą nie z inwestowania ich w rynek kapitałowy, ale z ukrytego pobierania tych zysków ze składek ubezpieczonych: przy pomocy opłat administracyjnych, przerachowania wartości rachunku w stosunku do wartości początkowej, spreadu na zakupie i zbyciu certyfikatów i obligacji, manipulowania algorytmem opartym na indeksie (...) i wreszcie opłat likwidacyjnych. Zdaniem Sądu Okręgowego opracowanie takiego produktu musiało być świadome i nacelowane na osiągnięcie zysków kosztem wpłat ubezpieczonych. Dlatego też ubezpieczyciel powinien był zdawać sobie sprawę z nieważności tych umów i ich oszukańczego charakteru. To zaś oznacza, że od początku musiał liczyć się z obowiązkiem zwrotu wszystkich pieniędzy wpłaconych przez ubezpieczonych w rozumieniu „art. 409 in fine”.

Sąd uwzględnił powództwo wobec Towarzystwa (...) na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu. Zobowiązany z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia był wyłącznie ubezpieczyciel, jako ten, na rzecz którego powódka uiszczała składki. Zdaniem sądu uwzględnienie powództwa z tytułu bezpodstawnego wzbogacenia skonsunowało wszelkie ewentualne roszczenia wobec (...) S.A. Dlatego powództwo wobec tej pozwanej oddalił.

O odsetkach ustawowych od zasądzonej kwoty Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 481 § 1 k.c., a o kosztach w oparciu o art. 98 i 102 k.p.c.

Apelację od tego wyroku wywiodła pozwana spółka akcyjna Towarzystwo (...) z siedzibą we W., zaskarżając go w części uwzględniającej powództwo i orzekającej o kosztach procesu, zarzucając sądowi pierwszej instancji naruszenie:

- 1) art. 321 k.p.c. przez wydanie orzeczenia w oparciu o dokonane ustalenia dotyczące okoliczności nie powołanych przez powoda, co miało stanowić wyjście poza podstawę faktyczną powództwa,
- 2) art. 321 k.p.c. w zw. z art. 187 § 1 k.p.c. w zw. z art. 126 § 1 pkt 1 k.p.c. przez wydanie wyroku zasądzającego w stosunku do podmiotu, który nie został w pozwie określony jako pozwany,
- 3) art. 328 § 2 k.p.c. przez niewyjaśnienie w uzasadnieniu wyroku, na jakiej podstawie prawnej wyrok został wydany przeciwko Towarzystwu (...) S.A., chociaż w pozwie jako pozwane zostało wskazane Towarzystwo (...) S.A.,
- 4) art. 233 § 1 k.p.c. przez nierozważenie całokształtu materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie i nie uwzględnienie dowodu z prezentacji dotyczącej produktu L. (...) w zakresie dotyczącym charakterystyki indeksu (...) oraz czynników mających wpływ na wartość tego indeksu, a także całkowite pominięcie dowodu z odpisu prawomocnej decyzji (...), jak też przez rażące naruszenie zasady swobodnej oceny dowodów i dokonanie niżej wymienionych ustaleń faktycznych pomimo braku jakichkolwiek podstaw w materiale dowodowym, a ponadto sprzecznie z dowodami z dokumentów prezentacji (...) oraz odpisu decyzji (...), co dotyczy ustalenia, że:

- i. „ubezpieczyciel kupował na rachunek ubezpieczone go jednostki Funduszu za całą składkę zainwestowaną - co nazywano dźwignią finansową”,
 - ii. pozwana w ramach ubezpieczeń, jakimi została objęta powódka, dokonuje dopłaty własnych środków do (...) Funduszu (...)a następnie odzyskuje dopłaconą kwotę z odsetkami ze składek bieżących i w ten sposób uzyskiwany jest efekt tzw. dźwigni finansowej,
 - (...). ubezpieczyciel ze składek bieżących odzyskiwał ratami kapitał wpłacony do (...),
 - iv. opłata za zarządzanie przeznaczona jest na wynagrodzenie dla pozwanej za „użyczenie” powódce swoich funduszy, czy też dopłatę do (...),
 - v. opłata za zarządzanie stanowiła pewny „zarobek” pozwanej Towarzystwa (...),
 - vi. pozwana w arbitralny i zależny wyłącznie od jej woli sposób określa wartość aktywów (...) oraz wartość obligacji nabywanych w ramach (...) była ustalana arbitralnie przez ich emitenta i pozwaną,
 - vii. nie ma innego logicznego wytłumaczenia „dla zjawiska, gdy przy powszechnie notowanych stałych wzrostach rynków akcji i obligacji – wartość aktywów netto Funduszy malała, malała wartość jednostek tych Funduszy, i w konsekwencji pomimo kolejnych wpłat – malała wartość jego środków na rachunku”,
 - viii. ustalenie, że powódce stratę przynosiły wzrosty indeksu bazowego ((...)),
 - ix. ustalenie, że indeks (...) jest oparty o instrumenty pochodne „z opcją na spadki rynku”,
 - x. notowania indeksu bazowego były publikowane tylko na płatnym anglojęzycznym serwisie (...),
 - xi. nastąpiła >>przecena wartości „specjalnego” funduszu inwestycyjnego<< i przecena ta nastąpiła na podstawie „mechanizmu zależnego wyłącznie od ubezpieczyciela”,
 - xii. wysokość świadczenia ubezpieczyciela nie jest pochodną „normalnego ryzyka inwestycyjnego – ale została ukształtowana w sposób całkowicie niewiadomy, a zależny jedynie od samego ubezpieczyciela”,
- 5) art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 k.c. przez błędną wykładnię i uznanie, że umowy ubezpieczenia zawarte przez powódkę z pozwaną są nieważne ponieważ są sprzeczne z naturą stosunku zobowiązaniowego,
 - 6) art. 65 § 2 k.c. przez dokonanie błędnej wykładni treści stosunku prawnego, jakim były związane strony procesu, w szczególności uznanie, że treść stosunku prawnego nie określa wysokości świadczeń ubezpieczyciela,
 - 7) art. 56 k.c. przez niezastosowanie i wskutek tego pominięcie treści przepisów prawnych określających zasady wyceny aktywów (...), które również kształtują stosunek prawny ubezpieczenia z (...),
 - 8) 808 § 1 k.c. przez niezastosowanie i przyjęcie, że powódka zawarła z pozwaną umowy ubezpieczenia przy jednoczesnym sprzecznym z powyższym ustaleniu, że przystąpiła do ubezpieczeń grupowych,
 - 9) art. 4 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym przez błędną wykładnię i uznanie, że ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym może być oferowane wyłącznie za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego, negując tym samym możliwość przyjęcia konstrukcji ubezpieczenia grupowego, które ze swej natury zawsze jest ubezpieczeniem na cudzy rachunek a jednocześnie umowa ubezpieczenia jest zawierana z ubezpieczającym a nie agentem ubezpieczeniowym,
 - 10) art. 409 in fine k.c. przez nieprawidłową wykładnię i przyjęcie, że pozwana winna od początku liczyć się z uznaniem stosunków ubezpieczenia zawartych przez powódkę za nieważne, w związku z czym nie może powoływać się

na fakt braku wzbogacenia pozwanej w zakresie, w jakim spadła wartość aktywów nabytych w ramach (...) za składkę zapłaconą przez powódkę.

W konkluzji wnosi się o zmianę zaskarżonego wyroku w zaskarżonej części przez oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na rzecz pozwanej kosztów procesu za obydwie instancje według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację powódka wniosła o jej oddalenie na koszt przeciwnika.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jest w dużej mierze uzasadniona, choć jej wnioski nie korespondują w pełni z wagą podniesionych zarzutów. Część z nich nie znalazła zresztą uznania sądu odwoławczego.

Nie ma bowiem racji apelujący, jakoby sprawa rozpoznana została wobec niewłaściwego podmiotu. Nie powinno być wątpliwości, że powódka od początku zamierzała pozwać spółkę akcyjną Towarzystwo (...), nie zaś wskazane w komparycji pozwu Towarzystwo (...) S.A. Wynika to jasno z uzasadnienia pozwu, w którym jako stroną pozwaną wskazuje się pierwszy z tych podmiotów, jak też z materiału dowodowego załączonego do pozwu. Tak też sprawę musiała pierwotnie postrzegać pozwana, która przecież wdała się w spór oraz kontynuowała go po tym, jak pełnomocnik powódki wyjaśnił, że to Towarzystwo (...) jest w sprawie niniejszej pozwanym.

Dodać trzeba, że niespójność pomiędzy komparcją pozwu a jego uzasadnieniem stanowiła brak formalny pozwu, który powinien być usunięty w trybie art. 130 § 1 k.p.c. Jeśli tego nie uczyniono, to nie można odmawiać pełnomocnikowi powódki prawa do sprecyzowania oznaczenia przeciwnika procesowego, co też uczynił, co zostało zaaprobowane przez Sąd Okręgowy i nie spotkało się ze sprzeciwem pełnomocnika reprezentującego oba towarzystwa ubezpieczeń.

Nie ma też racji apelująca, jakoby sąd wyszedł poza „granice faktyczne powództwa”. Należy mniemać, że autor apelacji ma w istocie na względzie podstawę faktyczną powództwa. Podstawą tą jest przekonanie powódki o istnieniu po stronie biernej obowiązku zwrotu zdeponowanych na rachunku ubezpieczyciela oszczędności. To, jaki jest tytuł żądania takiego zwrotu, pozostaje kwestią oceny prawnej, a ta należy do sądu, a nie do stron. Powódka uznała, że uwolniła się skutecznie ze zobowiązania uchylając się od swego oświadczenia woli w przedmiocie przystąpienia do ubezpieczenia. Nie powoływała się wprawdzie na nieważność umowy, ale sąd – oceniając jej żądanie – mógł dojść do przekonania, że umowa była nieważna i zasądzić zwrot świadczenia z innej podstawy prawnej (por. uzasadnienia wyroków Sądu Najwyższego z dnia 6 listopada 2015 roku, II CSK 56/15 oraz z dnia 16 września 2009 roku, II CSK 189/09). Jeśli jednak nosił się z takim zamiarem, to powinien był uprzedzić o tym strony procesu. Zaskakując strony taką a nie inną kwalifikacją prawną, pozbawił je w zasadzie możliwości obrony swoich praw, przede wszystkim zaś zgłoszenia inicjatywy dowodowej w przedmiocie mechanizmów ekonomicznych rządzących instrumentami, jakimi posłużono się w umowie.

W kwestii notyfikacji tego rodzaju wypowiedział się kilkakrotnie Sąd Najwyższy. Na uwagę w tym zakresie zasługuje zwłaszcza uchwała z dnia 17 lutego 2016 roku, wydana w sprawie III CZP 108/15, gdzie wprost przyjęto, że sąd przewidując możliwość orzeczenia na innej podstawie prawnej, od tej, określonej przez powoda, powinien uprzedzić o tym strony. Sąd Najwyższy powołał się przy tym na wynikający z art. 2 i 45 ust. 1 Konstytucji obowiązek informacyjny sądu. Obowiązek ten ma stanowić realizację prawa strony do przewidywalności rozstrzygnięcia i umożliwienia wszechstronnego zbadania okoliczności sprawy przez sąd i służy zagwarantowaniu rzeczywistej realizacji prawa do sprawiedliwego rozpoznania sprawy. Sąd Okręgowy wymaganiom tym nie sprostał, całkowicie zaskakując strony oceną łączącej ich relacji.

Zgodzić się zresztą trzeba z apelującą, że ocena ta jest całkowicie dowolna. Nie sposób nie zauważyć, że nie ma ona żadnego pokrycia w ustalonych faktach. Okoliczności, na które powołuje się sąd w części jurydycznej uzasadnienia, nie mają też zakotwiczenia w materiale dowodowym. Nade wszystko jednak stwierdzić trzeba, że nie w tym kierunku zmierzało postępowanie dowodowe. W toku postępowania powódka powoływała się na błąd co do treści

czynności prawnej i próbowała wykazywać, że skutecznie uchyliła się od złożonego oświadczenia woli. Sąd pierwszej instancji dopuścił zawnioskowane przez strony dowody, zgodnie z sugerowanymi przez nie tezami dowodowymi, nie uprzedzając ich w toku postępowania, że problem – w jego ocenie – tkwi w treści umowy.

Z tezą co do nieważności umowy pomiędzy (...) a (...) można się zgodzić, jeżeli rzeczywiście to od woli ubezpieczyciela zależała wysokość wskaźnika rozstrzygającego o wartości zgromadzonych na jego rachunku aktywów. Umowa, w której jedna ze stron może dowolnie wpływać na zakres własnego zobowiązania, nie mieści się w granicach swobody umów, zaprzeczając istocie (naturze) stosunku obligacyjnego, w rozumieniu art. 353⁽¹⁾ k.c.; z tym tylko, że żeby się o tym przekonać, trzeba przeprowadzić postępowanie dowodowe, jednak nie w tym kierunku, który obrał sąd pierwszej instancji. Bez wątplenia chodzi przy tym o wiedzę specjalistyczną, wykraczającą poza ramy oceny prawnej określonych zjawisk, a ściślej – o wiedzę ekonomiczną. Upewnienie się, czy w istocie zachodzą zależności uchwycone przez Sąd Okręgowy, wymagałoby ekspertyzy biegłego.

Zgodzić się także trzeba z apelującą, że nie do końca wiadomo, co jest przedmiotem oceny Sądu Okręgowego. Z ustaleń faktycznych wynika bowiem, że umowa ubezpieczenia łączyła pozwane, nie zaś powódkę z pozwanym towarzystwem ubezpieczeń. Rozważania prawne dotyczą natomiast bliżej nieokreślonej umowy łączącej powódkę z (...). Tymczasem, zarówno z treści pozwu, jak i z materiału dowodowego wynika, że powódka występuje w tej relacji z pozycji ubezpieczonego i to nie ona zawierała umowę, a jedynie przystąpiła do ubezpieczenia grupowego. Nie zmienia to faktu, że – z uwagi na rozwiązania przyjęte w art. 808 k.c. – posiada ona z tego tytułu określone kompetencje.

W szczególności, rozważać można kwestię skuteczności postanowień umownych z perspektywy art. 385¹ i nast. k.c., pamiętając o tym, że E. B., bez względu na swe wykształcenie i doświadczenie zawodowe, jest w tej relacji konsumentem. Powódka może także – tak jak to czyni w pozwie – powoływać się na błąd co do swego oświadczenia woli w przedmiocie przystąpienia do ubezpieczenia (nie zaś zawarcia umowy), w tym także na podstęp. Kwestie te mogą i powinny być przedmiotem analizy sądu, ale tylko wówczas, gdy nie potwierdzi się hipoteza o nieważności umowy ubezpieczenia.

Stwierdzić trzeba wreszcie, że mimo, iż postępowanie dowodowe prowadzone było w kierunku oświadczenia złożonego przez powódkę w trybie art. 88 k.c., to jego wyniki nie znalazły odzwierciedlenia w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku. Sąd pierwszej instancji czyni ustalenia, które nie udzielają odpowiedzi na pytanie, czy doszło do realizacji przesłanek z art. 84 albo 86 k.c. Ustalonego stanu faktycznego w ogóle nie ocenia w tym kontekście. W oderwaniu od poczynionych w pisemnym uzasadnieniu ustaleń, stawia niepoddające się weryfikacji tezy co do ważności umowy łączącej pozwane spółki. Okoliczności te usprawiedliwiają zarzut naruszenia art. 328 § 2 k.p.c., choć w innym kontekście, niż przywołany w apelacji.

Wszystko to, co powiedziano wyżej, implikowało konieczność uchylenia zaskarżonego wyroku w zaskarżonym zakresie i przekazania sprawy sądowi pierwszej instancji do ponownego rozpoznania. W tej sytuacji zbyteczne wydaje się odniesienie do pozostałych zarzutów apelacji.

Przystępując do powtórnego rozpoznania sprawy Sąd Okręgowy winien uprzedzić strony o przewidywanej kwalifikacji prawnej stosunku prawnego poddawanego ocenie, tak, by umożliwić im naprowadzenie postępowania dowodowego na właściwe tory. Powinien też – w związku z tym – umożliwić im zgłoszenie w rozsądnym terminie inicjatywy dowodowej. Okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy powinny znaleźć odzwierciedlenie w ustaleniach sądu zawartych w pisemnym uzasadnieniu wyroku i licować z prowadzoną w tymże uzasadnieniu oceną jurydyczną.

Warto dodatkowo zaznaczyć, że powództwo zostało prawomocnie oddalone wobec spółki akcyjnej (...), wobec czego nie jest ona już stroną niniejszego postępowania, co determinuje paletę możliwych twierdzeń i zarzutów, co sąd – ponownie rozpoznając sprawę – musi brać pod uwagę.

Z tych wszystkich powodów na podstawie art. 386 § 4 i 108 § 2 k.p.c. orzeczono jak na wstępie.