

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 7 grudnia 2015 roku

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

Przewodniczący: SSR Adam Borowicz

Protokolant: Piotr Raś

po rozpoznaniu w dniu 23 listopada 2015 roku w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa A. C.

przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

1. umarza postępowanie w zakresie roszczenia o zapłatę sumy 204 zł (dwieście cztery złote) z odsetkami ustawowymi od dnia 6 grudnia 2013 roku;
2. zasądza od (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz A. C.:
 - a. sumę 9805,13 zł (dziewięć tysięcy osiemset pięć złotych trzynaście groszy) z odsetkami ustawowymi od dnia 2 czerwca 2015 roku do dnia zapłaty należności głównej,
 - b. sumę 2912,90 zł (dwa tysiące dziewięćset dwanaście złotych dziewięćdziesiąt groszy) z tytułu kosztów procesu;
3. oddala powództwo w pozostałym zakresie;
4. nakazuje zwrócić A. C. z funduszy Skarbu Państwa – Sądu Rejonowego dla Łodzi-Śródmieścia w Łodzi sumę 5,10 zł (pięć złotych dziesięć groszy) z tytułu opłaty sądowej od pozwu, uiszczonej w dniu 7 maja 2015 roku, zaksięgowanej pod numerem (...), pozycja 163.

UZASADNIENIE

A. C. wystąpił przeciwko (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W. z powództwem o zapłatę sumy 10.009,13 zł z odsetkami ustawowymi szczegółowo opisanymi w pozwie. Powód oświadczył, że łącząca go z pozwanym zakładem ubezpieczeń umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest nieważna z uwagi na jej sprzeczność z prawem i zasadami współżycia społecznego, wobec czego strona pozwana powinna zwrócić powodowi wszystkie świadczenia spełnione przez niego w ramach wykonywania tejże umowy.

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 dalszym piśmie procesowym powód sprecyzował, że w ramach roszczenia ewentualnego domaga się zapłaty przez pozwanego sumy 2339,60 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 15 lutego 2014 roku.

(pozew k. 3-8; pismo procesowe powoda k. 100)

Strona pozwana w odpowiedzi na pozew wniosła o oddalenie powództwa w całości.

(odpowiedź na pozew k. 22-45)

W złożonym przed terminem rozprawy piśmie procesowym datowanym na 10 września 2015 roku powód cofnął pozew w zakresie żądania zapłaty sumy 204 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 6 grudnia 2013 roku, tj. ograniczył żądanie do zapłaty sumy 9805,13 zł z odsetkami ustawowymi.

(pismo powoda k. 80-81)

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

W dniu 29 lipca 2011 roku MyLife Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. zawarło z (...) Bank S.A. umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...).

Stosownie do treści §6 ust. 4 umowy, do zapłaty składki pierwszej i składek bieżący zobowiązał się ubezpieczający (tj. (...) Bank S.A.), jednakże wyżej wskazane towarzystwo ubezpieczeń i ubezpieczający dopuścili możliwość sfinansowania przez ubezpieczonego (tj. osobę inną niż strony umowy) składek zadeklarowanych przez niego w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

(kopia umowy k. 69-72)

MyLife Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W. zmieniło następnie nazwę na (...) S.A.

(okoliczność bezsporna, kopia aneksu do umowy k. 73)

W dniu 24 sierpnia 2012 roku (...) Bank S.A. wystawił dla (...) S.A. fakturę na sumę 6.398.865 zł z tytułu wynagrodzenia za dystrybucję produktu ubezpieczeniowego – (...), XI subskrypcja, lipiec 2012.

(kopia faktury k. 61)

Zgodnie z treścią § 3 ust. 1 ogólnych 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 ostatniego dnia ubezpieczenia (§ 3 ust. 2 o.w.u.). Stosownie do treści §3 ust. 3 o.w.u., w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia towarzystwo ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w §15 pkt.1 o.w.u., tj. co do zasady sumę ubezpieczenia określono w §16 ust. 1 o.w.u., natomiast w przypadkach określonych w §17 o.w.u. wyłącznie tzw. wartość rachunku udziałów. Zgodnie z §3 ust. 4 o.w.u. w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia towarzystwu ubezpieczeń wypłaca mu świadczenie określone w § 16 ust. 2 o.w.u., tj. określoną w tej części o.w.u. sumę ubezpieczenia (tj. tzw. wartość rachunku udziałów skorygowana o opłaty szczegółowo opisane w tym punkcie o.w.u.). Z kolei § 3 ust. 5 o.w.u. stanowi o tym, że w przypadku złożenia dyspozycji wypłaty tzw. wartości wykupu lub rezygnacji w okresie ubezpieczenia towarzystwu ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu wartość wykupu, o której mowa w §18 o.w.u.

Stosownie do treści §18 o.w.u. ubezpieczony ma prawo do wartości wykupu w każdym czasie trwania okresu ubezpieczenia (§18 ust. 1), przy czym dyspozycja wypłaty wartości wykupu jest jednoznaczna z rezygnacją z ubezpieczenia. §18 ust. 4 o.w.u. stanowi o tym, że wartość wykupu stanowi iloczyn wartości rachunku udziałów oraz stawki procentowej wartości rachunków udziałów właściwej dla roku polisowego, w którym nastąpił koniec okresu ubezpieczenia, skorygowany o opłaty szczegółowo opisane w § 18 ust. 4 pkt. 1-3 o.w.u. Zgodnie z § 2 o.w.u. wartość rachunku udziałów to wartość udziałów jednostkowych zaewidencjonowanych na rachunku udziałów wyliczona jako iloczyn liczby udziałów jednostkowych oraz wartości udziału jednostkowego w dniu wyceny (§ 2 pkt. 41 o.w.u.), natomiast wartość udziału jednostkowego to wartość danego funduszu podzielona przez liczbę udziałów

jednostkowych zgromadzonych w danym funduszu, ustalana w dniu wyceny w sposób zgodny z zapisami regulaminu (§2 pkt. 42 o.w.u.) – stosownie do treści § 2 pkt. 23 o.w.u. regulamin, o którym mowa w §2 pkt. 42 o.w.u., to regulamin funduszu (tj. ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, zdefiniowanego w §2 pkt. 12 o.w.u.) wskazujący zasady jego funkcjonowania, będący załącznikiem do ogólnych warunków ubezpieczenia.

(ogólne warunki ubezpieczenia k. 16-20)

Zgodnie z treścią §2 ust 1 regulaminu funduszu o nazwie (...), wartość udziału jednostkowego to iloraz wartości aktywów netto funduszu na dzień wyceny oraz liczby wszystkich udziałów jednostkowych na dzień poprzedzający wycenę. Z kolei wartość aktywów netto funduszu to wartość wszystkich aktywów funduszu pomniejszona o zobowiązania opisane w §2 ust. 5 regulaminu.

Stosownie do treści § 4 ust. 2 środki funduszu są lokowane w obligacje emitowane przez N. Bank (...) plc „z których wypłata oparta jest na Indeksie” (indeks ten określono w § 2 ust. 3 regulaminu jako (...) 3 I.) oraz w środki pieniężne. Zgodnie z § 4 ust. 6 regulaminu, końcowa wartość rachunku udziałów zostanie obliczona w oparciu o wartość wyżej wskazanych obligacji na podstawie wzoru wskazanego w tym punkcie regulaminu, odwołującego się m.in. do tzw. wartości zamknięcia wyżej wskazanego indeksu.

(regulamin funduszu k. 55)

Wartość jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego opisanego w ogólnych warunkach ubezpieczenia, do którego przystąpił powód, jest ustalana podstawie wyceny aktywów funduszu, którymi są obligacje emitowane przez N. Bank – wycena aktywów następuje w oparciu o cenę transakcyjną obligacji tego banku, które pozwany zakład ubezpieczeń może nabywać od wyżej wskazanego banku lub zbywać na jego rzecz.

(zeznania świadka S. F. k. 111)

W dniu 26 lipca 2012 roku A. C. złożył w punkcie obsługi klienta (...) Bank S.A. pisemną deklarację o przystąpieniu w charakterze ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) zawartej między (...) S.A a (...) Bank S.A.

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

- okres ubezpieczenia od 7 sierpnia 2012 roku do 6 sierpnia 2027 roku,
- wysokość składki zainwestowanej 33.750 zł (wysokość składki pierwszej 6750 zł, wysokość składki bieżącej 204 zł),
- fundusz kapitałowy oznaczony jako (...) L. (...).

(kopia deklaracji k. 12-13, kopia certyfikatu k. 74)

Z tytułu jednorazowego wynagrodzenia za czynności ubezpieczającego świadczone w zakresie wyżej opisanej umowy w związku z udzieleniem ochrony ubezpieczeniowej powodowi (...) Bank S.A. otrzymał od pozwanego zakładu ubezpieczeń wynagrodzenie w wysokości 6277,50 zł.

(kopia pisemnego oświadczenia k. 62, zeznania świadka S. F. k. 110)

Powód wpłacił na rzecz pozwanego towarzystwa ubezpieczeń składkę pierwszą w wysokości 6750 zł oraz 17 składek bieżących (co miesięcznych) w wysokości po 204 zł.

(okoliczność bezsporna, strona 7 odpowiedzi na pozew – k. 25 akt sprawy)

W okresie od 7 sierpnia 2012 roku do 29 stycznia 2014 roku wartość udziału jednostkowego funduszu kapitałowego (...) L. (...) spadła z 250 zł do 63,67 zł.

(wydruk k. 83)

W dniu 27 grudnia 2013 roku powód złożył w jednostce (...) Bank S.A. pisemny wniosek o dokonanie wypłaty wartości wykupu.

(kopia wniosku o dokonanie wypłaty wartości wykupu k. 59)

Pozwany zakład ubezpieczeń z tytułu tzw. wykupu środków wypłacił powodowi w dniu 14 lutego 2014 roku sumę 412,87 zł.

(okoliczność bezsporna, potwierdzenie wykonania przelewu k. 15)

Sąd zważył, co następuje:

Postępowanie prowadzone w niniejszej sprawie podlegało umorzeniu na podstawie art. 355 § 1 k.p.c. w zakresie, w jakim powód skutecznie cofnął pozew przed pierwszym terminem rozprawy, tj. w zakresie żądania zapłaty sumy 204 zł z odsetkami ustawowymi od dnia 6 grudnia 2013 roku.

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. 7). 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 (...) Bank S.A. 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 zadanie 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 ochron 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 rynkowej 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 dookreślenia 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 (...) Bank S.A. i pozwany zakład ubezpieczeń, stał się ubezpieczonym w rozumieniu przepisów K.c. oraz wyżej przywołanych postanowień o.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 skutki określone w § 11 ust. 10 o.w.u. w zw. z § 10 ust. 1 pkt. 3 i § 10 ust. 3 o.w.u, tj. wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej i wypłatę tzw. wartości wykupu określonej w §18 o.w.u. , której wartość bynajmniej nie odpowiada sumie wpłaconych uprzednio przez ubezpieczonego składek (w szczególności – stosownie do tabeli, której

kopia znajduje się na k. 56 akt sprawy – w razie wygaśnięcia ubezpieczenia w tzw. pierwszym roku polisowym powód miał otrzymać jedynie 8% wartości rachunków udziałów, w przypadku wygaśnięcia ubezpieczenia w drugim roku polisowym 15% tej wartości, etc.). 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 (por. pismo strony pozwanej k. 87 odwrót, punkt 11). Składek tych nie wpłacał za ubezpieczonych wyżej wskazany bank, który natomiast 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 6750 zł oraz 17 składek bieżących (miesięcznych) w wysokości po 204 zł wystąpił o wypłacenie mu tzw. wartości wykupu, tj. w istocie zrezygnował z dalszego ubezpieczenia, jednakże wypłacono mu jedynie sumę 412,87 zł, co stanowi ok. 4% sumy wpłaconych przez powoda składek (412,87 : (...)).

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 o woli 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 opisanego 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. 12), 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 wskazana 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” – k. 31). Dodać należy, że określenia wysokości sumy ubezpieczenia nie zawiera także wystawiony przez pozwane towarzystwo ubezpieczeń dla powoda certyfikat potwierdzający udzielenie ubezpieczenia (k. 74).

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 (...) Bank S.A. 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.

Analizując dalszą część argumentacji strony powodowej stwierdzić należy, że zawieranie przez banki umów ubezpieczenia na cudzy rachunek istotnie budzi wątpliwości co do zgodności z dyspozycją art. 6 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku Prawo bankowe (tekst jedn. Dz.U. z 2015 roku, poz. 128). Zawieranie tego rodzaju umów z pewnością nie stanowi żadnej z czynności bankowych, o jakich mowa w art. 5 Prawa bankowego. Z kolei art. 6 Prawa bankowego dopuszcza prowadzenie przez banki tylko enumeratywnie wyliczonych rodzajów działalności gospodarczej nie polegających na dokonywaniu czynności bankowych. Art. 6 Prawa bankowego określa, jakich czynności mogą

dokonywać banki, a zatem pozwala wnioskować, że innych czynności banki dokonywać nie mogą, co stanowi ustawowe ograniczenie zasady swobody umów określonej w art. 353¹ k.c. (P. Machnikowski w: System prawa prywatnego. Tom 5. Prawo zobowiązań – część ogólna, red. E. Łętowska, Warszawa 2006, s. 477). Wątpliwości budzi to, czy zawieranie przez bank na cudzy rachunek umów ubezpieczenia (w szczególności na życie) należy do którejkolwiek z kategorii czynności, o jakich mowa w art. 6 Prawa bankowego. Można jednak – jak się wydaje – bronić poglądu, zgodnie z którym tego rodzaju działalność stanowi świadczenie „innych usług finansowych” w rozumieniu art. 6 ust. 1 pkt. 7 Prawa bankowego (por. P. Sury, Praktyka bancassurance a przepisy karne ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym, Prokuratura i Prawo nr 10/2014, s. 110). Z pewnością nie można jednak wywodzić uprawnienia banku do prowadzenia takiej działalności, jak argumentował pozwany, z treści art. 808 k.c., bo wówczas należałoby konsekwentnie uznać, że bank może prowadzić także inne rodzaje działalności polegające na zawieraniu umów przewidzianych przepisami K.c., np. zajmować się odpłatnym świadczeniem usług przewozu lub spedycji.

W tym miejscu należy jednak zauważyć, że wyżej przywołana umowa ubezpieczenia z dnia 29 lipca 2011 roku jest dotknięta wadą prawną z nieco 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, (...) Bank S.A. zawarł wyżej przywołaną umowę ubezpieczenia w imieniu własnym (jako ubezpieczający działający na rachunek nieokreślonych imiennie innych osób, tj. ubezpieczonych), jednakże w istocie zawarcie tej umowy zmierzało do tego, aby wyżej wskazany bank działał jako swego rodzaju „dystrybutor” produktu ubezpieczeniowego oferowanego osobom trzecim przez pozwany zakład ubezpieczeń, co wynika zarówno z faktury na k. 61 i pisemnego oświadczenia na k. 62, jak i z zeznań świadka S. F. (k. 110). Dodać należy, że w przypadku powoda do złożenia (prawnie wadliwego) oświadczenia o przystąpieniu do ubezpieczenia doszło w jednostce wyżej wskazanego banku i niewątpliwie bank ten doprowadził do tego, że powód złożył tego rodzaju oświadczenie, o czym świadczy przyjęcie przez bank od pozwanego zakładu ubezpieczeń wynagrodzenia podanego w pisemnym oświadczeniu na k. 62 akt sprawy. Innymi słowy, (...) Bank 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 wyżej wskazany bank postępował jak pośrednik ubezpieczeniowy działający w interesie pozwanego zakładu ubezpieczeń, za co otrzymywał od pozwanego wynagrodzenie w znacznej wysokości. Tego rodzaju działalność banku, 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 (...) Bank 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

ubezpieceniowym funduszem kapitałowym oferowany był potencjalnym ubezpieczonym (w tym powodowi) przez pracowników banku, co do których brak jest podstaw do przyjęcia, że spełniali wymogi szczegółowo określone w art. 9 ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym.

Zaznaczyć należy, 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. 353¹ 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 (§ 20 o.w.u.) uprawnienia do otrzymania świadczenia pieniężnego od zakładu ubezpieczeń. Po pierwsze, wskazany przez ubezpieczonego uposażony miał prawo otrzymać, w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, świadczenie określone w §16 ust. 1 o.w.u. jako wyższa z dwóch wartości, jakimi są wartość rachunku udziałów lub suma opłaconych składek. Po drugie, w przypadku dożycia przez uposażonego końca przewidzianego w deklaracji o przystąpieniu do ubezpieczenia okresu ubezpieczony miał otrzymać świadczenie określone w §16 ust. 2 o.w.u., tj. wartość rachunku udziałów pomniejszoną o opłaty szczegółowo opisane w tym punkcie o.w.u. Po trzecie, w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia (określonego w deklaracji złożonej przez powoda na 15 lat) ubezpieczony miał otrzymać świadczenie określone w §18 ust. 4 o.w.u., tj. procentowo określoną część wartości rachunku udziałów pomniejszoną o opłaty szczegółowo opisane w tym punkcie o.w.u.

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 udziałów określona w sposób bardzo ogólny w §2 pkt 41 o.w.u. jako iloczyn liczby udziałów jednostkowych przypadających na ubezpieczonego oraz wartości udziału jednostkowego na datę wyceny. O ile można przyjąć, że ubezpieczony mógł uzyskać (od ubezpieczającego lub ubezpieczyciela) informację o ilości przypisanych mu tzw. udziałów jednostkowych, to wartość udziału jednostkowego pozostawała uzależniona od wartości ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jako całości (§ 2 pkt 12 i 42 o.w.u.), przy czym o.w.u. nie określały sposobu ustalenia tej ostatniej wartości, odsyłając w tym zakresie od tzw. regulaminu funduszu (k. 55). Postanowienia tego regulaminu przewidują, że wartość udziału jednostkowego to iloraz wartości aktywów funduszu netto oraz liczby wszystkich udziałów jednostkowych (§2 ust. 1 regulaminu), a z kolei wartość aktywów netto to wartość aktywów funduszu pomniejszona o zobowiązania (§2 ust. 5). Sposób ustalenia wartości aktywów netto funduszu został jednak w opracowanym przez pozwany zakład ubezpieczeń regulaminie określony w sposób bardzo ogólnikowy (§4 ust. 1 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 miałby tej wyceny dokonywać. Z regulaminu wynika, że środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (tj. wydzielonej części aktywów należących do pozwanego towarzystwa ubezpieczeń) mają być inwestowane w obligacje emitowane przez N. Bank (...) (§4 ust. 2 regulaminu), tj. bank zagraniczny, niedziałający w Polsce, przy czym wypłata z tych obligacji „oparta jest na indeksie”, określonym w §2 ust. 3 regulaminu jako (...). Z §4 ust. 5 regulaminu wynika, że indeks ten został stworzony przez N. Bank, natomiast postanowienia regulaminu nie określają, w oparciu o jakie zobiektywizowane kryteria ustalone są wartości tego indeksu. Użyte w § 4 ust. 5 regulaminu stwierdzenie mówiące o tym, że „indeks (...) umożliwia zoptymalizowaną ekspozycję na polski i europejski rynek akcji poprzez efektywne połączenie inwestycji w (...) i Euro S. 50” 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”, na czym polegać ma „optymalizacja”

też „ekspozycji”, co i przez kogo ma być inwestowane oraz na czym ma polegać efektywność „łączenia inwestycji w (...) i Euro S. 50”. W istocie treść § 4 ust. 5 regulaminu jest tak ogólnikowa i niedoprecyzowana, że o ile można próbować przypisać znaczenie poszczególnym użytym tam słowom, to zdanie zawarte w części regulaminu jako cała jednostka semantyczna nie posiada żadnego, dającego się ustalić obiektywnie znaczenia. Zdanie to nie pozwala w jakikolwiek sposób w jakimkolwiek momencie ustalić, przez kogo oraz za pomocą jakich obiektywnie uchwytnych 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 N. Bank (...) (skoro to ten podmiot „stworzył” indeks, o którym mowa), 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 o.w.u. metod, kryteriów i danych, którymi posłuży się w tym celu osoba nie będąca stroną umowy, tj. N. Bank (...). 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. N. Bank (...).

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. 353¹ 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 ciężących 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 niejawnych (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 uchwytny 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 S. F., obligacje, w które miano inwestować środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, były wyłącznie przedmiotem dwustronnych transakcji między zagranicznym bankiem będącym emitentem tych obligacji a pozwanym zakładem ubezpieczeń, przy czym nie sposób na podstawie umowy ubezpieczenia i o.w.u. 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 nieznan był sposób jego wyliczenia, ale w dodatku w dużej mierze wysokość tego świadczenia zależała od arbitralnych decyzji osoby trzeciej (tj. N. Bank) lub ubezpieczyciela, na które ubezpieczony i ubezpieczający nie mieli wpływu ani nawet nie mieli 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. 353¹ 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 (tj. bank i zakład ubezpieczeń) przerzuca na będącego konsumentem (w rozumieniu art. 22¹ k.c.) ubezpieczonego. Zauważyć należy, że (...) Bank S.A. będący formalnie ubezpieczającym a w istocie podmiotem „dystrybuującym” wyżej opisany produkt inwestycyjno-ubezpieczeniowy, otrzymał z tytułu doprowadzenia do tego, iż powód przystąpił do ubezpieczenia, wynagrodzenie od pozwanego zakładu ubezpieczeń w wysokości ponad 6270 zł (k. 62), a w skali całej tzw. subskrypcji prawie 6.400.000 zł (k. 61). Z kolei pozwany zakład ubezpieczeń z uwagi na treść ogólnych warunków ubezpieczenia również nie ponosi ryzyka inwestycyjnego, gdyż inwestuje środki wpłacane przez ubezpieczonych (tj. konsumentów przystępujących do ubezpieczenia) i otrzymuje świadczenia w postaci opłaty administracyjnej i wliczonej w nią tzw. opłaty za ryzyko (§ 14 o.w.u. oraz tabela opłat – k. 56 akt sprawy), jak również uprawnienie do zatrzymania szczegółowo określonej w tabeli opłat (k. 56) części składek wpłaconych przez ubezpieczonego, jeżeli przed czasem zrezygnuje on z dalszego udziału w ubezpieczeniu. 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 – jest z góry ściśle określona. Jak już wyżej wskazano, całość ryzyka inwestycyjnego zostaje przerzucona na ubezpieczonego będącego konsumentem i (w sensie ekonomicznym) nabywcą wyżej opisanego produktu ubezpieczeniowego. Omawiany produkt inwestycyjny jest skonstruowany w taki sposób, 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 „zwykle” polisy inwestycyjne, gdyż polega na inwestowaniu środków pieniężnych ubezpieczonego w

funduszu o charakterze – potocznie mówiąc – „wirtualnym” a nie rynkowym, gdyż nie są to fundusze nabywające i sprzedające powszechnie dostępne i notowane na publicznych rynkach akcje lub obligacje. W funduszach tworzonych dla potrzeb omawianych produktów ubezpieczeniowych (tzw. polisokat 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 (tj. bank i zakład ubezpieczeń), 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 (por. tabela na k. 56 akt sprawy). W przypadku rezygnacji przez ubezpieczonego z dalszego ubezpieczenia w tak zwanym drugim roku polisowym powód otrzymywał zwrot jedynie 15% przypisanej mu 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 sposobem). Sąd rozpoznający sprawę niniejszą w tej kwestii w pełni podziela pogląd wyrażony w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 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

Jedynie tytułem ilustracji należy wskazać na to, że efektem zainwestowania przez powoda należących do niego środków pieniężnych w tak skonstruowany produkt ubezpieczeniowy było to, że po około półtora roku i wpłaceniu składek w łącznej wysokości wynoszącej 10.218 zł wartość jednostek udziału w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym przypisanych powodowi wynosiła 3432,21 zł (tabela na k. 60: wartość wykupu wypłacona klientowi 412,87 zł + wartość rachunku umorzona w związku z wykupem 3019,34 zł), tj. stanowiła ok. 1/3 sumy wpłaconych składek. Z tej, i tak już niewielkiej sumy, potrącono powodowi kwotę 3019,34 zł z tytułu umorzenia części wartości wykupu na skutek przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia – w efekcie wypłacono powodowi sumę 412,87 zł, tj. ok. 4% wpłaconych przez niego składek.

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 10.218 zł, natomiast otrzymał ich zwrot jedynie w wysokości 412,87 zł, zasądzeniu na rzecz powoda podlega suma 9805,13 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 pozwany zakład ubezpieczeń, jako podmiot, który skonstruował i wprowadził na rynek tak wysoce wadliwy produkt ubezpieczeniowy, od początku powinien być liczyć się z obowiązkiem zwrotu kwot wpłaconych przez ubezpieczonych.

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. Powód nie wykazał, aby przed złożeniem pozwu w niniejszej sprawie kierował

do pozwanego wezwanie do zwrotu określonej kwotowo sumy pieniężnej, wobec czego należało uznać, że pierwszym wezwaniem tego rodzaju było doręczenie stronie pozwanej odpisu pozwu, co nastąpiło w dniu 1 czerwca 2015 roku (k. 64). Wobec tego, od dnia następnego powodowi przysługują na podstawie art. 481 § 1 i 2 k.c. odsetki ustawowe od kwoty należności głównej. W pozostałym zakresie roszczenie powoda o zapłatę odsetek podlega oddaleniu.

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

Na podstawie art. 100 k.p.c. należało obciążyć pozwanego w całości kosztami procesu, gdyż powód jest stroną wygrywającą w zdecydowanie przeważającej części, tj. w 98% wskazanej w pozwie wartości przedmiotu sporu. Na koszty procesu poniesione przez powoda składają się następujące kwoty: opłata sądowa od pozwu w kwocie 501 zł (podlegająca jednak zwrotowi w zakresie kwoty 5,10 zł), wynagrodzenie pełnomocnika powoda będącego adwokatem (2400 zł) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa (17 zł), tj. łącznie 2912,90 zł (501 + 2400 + 17 - 5,10).

Na podstawie art. 79 ust. 1 pkt. 3a ustawy z dnia 28 lipca 2005 roku o kosztach sądowych w sprawach cywilnych zwrotowi na rzecz powoda podlegała połowa opłaty od cofniętej części powództwa ($0,05 \times 204 / 2 = 5,10$).