

Sygn. akt II C 894/15

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 6 kwietnia 2017 roku

Sąd Rejonowy dla Łodzi – Widzewa w Łodzi, II Wydział Cywilny, w składzie:

Przewodniczący: SSR A. B.

Protokolant: sekretarz sądowy P. O.

po rozpoznaniu w dniu 16 marca 2017 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa R. N.

przeciwko Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej we W.

o zapłatę

1. zasądza od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej we W. na rzecz R. N. kwotę 21.781,83 zł (dwadzieścia jeden tysięcy siedemset osiemdziesiąt jeden złotych i 83/100) wraz z odsetkami ustawowymi od dnia 2 listopada 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty;
2. umarza postępowanie w zakresie żądania zapłaty kwoty 11.788,17 zł (jedenaście tysięcy siedemset osiemdziesiąt osiem złotych i 17/100);
3. oddala powództwo w zakresie żądania zapłaty odsetek ustawowych od dnia 2 listopada 2015 roku do dnia zapłaty od kwoty 11.788,17 zł (jedenaście tysięcy siedemset osiemdziesiąt osiem złotych i 17/100);
4. zasądza od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej we W. na rzecz R. N. kwotę 128,73 zł (sto dwadzieścia osiem złotych i 73/100) tytułem zwrotu kosztów postępowania;
5. nakazuje pobrać od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej we W. na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Widzewa w Łodzi kwotę 1.703,90 zł (jeden tysiąc siedemset trzy złote i 90/100) tytułem nieuiszczonych kosztów sądowych;
6. przyznaje adwokatowi K. S. kwotę 2.952 zł (dwa tysiące dziewięćset pięćdziesiąt dwa złote), w tym 23 % podatku VAT, tytułem kosztów nieopłaconej pomocy prawnej udzielonej powodowi R. N. z urzędu i wypłaca to wynagrodzenie do kwoty 1.033,20 zł (jeden tysiąc trzydzieści trzy złote i 20/100) ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Widzewa w Łodzi;
7. zasądza od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej we W. na rzecz R. N. kwotę 1.918,80 zł (jeden tysiąc dziewięćset osiemnaście złotych i 80/100) tytułem części wynagrodzenia pełnomocnika ustanowionego dla powoda z urzędu w osobie adwokat K. S..

Sygnatura akt II C 894/15

## UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 2 listopada 2015 roku skierowanym przeciwko Towarzystwu (...) S.A. we W., powód R. N. reprezentowany przez pełnomocnika w osobie adwokata wniósł o ustalenie, że powód nie podlega ubezpieczeniu

grupowemu na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) z uwagi na charakter inwestycyjny tej umowy, do której przystąpił w dniu 22 grudnia 2010 roku i w związku z tym zasądzenie na jego rzecz kwoty 33.570 zł tytułem zwrotu nienależnego świadczenia wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty. Na wypadek oddalenia tak sformułowanego roszczenia powód zgłosił roszczenie ewentualne dotyczące zapłaty przez pozwanego równowartości tzw. opłaty likwidacyjnej, o jaką pozwany pomniejszył sumę zwróconą powodowi z tytułu wygaśnięcia łączącej strony umowy w wysokości 50% wartości rachunku powoda z chwili rezygnacji powoda z przedmiotowej umowy.

(pozew k. 2-13v, odpis pełnomocnictwa k. 14, pismo uzupełniające braki formalne pozwu k. 47)

Pozwane Towarzystwo (...) S.A. we W., reprezentowane przez pełnomocnika w osobie radcy prawnego, w odpowiedzi na pozew wniosło o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie zwrotu kosztów postępowania.

(odpowiedź na pozew k. 51-66v, pełnomocnictwo k. 68)

Postanowieniem z dnia 23 lipca 2015 roku, na etapie przedsądowym, Sąd postanowił zwolnić R. N. od kosztów sądowych w postaci opłaty od pozwu dotyczącego zwrotu świadczenia nienależnego w sprawie przeciwko Towarzystwu (...) S.A. we W.. Wniosek w pozostałym zakresie został przez Sąd oddalony.

(postanowienie w załączonych aktach II Co 96/15 k. 17)

Postanowieniem z dnia 15 marca 2016 roku Sąd ustanowił dla powoda R. N. pełnomocnika z urzędu w osobie adwokata.

(postanowienie k. 111, postanowienie k. 221)

Na rozprawie w dniu 23 czerwca 2016 roku pełnomocnik powoda sprecyzował żądanie ewentualne i wniósł o zasądzenie w jego ramach na rzecz powoda kwoty 12.964,42 zł z odsetkami ustawowymi jak w żądaniu pozwu oraz odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia 1 stycznia 2016 roku.

(elektroniczny protokół rozprawy k. 233-236)

W piśmie procesowym z dnia 14 listopada 2016 roku pełnomocnik powoda wyjaśnił, że powód żąda zasądzenia pobranej opłaty likwidacyjnej w wysokości 12.964,42 zł przy uwzględnieniu, że na dzień wypowiedzenia umowy powód miał na rachunku kwotę 24.752,59 zł.

(pismo pełnomocnika powoda k. 266-268)

Postanowieniem z dnia 20 lutego 2017 roku, Sąd postanowił cofnąć zwolnienie od kosztów sądowych udzielone powodowi R. N. postanowieniem z dnia 23 lipca 2015 roku w sprawie II Co 96/15.

(postanowienie w protokole elektronicznym rozprawy z dnia 20 lutego 2017r. k. 280)

W piśmie procesowym z dnia 15 marca 2017 roku pełnomocnik powoda sprecyzował żądanie pozwu wnosząc o zasądzenie na rzecz powoda kwoty 21.781,83 zł tytułem zwrotu świadczenia nienależnego. W pozostałym zakresie, tj. co do kwoty 11.788,17 zł cofnął powództwo ze zrzeczeniem się roszczenia z uwagi na zapłatę przez pozwanego tejże kwoty na rzecz powoda przed wytoczeniem powództwa. Pełnomocnik powoda wskazał jednocześnie, iż przedmiotowe powództwo jest powództwem o zapłatę, a intencją strony powodowej było, aby ustalenie charakteru prawnego stosunku prawnego pomiędzy stronami postępowania miało charakter jedynie przesłankowy, celem ustalenia zasadności zwrotu świadczenia nienależnego. Wskazał jednocześnie, iż podstawą prawną roszczenia wysuniętego przez powoda w toku tej sprawy jest przepis art. 410 § 2 k.c.

(pismo pełnomocnika powoda k. 284-285)

Na rozprawie w dniu 16 marca 2017 roku pełnomocnik powoda wniósł o nieobciążanie go kosztami postępowania w zakresie cofniętej części powództwa w całości lub w części na podstawie art. 102 k.p.c. z uwagi na to, iż posiadane przez powoda oszczędności zostały już zużyte na bieżące potrzeby rodziny. Wniósł o zasądzenie kosztów pomocy prawnej udzielonej powodowi z urzędu, które nie zostały pokryte w całości ani w części.

(protokół rozprawy k. 286-287)

W pozostałym zakresie stanowiska stron do zamknięcia rozprawy nie uległy zmianie.

(protokół rozprawy k. 286-287)

### **Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:**

Towarzystwo (...) SA we W. jako ubezpieczyciel zawarło z (...) SA jako ubezpieczającym umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Integralną część umowy stanowiły Warunki (...).

(bezsporne, zeznania świadka P. M. w protokole elektronicznym rozprawy k. 234-235)

Zgodnie z treścią Rozdziału 2 pkt 1 warunków ubezpieczenia obowiązujących dla wyżej opisanej umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia oraz dożycie przez ubezpieczonego końca okresu odpowiedzialności. Celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (Rozdział 2 pkt 2 w.u.) Okres odpowiedzialności w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się 7 stycznia 2011 roku, jeśli spełnione zostaną warunki określone w Rozdziale 4 i trwa przez 120 miesięcy, a także kończy się z dniem zgonu ubezpieczonego lub z dniem rezygnacji przez ubezpieczonego z ubezpieczenia, lub z dniem rozwiązania stosunku ubezpieczenia, lub z dniem likwidacji Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) w zależności od tego, co nastąpi pierwsze (Rozdział 3 pkt 1 i 2 w.u.).

Zgodnie z Rozdziałem 5 pkt 10 w.u. Ubezpieczyciel w ciągu 14 dni roboczych od zakończenia okresu subskrypcji dokonuje pierwszego nabycia jednostek uczestnictwa w Funduszu i zapisania ich na rachunku. Do czasu nabycia jednostek uczestnictwa funduszu środki pieniężne nie są oprocentowane. Pierwsze nabycie jednostek uczestnictwa w Funduszu następuje za składkę pierwszą oraz pierwszą składkę bieżącą po pomniejszeniu o opłatę administracyjną pobraną zgodnie z rozdziałem 8 pkt 3, według wzoru zawartego w warunkach umowy. W dniu wskazanym w certyfikacie następuje kolejne nabycie jednostek uczestnictwa funduszu i zapisanie ich na rachunku, które dokonane zostaje za kolejną składkę bieżącą po pomniejszeniu o opłatę administracyjną (Rozdział 5 pkt 11 w.u.). Wysokość składki zainwestowanej obliczana jest na podstawie zadeklarowanej składki pierwszej i jest niezmienna w całym okresie odpowiedzialności, i stanowi iloraz składki pierwszej przez 20% (Rozdział 6 pkt 1 w.u.). Stosownie do Rozdziału 8 pkt 1 w.u. ubezpieczyciel pobiera 1) opłatę administracyjną w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko, 2) opłatę likwidacyjną. Opłata administracyjna naliczana jest procentowo zgodnie z tabelą opłat i limitów składek od wartości składki zainwestowanej i pobierana jest miesięcznie ze składki bieżącej w dniu zapłaty składki bieżącej (Rozdział 8 pkt 3 w.u.). 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. Pobranie następuje poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu o wartość opłaty likwidacyjnej (Rozdział 8 pkt 4 w.u.).

Zgodnie z Rozdziałem 10 pkt 1 w.u. w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu lub uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wynosi 100% wartości rachunku w dacie umorzenia. Wartość rachunku zostanie ustalona zgodnie z zapisami § 4 ust. 5 regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) (Rozdział

10 pkt 2 w.u.). Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności ustalana jest po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa funduszu. Umorzenie wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu następuje w terminie 25 dni po zakończeniu okresu odpowiedzialności według wartości jednostki uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia (Rozdział 10 pkt 3 w.u.). Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczonego ustalana jest po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa funduszu. Umorzenie wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu następuje najpóźniej w ciągu 7 dni roboczych od dnia uzyskania przez ubezpieczyciela aktu zgonu ubezpieczonego według wartości jednostki uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia (Rozdział 10 pkt 5 w.u.). Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności następuje w terminie nie późniejszym niż 30 dni od zakończenia okresu odpowiedzialności (Rozdział 12 pkt 3 w.u.). 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 ubezpieczonego w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia albo na rachunek bankowy ubezpieczającego wskazany w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia (Rozdział 14 pkt 4 w.u.). 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) (Rozdział 14 pkt 6 w.u.). Zgodnie z Rozdziałem 1 pkt 31 w.u. wartość jednostki uczestnictwa w funduszu, to wartość stanowiąca iloraz wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz liczby wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu kapitałowego. Natomiast wedle Rozdziału 1 pkt 32 w.u. wartość rachunku to wartość stanowiąca iloczyn bieżącej liczby jednostek uczestnictwa funduszu znajdującej się na rachunku oraz aktualnej na dany dzień wartości jednostki uczestnictwa funduszu.

(ogólne warunki ubezpieczenia k. 17-24, k. 32-34)

Zgodnie z treścią §2 ust 13 regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) wartość jednostki uczestnictwa funduszu to iloraz wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego i liczby wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu. Z kolei wartość aktywów netto to wartość wszystkich aktywów funduszu pomniejszona o zobowiązania wynikające z przepisów powszechnie obowiązującego prawa, ustalana zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie (§2 ust 12 regulaminu).

Stosowanie do § 4 ust. 1 regulaminu ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów ubezpieczyciela, składającą się z jednostek uczestnictwa funduszu o jednakowej wartości. Środki Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...) lokowane są do 100% w certyfikaty wyemitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...) (kod (...): (...)). Certyfikaty wyceniane są w złotych polskich. Inwestycja w certyfikaty wiąże się z ryzykiem kredytowym emitenta rozumianym jako możliwość wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności emitenta do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu wyemitowanych certyfikatów (§ 4 ust. 3 regulaminu). Zgodnie z § 4 ust. 5 regulaminu, wartość rachunku po zakończeniu okresu odpowiedzialności zostanie obliczona w oparciu o wartość wyżej wskazanych certyfikatów na podstawie wzoru wskazanego w tym punkcie regulaminu, odwołującego się m.in. do tzw. wartości zamknięcia wyżej wskazanego indeksu.

(regulamin funduszu k. 25-27)

Produkt (...) był nastawiony na inwestycję 15 –letnią. Oparty był o indeks Libra, który zawierał w sobie różne aktywa wpływające na jego wycenę. W indeksie zawarte były mechanizmy dotyczące inwestowania w poszczególne rodzaje aktywów. Konstrukcja produktu polegała na tym, że Towarzystwo (...) nabywała certyfikaty - obligacje strukturyzowane oparte o ten indeks emitowane przez emitenta obligacji, które stanowiły do 100% aktywów funduszu inwestycyjnego. Indeks miał dywersyfikować ryzyko zarówno w razie spadków jak i w razie wzrostu ich wartości. Aktywami były obligacje wyemitowane przez emitentów zależnych od Banku (...). Obligacje miały mechanizm gwarantujący ochronę kapitału na koniec okresu inwestowania. Decyzję w przypadku tego, w co inwestowane są środki klientów podejmował Bank (...). Decyzja dotycząca sposobu zainwestowania środków klientów pozyskanych przez

(...) została podjęta na etapie negocjowania warunków umowy przez ten podmiot z Towarzystwem (...). Towarzystwo (...) ponosiło koszty związane z uruchomieniem produktu oraz z jego dystrybucją i utrzymaniem produktu przez cały czas jego trwania. Koszty związane z uruchomieniem produktu to były: obsługa informatyczna, uruchomienie systemu dla doradców, przygotowanie marketingowe dokumentów i ich przechowywanie, system dystrybucji. Koszty te były szacowane na samym początku negocjowania umowy z kontrahentem. Koszty te były jednak szacowanie nie tylko na początku oferowania produktu, ale także przy każdej subskrypcji w cyklu miesięcznym. Wysokość opłaty likwidacyjnej była ustalana w odniesieniu do już pokrytych kosztów związanych między innymi z dystrybucją produktu. Suma ubezpieczenia była indywidualna dla każdego klienta w zależności od wysokości zadeklarowanych składek. W okresie korzystania z powołanego produktu nie było możliwości zmiany strategii inwestycyjnej, chroniony był tylko kapitał klientów na koniec umowy ubezpieczenia. W przypadku śmierci osoby ubezpieczonej, osobie uposażonej wypacano wartość rachunku dodatkowo powiększoną o 1% zainwestowanych składek do momentu jej śmierci. Po upływie okresu ubezpieczenia wypłacana miała być co najmniej wartość zainwestowanych środków oraz ewentualnie wzrost o wartość indeksu. Opłaty likwidacyjne miały pokrywać koszty dystrybucji produktu od chwili wycofania się klienta z umowy do końca założonego okresu ubezpieczenia.

(zeznania świadka P. M. w protokole elektronicznym rozprawy k. 234-235)

W dniu 14 lutego 2011 roku (...) S.A. wystawił dla Towarzystwa (...) S.A. fakturę na kwotę 6.991.604 zł z tytułu wynagrodzenia za usługi pośrednictwa ubezpieczeniowego (...) Libra II.

(kopia faktury k. 87, rozliczenia k. 87v-88)

W dniu 22 grudnia 2010 roku R. N. złożył pisemną deklarację o przystąpieniu w charakterze ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) zawartej między Towarzystwem (...) SA a (...) SA.

W deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia określono w szczególności następujące elementy ubezpieczenia:

- okres ubezpieczenia: od 7 stycznia 2011 roku do 7 stycznia 2021 roku,
- wysokość składki zainwestowanej 56.250 zł (wysokość składki pierwszej 11.250 zł, oraz wysokość składki bieżącej 465 zł),
- fundusz kapitałowy oznaczony jako Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...).

(kopia deklaracji k. 16-16v, kopia certyfikatu k. 29)

Powód przystąpił do ubezpieczenia celem zabezpieczenia przyszłości swojej i jego rodziny. Powód na pierwsze spotkanie umówił się z pracownikiem firmy (...), aby przedstawić swoje potrzeby i oczekiwania. Drugie spotkanie z pracownikiem firmy (...) odbyło się w obecności żony powoda. Przedstawiono powodowi 4 produkty odpowiadające jego potrzebom. Podczas tego spotkania, powód był zapewniany, że jeśli wybrany produkt nie będzie spełniał jego oczekiwań, może się z niego wycofać np. po 5 latach i otrzymać zwrot zainwestowanych środków. Powód otrzymał informację, że ma zagwarantowaną wypłatę 100% środków, które wpłaci. Dodatkowo został poinformowany, że jego pieniądze miały być inwestowane i mogły, choć nie musiały osiągnąć dodatkowego zysku. Powód nie był informowany jak będą inwestowane jego środki.

(zeznania świadka J. N. w protokole elektronicznym rozprawy k. 253-254, zeznania powoda w protokole elektronicznym rozprawy k. 281-283)

Powód wpłacił na rzecz pozwanego towarzystwa ubezpieczeń w dniu 22 grudnia 2010 roku składkę pierwszą w wysokości 12.000 zł oraz 48 składek bieżących (co miesięcznych) w wysokości po 465 zł. Łącznie powód zapłacił pozwanemu kwotę 33.570 zł.

(okolicość bezsporna, potwierdzenie wpłaty k. 28)

Pismem z dnia 21 marca 2011 roku (...) SA poinformowało powoda, że (...) stanowi umowę o charakterze inwestycyjnym będącą „planem systematycznego oszczędzania”.

(pismo k. 30-30v)

Pismem z dnia 31 października 2014 roku Towarzystwo (...) SA poinformowało powoda o zmianie niektórych postanowień Warunków (...), które miały zacząć obowiązywać od 1 stycznia 2015 roku.

(pismo k. 31-31v, załącznik k. 32-34)

Pismem z dnia 17 listopada 2014 roku pozwany poinformował powoda, że wartość jego rachunku na dzień 31 października 2014 roku wynosiła 22.461,37 zł, natomiast w przypadku zgonu powoda uprawnionym osobom przysługiwałoby świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości 23.023,87 zł.

(pismo k. 35-35v)

Pismem z dnia 16 stycznia 2015 roku powód złożył pisemną rezygnację z ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Libra II oraz wniósł o zwrot pierwszej składki w wysokości 12.000 zł oraz wpłacanych przez 48 miesięcy składek bieżących po 465 zł bez potrącenia opłaty likwidacyjnej w związku z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia. Odpis pisma doręczono pozwanemu w dniu 26 stycznia 2015 roku.

(kopia rezygnacji k. 36-36v, potwierdzenie nadania k. 37, dowód doręczenia k. 38)

Wartość rachunku powoda na dzień 30 stycznia 2015 roku wynosiła 24.752,59 zł, przy ilości jednostek 427, (...) o wartości jednostki 57,87 zł.

(zestawienie k. 42-43)

W dniu 27 marca 2015 roku pozwany dokonał umorzenia jednostek uczestnictwa zgromadzonych na koncie powoda, których liczba na dzień 27 marca 2015 roku wynosiła 427, (...), zaś cena jednostki uczestnictwa 55,12 zł. Wartość rachunku powoda wynosiła kwotę 23.576,34 zł. Po potrąceniu opłaty likwidacyjnej na rzecz powoda w dniu 2 kwietnia 2015 roku wypłacono kwotę 11.788,17 zł.

(pismo k. 44-44v, potwierdzenie wpłaty k. 45).

R. N. posiada oszczędności w kwocie 20.000 zł, które chciałby przeznaczyć na pomoc dla córki na start w dorosłe życie.

(zeznania powoda w charakterze strony w protokole elektronicznym rozprawy k. 281-283)

Ustalając powyższy stan faktyczny Sąd oparł się na dowodach przedstawionych w sprawie w postaci dokumentów i ich kserokopii, zeznań świadków: P. M. i J. N. oraz powoda. Ustaleń stanu faktycznego na podstawie kserokopii dokumentów, znajdujących się w aktach niniejszej sprawy dokonano, stosując w tym zakresie przepis art. 308 k.p.c.

Zeznania świadków: K. G. i E. M. niewiele wnoszą do sprawy. Świadkowie są pracownikami pozwanego, którzy obsługują wielu klientów. Oboje nie pamiętali ani osoby powoda, ani szczegółów prowadzonych z nim rozmów i negocjacji. Świadek K. G. wskazał jedynie jakie czynności zwyczajowo wykonywał podczas sprzedaży produktu z każdym klientem. Z kolei świadek E. M. przedstawiała powodowi produkt ubezpieczeniowy i doprowadziła do podpisania deklaracji przystąpienia jednakże świadek nie pamiętała szczegółów transakcji ani nie potrafiła rozpoznać powoda. Swoją wiedzę czerpała z dokumentów otrzymanych z sądu i danych z systemu (...).

Postanowieniem z dnia 19 grudnia 2016 roku Sąd postanowił oddalić wniosek pełnomocnika powoda o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu ekonomii oraz analizy finansowej, jako niezasadny.

Wobec stwierdzenia przez Sąd nieważności postanowień umowy wiążącej powoda z pozwanym, przeprowadzanie dowodu z opinii biegłego celem ustalenia wartości jednostki uczestnictwa w funduszu, sposobu jej wyceny i prawidłowości wyliczeń strony pozwanej w tym zakresie jawiło się jako bezcelowe. Częściowo również okoliczności, na które zgodnie z zakreśloną tezą dowodową, miałyby się wypowiadać biegły sądowy, były możliwe do ustalenia przez Sąd na podstawie innych dowodów zgromadzonych w aktach postępowania i nie było w tym zakresie konieczności przeprowadzania dowodu z opinii biegłego sądowego.

### **Sąd Rejonowy zważył, co następuje:**

Powództwo podlegało uwzględnieniu w części.

Przechodząc do merytorycznej oceny zasadności roszczenia powoda należy wskazać, że nie jest w pełni precyzyjnie zawarte w pozwie twierdzenie, jakoby strony procesu zawarły umowę (k. 5). Ś. rzecz biorąc, powód jako ubezpieczony złożył jednostronne oświadczenie woli o przystąpieniu w charakterze ubezpieczonego do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wynikającego z umowy ubezpieczenia zawartej między (...) SA, a pozwanym towarzystwem ubezpieczeniowym. Polskie prawo dopuszcza zawieranie umów ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 808 § 1 k.c.), tj. sytuację polegającą na tym, że umowa ubezpieczenia zawierana jest w interesie osoby innej niż ubezpieczający, a zatem w celu objęcia ochroną ubezpieczeniową dóbr osobistych lub majątku innej osoby niż ubezpieczający – przy czym ubezpieczony nie musi być imiennie wskazany w samej umowie ubezpieczenia. Stosownie do treści art. 808 § 2 k.c. roszczenie o zapłatę składki ubezpieczeniowej przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie w stosunku do ubezpieczającego.

Dokonując oceny ważności wyżej opisanej umowy ubezpieczenia oraz złożonego przez powoda oświadczenia (deklaracji) o przystąpieniu do ubezpieczenia należy mieć na względzie, jako ogólną wskazówkę interpretacyjną, treść art. 76 Konstytucji, zgodnie z którą zadaniem władz publicznych Rzeczypospolitej Polskiej (a zatem w szczególności sądów powszechnych) jest ochrona konsumentów przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi. Art. 76 Konstytucji jest wytyczną kierunkową dotyczącą obowiązku władz publicznych ochrony konsumentów jako słabszych uczestników obrotu prawnego przed nieuczciwymi praktykami rynkowymi silniejszych podmiotów (por. wyrok TK z dnia 29 maja 2001 roku, K 5/01, OTK nr 4 z 2001 roku, poz. 87). Przez nieuczciwe praktyki rynkowe należy rozumieć niedozwolone przez prawo i sprzeczne z dobrymi obyczajami środki i działania używane przez przedsiębiorców, które zagrażają lub naruszają interesy konsumentów (B. Banaszak, Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Komentarz, Warszawa 2009, s. 386). Ustawodawca ma prawo definiowania i dookreślania pojęcia nieuczciwych praktyk rynkowych, jednakże w sytuacjach spornych ocena, czy w konkretnym przypadku doszło do nieuczciwych praktyk rynkowych, jest dokonywana przez sąd (wyrok TK z dnia 12 stycznia 2000 roku, P 11/98, OTK nr 1 z 2000 roku, poz. 3).

Powód przez złożenie deklaracji o przystąpieniu do wyżej opisanego ubezpieczenia, wynikającego z umowy zawartej przez (...) S.A. i pozwane Towarzystwo (...), stał się ubezpieczonym w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego oraz wyżej przywołanych postanowień w.u. Formalnie rzecz biorąc, powód nie był zobowiązany do uiszczania składek określonych w deklaracji o przystąpieniu do ubezpieczenia, jednakże brak terminowego uiszczania przez niego tychże składek, rodził (dla niego) skutki określone w Rozdziale 4 pkt 2, Rozdziale 5 pkt 7 i 8 w.u. tj. wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej i wypłatę tzw. wartości wykupu - określonej w Rozdziale 14, której wartość bynajmniej nie odpowiada sumie wpłaconych uprzednio przez ubezpieczonego składek, lecz pomniejszona miała być o opłatę likwidacyjną oraz podatek dochodowy od osób fizycznych. Niesporne w niniejszej sprawie jest to, że w ramach rzeczywistego funkcjonowania wyżej opisanego produktu ubezpieczeniowego to ubezpieczeni pokrywali w całości składki przewidziane w umowie i ustalone w deklaracji o przystąpieniu do ubezpieczenia. Składek tych nie wpłacał za ubezpieczonych (...) S.A., który jednak otrzymywał od pozwanego zakładu ubezpieczeń znacznej wysokości wynagrodzenie za świadczenie usługi polegającej na „dystrybucji” wyżej opisanego produktu ubezpieczeniowego – (...).

Powód po uiszczeniu pierwszej składki w wysokości 12.000 zł oraz dalszych składek bieżących (miesięcznych) w wysokości po 465 zł wystąpił o wypłacenie mu tzw. wartości wykupu, tj. w istocie zrezygnował z dalszego

ubezpieczenia, jednakże wypłacono mu jedynie kwotę 11.788,17 zł, co stanowi około 35 % wpłaconych przez niego składek.

Wskazać należy, że w przypadku umów ubezpieczenia zawieranych na cudzy rachunek odrębnie można analizować ważność samej umowy oraz ważność i prawną skuteczność jednostronnego oświadczenia ubezpieczonego o wyrażeniu zgody na objęcie go danym ubezpieczeniem (tj. o przystąpieniu do ubezpieczenia). Zaznaczyć należy, że nieważność tego ostatniego oświadczenia skutkuje tym, że wszelkie świadczenia spełnione przez ubezpieczonego w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej (tj. w celu otrzymania określonych świadczeń od zakładu ubezpieczeń) stają się świadczeniami nienależnymi w rozumieniu art. 410 § 2 k.c.

Stosownie do treści art. 829 § 2 k.c. w umowie ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej. Oświadczenie powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Brak skutecznego prawnie oświadczenia ubezpieczonego wyrażającego wolę skorzystania z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej oznacza, że umowa ubezpieczenia pozostanie w stosunku do tej osoby prawnie bezskuteczna, co oznacza, że osoba ta nie uzyska na jej podstawie ochrony ubezpieczeniowej. Wymóg określony w art. 829 § 2 zd. 2 k.c. stanowi ustawową przesłankę ważności czynności prawnej polegającej na złożeniu przez ubezpieczonego oświadczenia woli do co skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej. Niespełnienie tego wymogu, z uwagi na treść art. 58 § 1 k.c., oznacza bezwzględną nieważność tego rodzaju czynności prawnej.

Stwierdzić wobec tego należy, że podniesiony przez powoda zarzut mówiący o tym, że złożone przez niego oświadczenie o przystąpieniu do ubezpieczenia nie zawiera określenia wysokości sumy ubezpieczenia i wobec tego jest bezskuteczne, musi zostać uznany za zasadny. Wskazać należy, że powód miał zamiar przystąpić w charakterze ubezpieczonego do wyżej opisanej umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a zatem konieczne było w tym celu spełnienie wymogów określonych w art. 829 § 2 k.c. Tego rodzaju oświadczenie powód złożył w formie pisemnej (k. 16-16v), jednakże niewątpliwie nie zawiera ono wskazania sumy ubezpieczenia, choćby w sposób pośredni, tj. za pomocą wzoru pozwalającego na ustalenie wysokości tej sumy. Brak jest jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, że sumą ubezpieczenia jest wysokość tzw. składki zainwestowanej wskazanej w jednym z punktów deklaracji o przystąpieniu do ubezpieczenia. Zaznaczyć należy, że także strona pozwana nie była w stanie wskazać, w którym fragmencie swojego pisemnego oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia powód miałby określić wysokość sumy ubezpieczenia. W istocie, strona pozwana przyznała, że deklaracja złożona przez powoda takiej informacji nie zawiera („należy wskazać, że w przypadku ubezpieczeń na życie z (...) może nie być możliwe wskazanie sumy ubezpieczenia w stałej kwocie X” – por. odpowiedź na pozew). Dodać należy, że określenia wysokości sumy ubezpieczenia nie zawiera także wystawiony przez pozwane towarzystwo ubezpieczeń dla powoda certyfikat potwierdzający udzielenie ubezpieczenia (k. 29).

Jak już wyżej wskazano, brak w oświadczeniu ubezpieczonego o przystąpieniu do ubezpieczenia na życie elementu, o którym mowa w art. 829 § 2 zd. 2 k.c., skutkuje – z uwagi na treść art. 58 § 1 k.c. – nieważnością tego oświadczenia oraz tym, że nie wywołuje ono jakichkolwiek skutków prawnych. Skutek ten następuje z mocy samego prawa i jest niezależny od jakichkolwiek późniejszych zachowań podmiotów prawa. Brak jest jakichkolwiek podstaw prawnych aby uznać, że wymóg określony w art. 829 § 2 zd. 2 k.c. miałby nie mieć zastosowania do jednej z kategorii umów ubezpieczenia na życie, jaką są umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Umowy te zatem albo powinny być przez zakłady ubezpieczeń formułowane w taki sposób, aby było możliwe określenie z góry i w sposób jednoznaczny wysokości sumy ubezpieczenia, albo też nie powinny być zawierane z podmiotem ubezpieczającym innym niż sam ubezpieczony (tj. nie powinny przybierać postaci umów zawieranych na cudzy rachunek). Podkreślić należy, że wyżej przywołany wymóg wskazania sumy ubezpieczenia w oświadczeniu ubezpieczonego ma służyć ochronie ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia, które jest dla niego niekorzystne lub którego warunki nie są dla niego zrozumiałe. Niewątpliwym jest, że tego rodzaju ochronny cel omawianego przepisu niewątpliwie znajduje zastosowanie w szczególności do umów tak złożonych i mogących rodzić dla ubezpieczonego tak nieoczekiwane skutki jako umowa opisana wyżej. Stąd też, nie ma żadnych przesłanek natury



prawnej, aby twierdzić, iż wymóg ustawowy wyraźnie określony w art. 829 § 2 zd. 2 k.c. nie miał zastosowania akurat do umowy wyżej opisanej. Skoro zatem w oświadczeniu powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia suma ubezpieczenia nie została wskazana w jakikolwiek sposób (tj. ani kwotowo ani jakimkolwiek wzorem matematycznym pozwalającym ubezpieczonemu z góry obliczyć wysokość tej sumy), to oświadczenie to jest nieważne i nie rodzi jakichkolwiek skutków prawnych. To z kolei oznacza, że spełnione następnie przez powoda na rzecz pozwanego zakładu ubezpieczeń świadczenia pieniężne, tj. uiszczone składki, stanowiły świadczenia nienależne (art. 410 § 2 k.c.). Po pierwsze, ich spełnienie nastąpiło w wykonaniu nieważnej czynności prawnej. Po drugie, zamierzony cel świadczenia (tj. uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej przez powoda) nie został osiągnięty, gdyż z uwagi na treść art. 829 § 2 k.c. i wadliwość wyżej przywołanego oświadczenia powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia nie mógł zostać osiągnięty – skoro powód nie przystąpił skutecznie do ubezpieczenia, to nie mógł uzyskać ochrony ubezpieczeniowej ze strony pozwanego zakładu ubezpieczeń.

Wyżej przywołana argumentacja co do zasady czyni zbędnym rozważanie, czy sama umowa ubezpieczenia zawarta między (...), a pozwanym zakładem ubezpieczeń również była dotknięta nieważnością – nawet, jeżeli umowa ta była ważna, to nieważne i prawnie nieskuteczne było oświadczenie powoda o przystąpieniu do tego ubezpieczenia.

Nie mniej jednak zauważyć należy, że także wyżej przywołana umowa ubezpieczenia dotknięta została nieważnością.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że wbrew stanowisku strony pozwanej powód, chociaż nie jest stroną wyżej opisanej umowy, może podnosić zarzut jej nieważności i w oparciu o ten zarzut domagać się zwrotu nienależnych świadczeń spełnionych w intencji realizacji stosunku prawnego wynikającego z tej umowy. Nie istnieje żaden przepis prawa, czy to materialnego czy procesowego, który odbierałby powodowi prawo podnoszenia zarzutu nieważności wyżej wskazanej umowy. Dodać należy, że twierdzenie o nieważności danej umowy można formułować nie tylko w ramach powództwa o ustalenie nieważności umowy (art. 189 k.p.c.), lecz również jako podstawę powództwa o zwrot nienależnego świadczenia spełnionego na podstawie tej umowy – wówczas nie jest konieczne wskazanie jako pozwanych wszystkich stron umowy, lecz wystarczające i w pełni prawidłowe jest określenie jako pozwanego tej strony umowy, która otrzymała określone, nienależne świadczenia.

Dopuszczalność zawierania umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym wynika z treści art. 13 ust 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz.U. poz. 1206 z 2015 roku). Brak jest zatem podstaw do tego, aby podzielić argumentację strony powodowej, jakoby wyżej opisana umowa w ogóle nie była umową ubezpieczenia. Argumentacja powoda dotycząca „braku elementu wzajemności” jest z kolei o tyle chybiona, że brak jest podstaw do przyjęcia, że umowa ubezpieczenia jest umową wzajemną w rozumieniu przepisów k.c.

W tym miejscu należy zauważyć również, że wyżej przywołana umowa ubezpieczenia jest dotknięta – w ocenie Sądu orzekającego - wadą prawną również z innego powodu, a mianowicie z uwagi na to, że zachodzą podstawy do przyjęcia, że zawarto ją z naruszeniem lub obejściem przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (tekst jedn. Dz.U. z 2014 roku, poz. 1450). Stosownie do treści art. 2 ust. 1 tej ustawy, pośrednictwo ubezpieczeniowe polega na wykonywaniu przez pośrednika za wynagrodzeniem czynności faktycznych lub czynności prawnych związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia. Art. 2 ust. 2 ustawy określa, że pośrednictwo ubezpieczeniowe jest wykonywane wyłącznie przez agentów ubezpieczeniowych lub brokerów ubezpieczeniowych. Wprawdzie, formalnie rzecz biorąc, (...) S.A. zawarł wyżej przywołaną umowę ubezpieczenia w imieniu własnym (jako ubezpieczający działający na rachunek nieokreślonych imiennie innych osób, tj. ubezpieczonych), jednakże w istocie działał jako swego rodzaju „dystrybutor” produktu ubezpieczeniowego oferowanego osobom trzecim przez pozwaną zakład ubezpieczeń, co wynika z faktury na k. 87. Dodać należy, że w przypadku powoda do złożenia (prawie wadliwego) oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia doszło w jednostce (...) S.A. i niewątpliwie to jego pracownicy doprowadzili do tego, że powód złożył tego rodzaju oświadczenie, o czym świadczy przyjęcie przez ten podmiot od pozwanego Towarzystwa (...) wynagrodzenia. Innymi słowy, (...) S.A. w ramach wyżej przywołanej umowy formalnie był ubezpieczającym, natomiast w rzeczywistości nie uiszczal z własnych środków składek ubezpieczeniowych, lecz jedynie wykonywał czynności faktyczne polegające na

doprowadzeniu do przystępowania osób trzecich do ubezpieczenia oraz na przekazywaniu uiszczanych przez te osoby składek na rzecz pozwanego zakładu ubezpieczeń. Innymi słowy, w sensie ekonomicznym działał on jak pośrednik ubezpieczeniowy działający w interesie pozwanego Towarzystwa (...), za co otrzymywał od pozwanego wynagrodzenie w znacznej wysokości. Tego rodzaju działalność, jeśli nawet formalnie nie naruszała wymogów określonych w przepisach ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, to stanowiła obejście tych przepisów i wobec tego dotknięta jest nieważnością na podstawie art. 58 § 1 k.c.

Celem przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym jest to, aby działalność polegającą na pośrednictwie ubezpieczeniowym prowadziły wyłącznie podmioty posiadające status agenta ubezpieczeniowego lub dysponujące zezwoleniem na prowadzenie działalności brokerskiej (art. 2 ust. 2 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym), co w szczególności wynika z treści art. 47 ust.1 ustawy, który przewiduje odpowiedzialność karną za wykonywanie czynności agenta ubezpieczeniowego przez osoby do tego nieupoważnione (tj. niewpisane do rejestru agentów ubezpieczeniowych – art. 7 ust. 1 ustawy), jak również za prowadzenie działalności brokerskiej bez zezwolenia. Niewątpliwie sprzeczny z prawem i z celem wyżej przywołanej ustawy jest stan polegający na tym, że czynności polegające na pośrednictwie ubezpieczeniowym (tj. w szczególności na pozyskiwaniu klientów dla zakładów ubezpieczeń, wykonywaniu czynności przygotowawczych zmierzających do zawierania umów ubezpieczenia oraz uczestniczeniu w administrowaniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia – art. 4 ustawy) realizują osoby, które nie spełniają wyżej określonych wymogów. W szczególności, zawarcie i wykonywanie przez (...) S.A. i pozwany zakład ubezpieczeń umowy ubezpieczenia na rachunek nieokreślonych imiennie osób trzecich doprowadziło do sytuacji, w której skomplikowany produkt ubezpieczeniowy w postaci wyżej opisanego ubezpieczenia na życia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym oferowany był potencjalnym ubezpieczonym (w tym powodowi) przez pracowników (...) S.A., co do których brak jest podstaw do przyjęcia, że spełniali wymogi szczegółowo określone w art. 9 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym. Przesłanka ta nie została wykazana przez stronę pozwaną.

Zaznaczyć należy również, że wyżej przywołana umowa ubezpieczenia powinna zostać uznana za nieważną, nawet w razie zanegowania wyżej przywołanej argumentacji – z uwagi na inne względy natury prawnej. Zgodnie z treścią art. 353<sup>1</sup> k.c., strony zawierające umowę o charakterze obligacyjnym mogą ułożyć stosunek prawny według swojego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Wskazać zatem należy, że wyżej opisana umowa ubezpieczenia grupowego na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym narusza dyspozycję wyżej przywołanego przepisu, gdyż określa treść stosunku prawnego w sposób niezgodny z naturą (istotą) stosunku zobowiązaniowego oraz w sposób niezgodny z zasadami współżycia społecznego.

Wyżej przywołana umowa przewidywała trzy rodzaje sytuacji skutkujących powstaniem po stronie ubezpieczonego lub wskazanego przez niego uposażonego (Rozdział 12 w.u.) uprawnienia do otrzymania świadczenia pieniężnego od Towarzystwa (...). Wskazany przez ubezpieczonego uposażony miał prawo otrzymać w przypadku dożycia do końca okresu odpowiedzialności, w przypadku zgonu w okresie odpowiedzialności - z zastrzeżeniem Rozdziału 9, w przypadku rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.

Zaznaczyć należy, że w każdym z omawianych przypadków przesłanką służącą ustaleniu wysokości należnego ubezpieczonemu (lub wskazanemu przez niego uposażonemu) świadczenia pieniężnego była tzw. wartość rachunku określona w sposób bardzo ogólny w Rozdział 2 pkt 32 w.u. jako iloczyn bieżącej liczby jednostek uczestnictwa funduszu znajdującej się na rachunku oraz aktualnej na dany dzień wartości jednostki uczestnictwa funduszu.

O ile można przyjąć, że ubezpieczony mógł uzyskać (od ubezpieczającego lub ubezpieczyciela) informację o ilości przypisanych mu tzw. udziałów jednostkowych, to wartość jednostki uczestnictwa funduszu uzależniona od wartości ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jako całości, przy czym w.u. nie określały sposobu ustalenia tej ostatniej wartości, odsyłając w tym zakresie od tzw. regulaminu funduszu. Postanowienia tego regulaminu przewidują, że wartość jednostki uczestnictwa funduszu to iloraz wartości aktywów funduszu netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i liczby wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu (§ 2 pkt 13 regulaminu), a z kolei wartość aktywów netto to wartość wszystkich aktywów funduszu pomniejszona o zobowiązania wynikające z przepisów

powszechnie obowiązującego prawa, ustalana zgodnie z zasadami określonymi w regulaminie (§2 ust 12 regulaminu). Sposób ustalenia wartości aktywów netto funduszu został jednak w opracowany przez pozwane Towarzystwo (...) w regulaminie w sposób bardzo ogólnikowy (§4 ust. 2 regulaminu), poprzez wskazanie, że wartość ta jest ustalana „według wartości rynkowej” „z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny” – bez wyraźnego wskazania, kto oraz w jaki dokładnie sposób miałyby tej wyceny dokonywać. Z regulaminu wynika, że środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (tj. wydzielonej części aktywów należących do pozwanego towarzystwa ubezpieczeń) mają być lokowane do 100% w certyfikaty wyemitowane przez (...) (§4 ust. 3 regulaminu), tj. bank zagraniczny, nie działający w Polsce, przy czym wypłata z tych certyfikatów „oparta jest na indeksie”, określonym w § 4 ust. 4 regulaminu. Z §4 ust. 3 regulaminu wynika, że indeks ten został stworzony przez (...), natomiast postanowienia regulaminu nie określają, w oparciu o jakie zobiektywizowane kryteria ustalane są wartości tego indeksu. Użyte w § 4 ust. 4 regulaminu stwierdzenie mówiące o tym, że „indeks (...) umożliwia uzyskanie dynamicznie dostosowywanej ekspozycji na rynek akcji powiązanych z krajami rozwijającymi się oraz obligacji amerykańskich” posiada ograniczoną wartość semantyczną, tzn. jedynie w znikomym zakresie da się przypisać temu zwrotowi uchwytnie znaczenie na gruncie słownika i gramatyki języka polskiego. Nie sposób bowiem w oparciu o wyżej przywołane zdanie (jak również o kontekst w postaci treści pozostałych punktów regulaminu) ustalić, komu indeks ten ma umożliwiać „ekspozycję”, co i przez kogo ma być „eksponowane”. W istocie treść § 4 ust. 4 regulaminu jest tak ogólnikowa i niedoprecyzowana. Zdanie to nie pozwala w jakikolwiek sposób w jakimkolwiek momencie ustalić, przez kogo oraz za pomocą jakich obiektywnie uchwytne danych rynkowych i operacji matematycznych ustalana będzie każdorazowa wartość indeksu, o jakim mowa w wyżej przywołanych postanowieniach regulaminu. Innymi słowy, postanowienia wyżej przywołanego regulaminu definiują pojęcie wartości aktywów netto funduszu za pomocą metody określanej jako *ignotum per ignotum* (nieznane przez nieznane). Jedyną informacją, jaką pośrednio da się wywieść z treści postanowień regulaminu jest taka, że wartość indeksu będzie ustalał (...) (skoro to ten podmiot „stworzył” indeks, o którym mowa powyżej), jednakże nie wiadomo w oparciu o jakie dane, kryteria i metody matematyczne.

Analiza treści wyżej przywołanego regulaminu prowadzi do wniosku, że wartość należnych ubezpieczonemu świadczeń na gruncie umowy ubezpieczenia, która jest przedmiotem rozważań, ustalana będzie nie w oparciu o jakiekolwiek, obiektywnie weryfikowalne i powszechnie dostępne dane rynkowe, lecz w sposób wynikający z nieujawnionych w umowie i w.u. metod, kryteriów i danych, którymi posłuży się w tym celu osoba nie będąca stroną umowy, tj. (...). Z punktu widzenia stron umowy i podmiotu, w interesie którego umowa ta jest zawierana (tj. ubezpieczonego), oznacza to, że sposób ustalenia wysokości należnych ubezpieczonemu świadczeń pieniężnych uzależniony jest nie od jakichkolwiek obiektywnych kryteriów lecz od arbitralnej i opartej na niejawnych przesłankach decyzji osoby trzeciej, tj. (...).

W tym miejscu wskazać należy, że w doktrynie prawa cywilnego przyjmuje się, że sytuacji, kiedy oznaczenie świadczenia pozostawione zostało jednej ze stron stosunku prawnego, powinno być ono oparte na obiektywnej (tj. poddającej się weryfikacji) podstawie, a nie być pozostawione do swobodnego uznania strony - w przeciwnym razie zobowiązanie takie w większości przypadków będzie nieważne. Ten sam wymóg należy odnieść do sytuacji, w której treść świadczenia ma ustalić osoba trzecia. Bez ustalenia tego, jak dłużnik ma się zachować, a więc tego, co jest treścią świadczenia, zobowiązanie nie może istnieć. W momencie powstania zobowiązania treść świadczenia powinna być już określona albo co najmniej powinny być ustalone obiektywne kryteria pozwalające w sposób niezawodny ustalić treść świadczenia w terminie późniejszym (Z. Radwański, *Prawo zobowiązań*, Warszawa 1986, s. 44). Pozostawienie dłużnikowi dowolności w odniesieniu do określenia treści jego świadczenia oznaczałoby całkowity brak jego związania, co byłoby sprzeczne z naturą zobowiązania i stanowiłoby naruszenie art. 353<sup>1</sup> k.c. (T. Dybowski, A. Przyrzyńska w: *System prawa prywatnego. Tom 5. Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. E. Łętowska, Warszawa 2006, s. 190). Do cech koniecznych każdego stosunku zobowiązaniowego należy zaliczyć to, że powinien on dawać stronom pewność co do przysługujących im praw i ciążących na nich obowiązków oraz nie stwarzać sytuacji, w których w tej kwestii jedna ze stron stosunku jest uzależniona od drugiej (R. Trzaskowski, *Granice swobody kształtowania treści i celu umów obligacyjnych*, Kraków 2005, s. 317 oraz P. Machnikowski w: *System prawa prywatnego. Tom 5. Prawo zobowiązań – część ogólna*, red. E. Łętowska, Warszawa 2006, s. 504). Z tych samych względów wykluczyć należy, jako sprzeczną z istotą (naturą, właściwością) stosunku zobowiązaniowego sytuację, w której ustalenie treści świadczenia należnego

jednej ze stron tego stosunku uzależnione jest od arbitralnej lub opartej na całkowicie niejawnym (dla stron stosunku) przesłankach decyzji osoby trzeciej.

W związku z powyższym, podzielić należy wyrażony w orzecznictwie sądów powszechnych w odniesieniu do analogicznych stanów faktycznych (por. wyrok SO w Poznaniu z dnia 29 października 2015 roku, sygn. akt XVIII C 847/15 dostępny na portalu orzeczeń SO w Poznaniu pod adresem [http://orzeczenia.poznan.so.gov.pl/content/\\$ \(...\)\\_XVIII\\_C\\_ \(...\)\\_2015\\_Uz\\_2015-10-29\\_002](http://orzeczenia.poznan.so.gov.pl/content/$ (...)_XVIII_C_ (...)_2015_Uz_2015-10-29_002) oraz wyrok SO w Warszawie z dnia 27 marca 2015 roku, sygn. akt III C 1453/13 dostępny na portalu orzeczeń SO w Warszawie pod adresem

[http://orzeczenia. \(...\)so.gov.pl/content/\\$ \(...\)\\_III\\_C\\_ \(...\)\\_2013\\_Uz\\_2015-03-27\\_001](http://orzeczenia. (...)so.gov.pl/content/$ (...)_III_C_ (...)_2013_Uz_2015-03-27_001)) pogląd, zgodnie z którym określenie świadczenia należnego ubezpieczonemu w sposób opisany powyżej skutkuje koniecznością uznania, że umowa ubezpieczenia nie odpowiada naturze (istocie, właściwości) stosunku obligacyjnego, gdyż nie pozwala nawet w przybliżeniu określić treści świadczenia. Podzielić należy wyrażony w uzasadnieniu wyżej przywołanego wyroku SO w Poznaniu pogląd, zgodnie z którym tego rodzaju model inwestycji oferowany przez niektóre towarzystwa ubezpieczeń ma charakter „wirtualny” (iluzoryczny), gdyż nie odwołuje się on w jakikolwiek uchwytne sposób do realnie istniejącego rynku aktywów finansowych. Zysk lub strata z obligacji, w które lokowane były środki ubezpieczonych na gruncie omawianego modelu inwestycyjnego, jest uzależniony od wartości indeksów bankowych tworzonych przez prywatne podmioty, których wartość z kolei jest uzależniona od czynników, które nie są jawne dla stron umowy i dla ubezpieczonych. Jak z kolei trafnie wskazano w uzasadnieniu wyżej przywołanego wyroku SO w Warszawie, w ubezpieczeniach opartych na omawianym tutaj modelu inwestycyjnym wysokość należnych ubezpieczonym świadczeń nie była ustalana na podstawie jakichkolwiek wartości rynkowych, ponieważ jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym (jak również papiery wartościowe, w jakie inwestowano środki tego funduszu) nie były oferowane na publicznym rynku i nie były przedmiotem powszechnie dostępnego obrotu. Jak wynika z zeznań świadka P. M., obligacje, w które miano inwestować środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, były wyłącznie przedmiotem dwustronnych negocjacji (i transakcji) między zagranicznym podmiotem – Bankiem (...), a pozwanym Towarzystwem (...), a co więcej decyzja dotycząca sposobu inwestowania środków klientów pozyskanych przez (...) S.A. była podejmowana na etapie negocjowania warunków produktu (...) przez ten podmiot z pozwanym. Na podstawie zapisów umowy ubezpieczenia i o.w.u. nie sposób jest jednak ustalić, w oparciu o jakie kryteria miała być każdorazowo ustalana wartość (cena) tych obligacji. Omawiana tutaj umowa ubezpieczenia określała świadczenie ubezpieczyciela w taki sposób, że nie tylko nieznanym był sposób jego wyliczenia, ale w dodatku w dużej mierze wysokość tego świadczenia zależała od arbitralnych decyzji osoby trzeciej (tj. (...)) lub ubezpieczyciela, na które powód nie miał wpływu ani nie miał o nich wiedzy. Z tego względu omawiana umowa jest sprzeczna z naturą (istotą) stosunku obligacyjnego i jako taka jest nieważna z uwagi na treść art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c.

Co więcej, omawiana wyżej umowa ubezpieczenia jest nieważna także jako sprzeczna z zasadami współzycia społecznego, gdyż jest skonstruowana w taki sposób, że całość ryzyka inwestycyjnego wynikającego z umowy zawartej przez dwa podmioty wyspecjalizowane w przeprowadzeniu operacji finansowych przerzuca na będącego konsumentem (w rozumieniu art. 22<sup>1</sup> k.c.) ubezpieczonego. Zauważyć należy, że (...) S.A. będący formalnie ubezpieczającym, a w istocie podmiotem „dystrybującym” wyżej opisany produkt inwestycyjno-ubezpieczeniowy, otrzymał z tytułu doprowadzenia do tego, iż powód przystąpił do ubezpieczenia, wynagrodzenie od pozwanego Towarzystwa (...). Z kolei pozwany, z uwagi na treść ogólnych warunków ubezpieczenia, również nie ponosił ryzyka inwestycyjnego, gdyż inwestował środki wpłacane przez ubezpieczonych (tj. konsumentów przystępujących do ubezpieczenia) i otrzymywał świadczenia w postaci opłaty administracyjnej, w ramach której pobierana była opłata za ryzyko i opłaty likwidacyjnej (Rozdział 8 w.u.). Żadne z tych świadczeń zastrzeżonych dla ubezpieczyciela nie jest w jakimkolwiek stopniu uzależnione od ryzyka inwestycyjnego, a wysokość tych świadczeń – w przeciwieństwie do świadczenia należnego ubezpieczonemu – była z góry ściśle określona.

Jak już wyżej wskazano, całość ryzyka inwestycyjnego została przerzucona na ubezpieczonego będącego konsumentem i (w sensie ekonomicznym) nabywcą wyżej opisanego produktu ubezpieczeniowego. Omawiany produkt inwestycyjny jest skonstruowany w taki sposób taki, że ubezpieczyciel – nawet w razie zajścia

zdarzeń uzasadniających wypłatę świadczeń z tytułu śmierci ubezpieczonego lub dożycia przez niego końca okresu ubezpieczenia – będzie zobligowany do wypłaty co najwyżej równowartości już uiszczonych przez ubezpieczonego składek lub sumy odpowiadającej wartości przypisanych temu ubezpieczonemu jednostek funduszu kapitałowego, która to wartość zależy od ryzyka inwestycyjnego wynikającego z inwestowania środków należących do ubezpieczonego.

W omawianej kwestii należy w całości podzielić argumentację przedstawioną w uzasadnieniu wyroku SO w Warszawie w sprawie III C 1453/13. W przypadku "zwykłych" polis inwestycyjnych, pieniądze ubezpieczonych są inwestowane w fundusze inwestycyjne akcji czy obligacji notowanych na rynku regulowanym, czyli w papiery wartościowe dostępne w obrocie giełdowym i posiadające rzeczywistą wartość rynkową. Trafne i znajdujące zastosowanie także do produktu ubezpieczeniowego omawianego w niniejszej sprawie są sformułowane w wyżej przywołanym uzasadnieniu uwagi, zgodnie z którymi produkt oferowany powodowi na podstawie wyżej opisanej umowy ubezpieczenia ma zupełnie inny charakter niż „zwykłe” polisy inwestycyjne, gdyż polega na inwestowaniu środków pieniężnych ubezpieczonego w fundusz o charakterze – potocznie mówiąc – „wirtualnym” a nie rynkowym, gdyż nie jest to fundusz nabywający i sprzedający powszechnie dostępne i notowane na publicznych rynkach akcje lub obligacje. W funduszach tworzonych dla potrzeb omawianych produktów ubezpieczeniowych (tzw. polisolokat strukturyzowanych) lokowane są wyłącznie obligacje emitowane przez prywatne podmioty, a przy tym są to tego rodzaju obligacje, z których zysk nie jest uzależniony od notowań na powszechnie dostępnych rynkach finansowych, lecz od wartości indeksów bankowych ustalanych w utajniony sposób przez podmiot zewnętrzny (tj. bank zagraniczny emitujące dane obligacje). Niezależnie od tego, czy wartość tego – ustalanego w niejawnym sposób – indeksu wynika z tzw. ryzyka inwestycyjnego czy po prostu z arbitralnej decyzji podmiotu tworzącego dany indeks, to przerzucanie całości ryzyka związanego ze zmianą wartości tego indeksu na ubezpieczonego będącego konsumentem przez profesjonalne podmioty będące stronami umowy ubezpieczenia, które gwarantują sobie zysk z tego rodzaju umowy, jest z pewnością nieuczciwą praktyką rynkową, która nie może zostać zaakceptowana w państwie prawa.

Dodatkową, również nieuczciwą praktyką rynkową zastosowaną w wyżej opisanym produkcie ubezpieczeniowym było drastyczne ograniczenie tzw. wartości wykupu w przypadku przedterminowej rezygnacji przez ubezpieczonego z dalszego wpłacania składek i bycia objętym ubezpieczeniem. W przypadku rezygnacji przez ubezpieczonego z dalszego ubezpieczenia w trakcie trwania polisolokaty, powód miał otrzymać zwrot jedynie niewielkiej części tzw. wartości rachunku udziałów w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, co oznacza, że z tytułu swego rodzaju kary umownej tracił pozostałą część należnego mu świadczenia (niezależnie od tego, że wartość tego świadczenia była ustalana w wyżej omówiony, niejawnym i arbitralnym sposób). Sąd rozpoznający sprawę niniejszą w tej kwestii w pełni podziela pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 18 grudnia 2013 r. (I CSK 149/13, OSNC nr 10 z 2014 roku, poz. 103), zgodnie z którym postanowienie ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, przewidujące, że w razie wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego przed upływem 10 lat od daty zawarcia umowy, ubezpieczyciel pobiera tzw. opłatę likwidacyjną powodującą utratę wszystkich lub znacznej części zgromadzonych na rachunku ubezpieczającego środków finansowych, rażąco i w sposób niezgodny z zasadami współżycia społecznego narusza interesy konsumenta.

W związku z powyższym, wyżej opisaną umowę ubezpieczenia oraz oświadczenie powoda o przystąpieniu do tego ubezpieczenia uznać należy za nieważne i niewywołujące skutków prawnych. Z tego względu sumy wpłacone przez powoda na rzecz pozwanego z tytułu składek ubezpieczeniowych stanowią świadczenie nienależne, podlegające zwrotowi na podstawie art. 405 k.c. w zw. z art. 410 § 1 k.c. Skoro powód wpłacił na rzecz pozwanego składki w łącznej wysokości 33.570 zł, natomiast otrzymał ich zwrot jedynie w wysokości 11.788,17 zł, zasądzeniu na rzecz powoda podlega suma 21.781,83 zł.

Dodać należy, że pozwany w niniejszej sprawie nie wykazał, aby zużył tak uzyskane od powoda świadczenia w taki sposób, że nie jest już wzbogacony (art. 409 k.c.). Niezależnie od powyższego zauważyć należy, iż pozwane Towarzystwo (...), jako podmiot, który skonstruował i wprowadził na rynek tak wysoce wadliwy produkt ubezpieczeniowy, od początku powinien był liczyć się z obowiązkiem zwrotu kwot wpłacanych przez ubezpieczonych.

Wobec nie dokonania cofnięcia powództwa w zakresie żądanych w pozwie odsetek ustawowych od cofniętej kwoty 11.788,17 zł, Sąd oddalił żądania pozwu w tym zakresie, jako niezasadne.

Żaden przepis prawa nie określa terminu zwrotu nienależnego świadczenia, wobec czego stosownie do treści art. 455 k.c. świadczenie takie powinno zostać zwrócone niezwłocznie po wezwaniu do jego zwrotu skierowanym do osoby, która otrzymała takie świadczenie. Wezwanie do zwrotu całości wpłaconych przez powoda na rzecz pozwanego składek została doręczona Towarzystwu (...) w dniu 26 stycznia 2015 roku. Wezwanie to nie określa jednak daty, czy też terminu w jakim powód oczekiwał zwrotu żadanego świadczenia. W Tej sytuacji Sąd przyjął, że strona pozwana powinna zadośćuczynić jejobowiązkowi zwrotu świadczenia niezwłocznie. Od dnia otrzymania wezwania do zapłaty do dnia wytoczenia powództwa w przedmiotowej sprawie płynął okres ponad 8 miesięcy, wobec czego należało zgodnie z żądaniem pozwu na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. zasądzić ustawowe odsetki od dnia wniesienia pozwu, tj. od 2 listopada 2015 roku do dnia 31 grudnia 2015 roku oraz od dnia 1 stycznia 2016 roku do dnia zapłaty ustawowe odsetki za opóźnienie.

Z uwagi na wejście w życie od 1 stycznia 2016 roku zmiany w przepisach kodeksu cywilnego dotyczących odsetek i wyodrębnienie odsetek ustawowych za opóźnienie w wyroku zaznaczono, rozróżnienie tych odsetek.

Wobec cofnięcia powództwa ze zrzeczeniem się roszczenia, co do kwoty 11.788,17 zł postępowanie prowadzone w niniejszej w tym zakresie podlegało umorzeniu na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. Jednocześnie Sąd oddalił powództwo w zakresie żądania zapłaty odsetek ustawowych od dnia 02 listopada 2015 roku do dnia zapłaty od kwoty 11.788,17 zł.

Z uwagi na uwzględnienie zgłoszonego w pierwszej kolejności roszczenia powoda zbędne było orzekanie o roszczeniu ewentualnym zgłoszonym w pozwie.

O kosztach orzeczono na podstawie art. 100 zd. 1 k.p.c. stosunkowo je rozdzielając. Całość kosztów postępowania wyniosła 6.537,90 zł. Na koszty poniesione przez powoda złożyło się wynagrodzenie pełnomocnika profesjonalnego w kwocie 2.400 zł oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Na koszty poniesione przez stronę pozwaną złożyło się wynagrodzenie profesjonalnego pełnomocnika w kwocie 2.400 zł oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł. Koszty wyłożone tymczasowo przez Skarb Państwa wyniosły: 1.679 zł z tytułu opłaty stosunkowej od pozwu (roszczenie główne) oraz wydatki związane ze stawiennictwem świadka w kwocie 24,90 zł. Zasądzona na rzecz powoda kwota stanowi 65% dochodzonego przez niego roszczenia, a więc powód przegrał w przedmiotowej sprawie w 35 %. Powinien on ponieść wobec tego koszty w wysokości 2.288,27 zł. Mając na uwadze wysokość kosztów poniesionych przez powoda w sprawie, Sąd zasądził na jego rzecz od strony pozwanej kwoty 128,73 zł (według wyliczenia:  $6.537,90 \text{ zł} \times 35\% = 2.288,27 \text{ zł}$ ;  $2417 \text{ zł} - 2.288,17 \text{ zł} = 128,73 \text{ zł}$ ). Nieuiszczonymi kosztami sądowymi należnymi na rzecz Skarbu Państwa – tutejszego Sądu Rejonowego, Sąd w punkcie 5 wyroku obciążył stronę pozwaną, która przegrała przedmiotowy spór w 65 % i winna ponieść koszty w kwocie 4.249,63 zł (według wyliczenia:  $2.417 \text{ zł} + 1.703,90 \text{ zł} + 128,73 \text{ zł}$ )

Sąd nie znalazł przy tym podstaw do zastosowania w przedmiotowej sprawie przepisu art. 102 k.p.c. Regulacja ta znajduje zastosowanie w wyjątkowych sytuacjach, gdy z uwagi na okoliczności konkretnej sprawy, zastosowanie reguł ogólnych k.p.c. dotyczących zwrotu kosztu procesu byłoby nieuzasadnione. Podkreślić należy, że zastosowanie przez sąd art. 102 k.p.c. powinno być bowiem oceniane w całości okoliczności, które uzasadniałyby odstępstwo od podstawowych zasad decydujących o rozstrzygnięciu w przedmiocie kosztów procesu. Do kręgu tych okoliczności należy zaliczyć zarówno fakty związane z samym przebiegiem procesu, jak i fakty leżące na zewnątrz procesu, zwłaszcza dotyczące stanu majątkowego (sytuacji życiowej) stron. Okoliczności te powinny być nadto oceniane przede wszystkim z uwzględnieniem zasad współżycia społecznego (vide: postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 14 stycznia 1974 roku, II CZ 223/73, Lex nr 7379).

Przesłuchany w charakterze strony powód R. N., na rozprawie w dniu 20 lutego 2017 roku (zeznania powoda w związku z jego informacyjnymi wyjaśnieniami k. 281) wskazał, że dysponuje oszczędnościami w kwocie 20.000 zł, które chciałby przeznaczyć na pomoc dla córki na jej start w nowe życie. Było to powodem cofnięcia przez Sąd zwolnienia od

kosztów sądowych udzielonego powodowi na etapie przedsądowym w zakresie opłaty od pozwu. Jest to jednocześnie podstawą do przyjęcia, że powód w toku tego postępowania winien liczyć się z obowiązkiem pokrycia, przynajmniej części jego kosztów w zakresie w jakim jest stroną przegrywającą w procesie. Oświadczenie pełnomocnika powoda złożone na rozprawie w dniu 16 marca 2017 roku, dotyczące tego, że powód już zużył posiadane oszczędności na potrzeby rodziny nie jest wiarygodne, a co więcej nie zostało potwierdzone żadnym dowodem, co więcej stoi w sprzeczności z zeznaniami powoda w charakterze strony złożonymi około 3 tygodniu wcześniej.

W niniejszej sprawie powód reprezentowany był przez pełnomocnika z urzędu, którego wynagrodzenie wraz z podatkiem VAT stanowiło kwotę 2.952 zł, przyznaną przez Sąd w punkcie 6 wyroku. Z uwagi na wynik postępowania w zw. z art. 102 k.p.c. Sąd wypłacił wynagrodzenie pełnomocnikowi do kwoty 1.033,20 zł – 35 % (ze Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi – Widzewa w Łodzi) oraz zasądził od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej we W. na rzecz R. N. kwotę 1.918,80 zł (tytułem części wynagrodzenia pełnomocnika ustanowionego dla powoda z urzędu w osobie adwokat K. S. w zakresie w jakim powód był stroną wygrywającą w procesie. Postawą orzeczenia sądu w tym zakresie był przepis art. 122 § 1 k.p.c.

Mając powyższe na uwadze orzeczono jak w sentencji.