

Sygn. akt II C 1165/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 24 czerwca 2019 roku

Sąd Okręgowy Warszawa – Praga w Warszawie, II Wydział Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: SSR (del.) Mariusz Metera

Protokolant: Ewa Lutka

po rozpoznaniu na rozprawie w dniu 24 czerwca 2019 roku w Warszawie

sprawy z powództwa T. R.

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

o zapłatę

I. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej we W. na rzecz powoda T. R. kwotę 327.959,35 zł (trzysta dwadzieścia siedem tysięcy dziewięćset pięćdziesiąt dziewięć złotych trzydzieści pięć groszy) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 20 września 2014 roku do dnia zapłaty;

II. zasądza od pozwanego Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej we W. na rzecz powoda T. R. kwotę 27.215 zł (dwadzieścia siedem tysięcy dwieście piętnaście złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwotę 10.800 zł (dziesięć tysięcy osiemset złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sygn. akt II C 1165/17

UZASADNIENIE

wyroku z dnia 24 czerwca 2019 roku

T. R. (poprzednio: B. R. – zmiana imienia – k. 130) wniósł przeciwko Towarzystwu (...) S.A. we W. pozew o zapłatę kwoty 327.959,35 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 20 września 2014 roku do dnia zapłaty. Nadto wniósł o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że:

a) w grudniu 2008 roku powód przystąpił w charakterze ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z Ubezpieczonym Funduszem Kapitałowym (...). W wyniku zawartej umowy powód wpłacił, na rzecz pozwanego, składki w łącznej wysokości 191.400 zł. W maju 2014 roku powód powiadomił pozwanego o rezygnacji z ubezpieczenia. Pozwany zwrócił powodowi kwotę 165.391,29 zł tytułem wykupu wartości rachunku powoda, pomniejszonej o należne pozwanemu opłaty. Powód twierdzi, że umowa ubezpieczenia dotycząca (...) jest w całości nieważna i domaga się zwrotu różnicy między wpłaconą kwotą 191.400 zł a wypłaconą mu kwotą 165.391,29 zł, czyli **26.008,71 zł**,

b) w sierpniu 2009 roku powód przystąpił w charakterze ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczonym Funduszem Kapitałowym (...) zawartej pomiędzy (...) Bank S.A. jako ubezpieczającym a pozwanym jako ubezpieczycielem (k. 29). W wyniku zawartej umowy powód wpłacił, na rzecz pozwanego, składki w łącznej wysokości 263.850 zł. W maju 2016 roku powód został poinformowany o likwidacji ubezpieczenia i przelewie

na rachunek należący do E. N. kwoty 159.211,03 zł tytułem wykupu wartości rachunku powoda, pomniejszonej o należne pozwanemu opłaty. Powód twierdzi, że umowa ubezpieczenia dotycząca (...) jest w całości nieważna, kwota 159.211,03 zł nie została mu nigdy zwrócona a wypłacono ją bezpodstawnie na rachunek innej osoby. Wobec powyższego powód domaga zwrotu całości wpłaconych na rzecz pozwanego kwot w łącznej wysokości **263.850 zł.**,

c) w listopadzie 2009 roku powód przystąpił w charakterze ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z Ubezpieczonym Funduszem Kapitałowym (...) Bank (...) zawartej pomiędzy (...) Bank S.A. jako ubezpieczającym a pozwanym jako ubezpieczycielem (k. 54). W wyniku zawartej umowy powód wpłacił, na rzecz pozwanego, składkę w łącznej wysokości 270.000 zł. W marcu 2011 roku powód powiadomił pozwanego o rezygnacji z ubezpieczenia. Pozwany zwrócił powodowi kwotę 231.899,36 zł tytułem wykupu wartości rachunku powoda, pomniejszonej o należne pozwanemu opłaty. Powód twierdzi, że umowa ubezpieczenia dotycząca (...) Bank (...) jest w całości nieważna i domaga się zwrotu różnicy między wpłaconą kwotą 270.000 zł a wypłaconą mu kwotą 231.899,36 zł., czyli **38.100,64 zł.**

Pozwany – Towarzystwo (...) S.A. we W., wniósł o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powoda zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu odpowiedzi na pozew strona pozwana w pierwszej kolejności podniosła zarzut braku legitymacji po stronie powoda wskazując, iż powód nie jest stroną umów, z których wywodzi swoje roszczenia, bowiem posiada on wyłącznie status ubezpieczonego. Ponadto, podniósł, że brak jest podstaw do uznania, że umowy ubezpieczenia są nieważne, a także by zawierały klauzule niedozwolone.

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

T. R. ma wykształcenie wyższe ekonomiczne. W 2009 roku powód posiadał znaczne oszczędności rzędu kilkuset tysięcy złotych, które lokował na lokatach w (...) Bank S.A. Gdy lokaty się kończyły, pracownik banku zaproponował powodowi zawarcie umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w pozwanym Towarzystwie (...), wskazując, że z tego rodzaju inwestycji możliwe są do osiągnięcia zyski znacznie wyższe niż te wynikające z lokat.

Dowód: przesłuchanie powoda charakterze strony – k. 418-419.

Towarzystwo (...) S.A. jest zarejestrowane w Krajowym Rejestrze Sądowym pod numerem (...) od dnia 20 lutego 2002 roku. Przedmiotem działalności przedsiębiorcy w przeważającej części są ubezpieczenia na życie oraz dodatkowo reasekuracja, działalność wspomagająca usługi finansowe, działalność związana z oceną ryzyka i szacowaniem poniesionych strat czy działalność wspomagająca ubezpieczenia i fundusze emerytalne.

Dowód: KRS Towarzystwa (...) S.A. – k. 162-164.

W grudniu 2008 roku powód przystąpił w charakterze ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z Ubezpieczonym Funduszem Kapitałowym (...). Czynności związane z przystąpieniem powoda do ubezpieczenia dokonywane były za pośrednictwem pracownika (...) Bank S.A. Powód nigdy nie spotkał się z przedstawicielem pozwanego Towarzystwa (...) a pracownik banku nie wyjaśniał mu szczegółowo mechanizmów rządzących tym produktem ubezpieczeniowym.

W związku z zawartą umową powód zobowiązał się do uiszczania składek w kwocie 3.300 zł miesięcznie. Składki uiszczane przez powoda miały być alokowane w określony rodzaj aktywów - Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). Powód otrzymał polisę potwierdzającą zawarcie umowy, z której wynikało, że w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego uposażonemu zostanie wypłacona wyższa z wartości: 1) 110% wartości rachunku albo 2) suma wpłaconych składek regularnych i składek dodatkowych, zmniejszona o częściowe wypłaty. W polisie wskazano wysokość opłaty administracyjnej na 2,6% w skali roku, opłatę polisową w kwocie 9 zł miesięcznie, oraz opłaty likwidacyjnej w przypadku szybkiej rezygnacji w ubezpieczenia obowiązującej przez

pierwszych 10 lat trwania umowy. W polisie powód widniał jako ubezpieczający i ubezpieczony. Jako osobę uposażoną podano E. N., której rachunek został wskazany do wypłaty środków z ubezpieczenia.

Po kilku latach, przed majem 2014 roku, powód dokonał zmiany rachunku do wypłaty środków, wskazując własny rachunek bankowy. W wyniku zawartej umowy powód wpłacił, na rzecz pozwanego, składki w łącznej wysokości 191.400 zł. W maju 2014 roku powód powiadomił pozwanego o rezygnacji z ubezpieczenia albowiem zorientował się, że inwestycja przynosi znaczne straty. Pozwany zwrócił powodowi kwotę 165.391,29 zł tytułem wykupu wartości rachunku powoda, pomniejszonej o należne pozwanemu opłaty na prawidłowy, nowy rachunek bankowy wskazany w oświadczeniu o zmianie rachunku bankowego do wypłaty środków.

Dowód: przesłuchanie powoda charakterze strony – k. 418-419, dokument polisy – k. 67, ogólne warunki ubezpieczenia, regulamin (...), tabela opłat, historia rachunku powoda – k. 68-84, oświadczenie o zmianie rachunku – k. 51, częściowo okoliczności niesporne i niezaprzeczone – co do wypłaconych kwot

W sierpniu 2009 roku powód przystąpił w charakterze ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczonym Funduszem Kapitałowym (...) zawartej pomiędzy (...) Bank S.A. jako ubezpieczającym a pozwanym jako ubezpieczycielem. Czynności związane z przystąpieniem powoda do ubezpieczenia dokonywane były za pośrednictwem pracownika (...) Bank S.A. Powód nigdy nie spotkał się z przedstawicielem pozwanego Towarzystwa (...) a pracownik banku nie wyjaśniał mu szczegółowo mechanizmów rządzących tym produktem ubezpieczeniowym.

W związku z zawartą umową powód zobowiązał się do uiszczenia: pierwszej składki w kwocie 101.250 zł oraz miesięcznych składek bieżących w kwotach po 2655 zł. Składki uiszczane przez powoda miały być alokowane w określony rodzaj aktywów - Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). Powód otrzymał certyfikat potwierdzający zawarcie umowy, z którego wynikało, że w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci: 1) śmierci ubezpieczonego uposażonemu zostanie wypłacona suma ubezpieczenia równa $1\% \times$ składka zainwestowana + $100\% \times$ wartość rachunku, 2) dożycia do końca okresu odpowiedzialności (13.08.2024 r.) uposażonemu zostanie wypłacona suma ubezpieczenia stanowiąca $100\% \times$ wartość rachunku.

W Tabeli opłat i limitów składek do wskazanej umowy ubezpieczenia określono wysokość opłaty administracyjnej na 0,96% w skali roku oraz opłaty likwidacyjne w przypadku szybkiej rezygnacji w ubezpieczenia obowiązującej przez pierwszych 15 lat trwania umowy.

W wyniku zawartej umowy powód wpłacił, na rzecz pozwanego, składki w łącznej wysokości 263.850 zł. W maju 2016 roku powód został poinformowany o likwidacji ubezpieczenia i przelewie na rachunek należący do E. N. kwoty 159.211,03 zł tytułem wykupu wartości rachunku powoda, pomniejszonej o należne pozwanemu opłaty, w tym opłatę likwidacyjną równą 30% wartości rachunku, czyli o kwotę 68.233,30 zł. Rachunek E. N. nie był w żaden sposób wskazany przez powoda w związku z umową grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczonym Funduszem Kapitałowym (...). Z E. N. powód związany był w latach 2008 – 2012. Zażądał od niej przelania środków na jego rachunek bankowy, lecz ona nigdy tego nie uczyniła. Powód zawiadomił Prokuraturę Rejonową Warszawa Śródmieście – Północ, która prowadziła postępowanie przygotowawcze i skierowała akt oskarżenia przeciwko E. N. o czyn z art. 284 § 1 k.k. w postaci przywłaszczenia mienia w kwocie 159.211,03 zł. Ostatecznie powód nie otrzymał żadnych środków tytułem rozliczenia wskazanej umowy ani on pozwanego, ani od E. N..

Dowód: przesłuchanie powoda charakterze strony – k. 418-419, certyfikat – k. 29, ogólne warunki ubezpieczenia, regulamin (...), tabela opłat i limitów składek – k. 30-38, historia rachunku powoda – k. 46-50, oświadczenie o zmianie rachunku – k. 51, wypłata środków na rachunek E. N. – k. 53, rozliczenie umowy ubezpieczenia przez pozwanego – k. 165, akt oskarżenia przeciwko E. N. – k. 412

W listopadzie 2009 roku powód przystąpił w charakterze ubezpieczonego do umowy grupowego ubezpieczenia na życie z Ubezpieczonym Funduszem Kapitałowym (...) Bank (...) zawartej pomiędzy (...) Bank S.A. jako ubezpieczającym a pozwanym jako ubezpieczycielem Czynności związane z przystąpieniem powoda do ubezpieczenia

dokonywane były za pośrednictwem pracownika (...) Bank S.A. Powód nigdy nie spotkał się z przedstawicielem pozwanego Towarzystwa (...) a pracownik banku nie wyjaśniał mu szczegółowo mechanizmów rządzących tym produktem ubezpieczeniowym.

W związku z zawartą umową powód zobowiązał się do uiszczenia jednorazowej składki w kwocie 270.000 zł. Składka uiszczona przez powoda miała być alokowana w określony rodzaj aktywów - Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (...). Powód otrzymał certyfikat potwierdzający zawarcie umowy, z którego wynikało, że w przypadku zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego uposażonemu zostanie wypłacona suma ubezpieczenia równa: 1) $1\% \times \text{składka} \times 100\% \times \text{wartość rachunku w dacie umorzenia}$ – jeżeli w chwili zgonu wiek ubezpieczonego nie przekroczył 80 lat, 2) $0,1\% \times \text{składka} \times 100\% \times \text{wartość rachunku w dacie umorzenia}$ – jeżeli w chwili zgonu wiek ubezpieczonego wynosił 80 lat i więcej.

W Tabeli opłat i limitów składek do wskazanej umowy ubezpieczenia określono wysokość opłaty administracyjnej na 4% w skali roku, wysokość opłaty od wyników – 20% od wyników przekraczających benchmark, oraz wysokość opłaty likwidacyjnej w przypadku szybkiej rezygnacji w ubezpieczenia obowiązującej przez pierwsze 2 lata trwania umowy.

W wyniku zawartej umowy powód wpłacił, na rzecz pozwanego składkę w 270.000 zł. W marcu 2011 roku powód powiadomił pozwanego o rezygnacji z ubezpieczenia. Pozwany zwrócił powodowi kwotę 231.899,36 zł tytułem wykupu wartości rachunku powoda, pomniejszonej o należne pozwanemu opłaty.

Dowód: przesłuchanie powoda charakterze strony – k. 418-419, certyfikat – k. 54, ogólne warunki ubezpieczenia, regulamin UFK, tabela opłat i limitów składek – k. 55-64, rozliczenie umowy ubezpieczenia przez pozwanego – k. 376

Przed wszczęciem postępowania powód podejmował próby pozasądowego zakończenia sporu z pozwanym. Skierował w tym celu wniosek do Rzecznika Finansowego o przeprowadzenie tego rodzaju postępowania, jednak strony nie doszły do porozumienia, zaś pozwany nie wypłacił dalszych kwot na rzecz powoda.

Dowód: wniosek do Rzecznika Finansowego – k. 104-114, protokoły i opinia Rzecznika Finansowego – k. 117-126, korespondencja mailowa – k. 127-129, okoliczności bezsporne

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił w oparciu o dokumentację zgromadzoną w toku postępowania, która nie budziła wątpliwości co do jej wiarygodności i nie była kwestionowana przez strony niniejszego postępowania. Ponadto w celu ustalenia stanu faktycznego w niniejszej sprawie Sąd dopuścił dowód z zeznań stron, z ograniczeniem do strony powodowej. Sąd co prawda dopuścił dowód z zeznań świadków zawnioskowanych przez pozwanego jednakże zeznania świadków nie wniosły niczego nowego do sprawy i ostatecznie okazało się, że wystarczające do wydania rozstrzygnięcia są dokumenty zgromadzone w aktach sprawy wraz z dowodem z przesłuchania stron. Ponadto, Sąd oddalił również wniosek dowodowy strony pozwanej o dopuszczenie dowodu z opinii biegłego aktuarusza, na okoliczności wskazane przez pozwanego, bowiem w ocenie tut. Sądu był on zbędny dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo zasługiwało na uwzględnienie w całości. Zawarte przez powoda umowy ubezpieczenia okazały się nieważne, zatem spełnione na ich podstawie przez powoda świadczenia (opłacone składki) powinny podlegać zwrotowi na podstawie przepisów o bezpodstawnym wzbogaceniu.

W niniejszym postępowaniu między stronami nie był sporny stan faktyczny, a więc fakt przystąpienia przez powoda do umów grupowego ubezpieczenia na życie (i dożycie), do których formalnie przystąpił w charakterze ubezpieczonego, w jednej z umów także w charakterze ubezpieczającego, zaś w dwóch umowach ubezpieczającym był (...) Bank S.A., natomiast ubezpieczycielem był pozwany - Towarzystwo (...) S.A. Między stronami postępowania istniał spór w zakresie oceny prawnej umów łączących strony niniejszego postępowania, w szczególności co do tego, czy umowy te są ważne. Pozwany kwestionował także legitymację procesową powoda.

Na wstępie wskazać należy, że tutejszy Sąd nie podziela podniesionego przez pozwanego zarzutu braku legitymacji procesowej po stronie powodowej.

W pierwszej kolejności należy wskazać, iż powód zasadniczo nie opiera swoich żądań na umowie ubezpieczenia, lecz na przepisach o bezpodstawnym wzbogaceniu. Niewątpliwie przy tym powód uścił na rzecz pozwanego należności w łącznej kwocie 725.250 zł, zaś tytułem zwrotu otrzymał kwotę 397.290.65 zł. Powołuje się on na nieważność zawartych umów, zatem na zubożenie kosztem majątku pozwanego. Niewątpliwie przytaczając tego rodzaju okoliczności ma on legitymację procesową w sprawie w zakresie roszczenia o zwrot nienależnego świadczenia.

Ponadto, zgodnie z art. 805 § 1 k.c. stronami umowy ubezpieczenia są ubezpieczyciel i ubezpieczający. W jednej z umów (dotyczącej ubezpieczenia (...)) powód został formalnie wprost wskazany jako ubezpieczający. Procedura zawierania, jak również opłacania składek w zakresie pozostałych umów ubezpieczenia (za pośrednictwem banku, opłacanie składem bezpośrednio przez powoda) wskazuje, że brak jest w tym zakresie różnic pomiędzy wskazaną umową a pozostałymi umowami ubezpieczenia, dotyczącym ubezpieczeń (...) i (...) Bank (...). Formalny zapis w certyfikatach nie przesądza tego kto faktycznie jest ubezpieczającym. Oceniając z tej perspektywy relację między pozwanym a Bankiem, przyjąć należy, że jej treść wskazywała raczej na stworzenie ram prawno-organizacyjnych, służących udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej przez akceptację wariantowej oferty ubezpieczenia kierowanej przez pozwaną do klientów Banku, za pośrednictwem Banku i przy wykorzystaniu jego infrastruktury sprzedażowej. W rzeczywistości obowiązek opłacania składek spoczywał na ubezpieczonym. W konsekwencji, należało uznać, że jako potencjalna strona umowy ubezpieczenia (w przypadku uznania ważności umowy), powód ma legitymację procesową w sprawie. Nawet gdyby uznać, że doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 829 § 2 k.c.), to i tak w ocenie Sądu, powód jako ubezpieczony może dochodzić świadczeń bezpośrednio od ubezpieczyciela (tak też Sąd Okręgowy w Warszawie w sprawie XXV C 470/17).

Przechodząc do oceny ważności umów ubezpieczenia, wskazać należy, iż w ocenie tut. Sądu argumenty prawne wskazane przez stronę powodową w niniejszym postępowaniu zasługują na uwzględnienie a umowy ubezpieczenia zawarte przez strony są w całości nieważne z kilku przyczyn.

W ocenie Sądu, polisa i certyfikaty doręczone powodowi przez pozwanego na potwierdzenie zawarcia umów ubezpieczenia na życie (i dożycie) z Ubezpieczonym Funduszem Kapitałowym nie zawierają wszystkich elementów istotnych umowy ubezpieczenia z art. 805 § 1 i 2 k.c. takich jak: jasne określenie sumy ubezpieczenia, występowanie ryzyka ubezpieczyciela związanego z zaistniałym zdarzeniem. Sąd wskazuje również, że to na ubezpieczycielu ciąży obowiązek skonstruowania umowy w taki sposób, aby była ona zrozumiała, jasna i precyzyjna dla przeciętnego konsumenta. Nie sposób tego przyjąć w powyższym stanie faktycznym, albowiem o ile świadczenia ubezpieczonego są określone bardzo precyzyjnie kwotowo, a tyle świadczenia ubezpieczyciela są ogólnikowe, wyliczane według bliżej nie sprecyzowanych zasad.

Essentialia negotii umowy ubezpieczenia stanowi określoność co do kwoty świadczenia na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej. W przypadku zarówno zgonu i jak i dożycia przez powoda określonego w umowie wieku wartość tego świadczenia jest ustalana w sposób arbitralny przez jedną ze stron stosunku cywilnoprawnego, w tym przypadku przez pozwanego. W umowach będących przedmiotem niniejszego postępowania, brak jest wskazania konkretnych podstaw ustalania wartości tego świadczenia.

Ogólnie wskazano w umowach, że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu wynosi przykładowo w przypadku (...): $1\% * \text{składka zainwestowana} + (\text{liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia} * \text{Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu Ubezpieczonego}) + \text{wartość Składki Pierwszej lub Składek Bieżących zapłaconych a niealokowanych na dzień wpłynięcia do Ubezpieczyciela zawiadomienia o zgonie Ubezpieczonego}$, a w przypadku świadczenia z tytułu dożycia wysokość świadczenia wynosiłaby $100\% * \text{Wartość Rachunku w Dacie Umorzenia}$. Podobne regulacje dotyczą pozostałych umów. Powyższe nie jest w żaden sposób kontrolowane przez powoda, a jedynie jednostronnie kształtowane przez pozwanego.

W umowie ubezpieczenia (...) świadczenie polega na zapłacie sumy ubezpieczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku tj. śmierć osoby ubezpieczonej oraz wypłacie środków zgromadzonych na rachunku udziałów w przypadku dożycia przez osobę ubezpieczoną oznaczonego w umowie wieku. Przy czym w umowie wiek dożycia osoby ubezpieczonej jest to okres na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia. Wobec braku czynnika aktuarialnego w wyliczeniu sumy z tytułu dożycia uwzględniającego wiek, to tzw. suma z tytułu dożycia jest nieokreśloną z góry kwotą odpowiadającą wartości rachunku na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia czyli na dzień rozliczenia się Ubezpieczyciela z Ubezpieczonym ze środków powierzonych w celu zainwestowania. Wobec czego, dożycie jest umowie równoznaczne z nadejściem terminu końcowego i wymagalnością roszczenia o zwrot powierzonych środków. Przy czym na wysokość: świadczenia z tytułu dożycia, sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci oraz kwoty pieniężnej należnej osobie ubezpieczonej w związku z wykupem ubezpieczenia ma bezpośredni wpływ wartość jednostki uczestnictwa funduszu, która jest wyznaczona na podstawie wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na dzień wyceny, a na wartość aktywów ma wpływ wartość indeksu. Odnośnie sposobu wyliczenia sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, to odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń sprowadza się w przypadku zajścia zdarzenia jedynie do wypłaty wartości zgromadzonych środków powiększonych o zaledwie 1% składki zainwestowanej, a więc w istocie kwotą symboliczną w relacji do wpłaconej składki i w żaden sposób nieprzystającej do wskazanej wartości zdarzenia ubezpieczeniowego czyli życia. W konsekwencji powyższe prowadzi to jednego wniosku, iż w przedmiotowej umowie brak jest istotnego elementu umowy ubezpieczenia jaki jest ryzyko ubezpieczeniowe ponoszone przez zakład ubezpieczeń, polegającym na zobowiązaniu zakładu do spełnienia określonego świadczenia w zamian za określoną składkę na wypadek zajścia wskazanego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego. Wskazać należy, iż w występowaniu ryzyka ubezpieczeniowego zasadza się istota stosunku ubezpieczenia. Przy czym ryzyko występować powinno w tym, że między wysokością składki, a wysokością zastrzeżonego świadczenia występuje określona dysproporcja, zaś sama wysokość składki kalkulowana jest w oparciu o ściśle określone czynniki ryzyka, nie zaś w oparciu o zamierzoną wartość inwestycji. W przedmiotowej umowie ryzyko odnosi się nie do ubezpieczyciela, a do ubezpieczonego, gdyż środki ulokowane są w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, nie są środkami, które stanowią wynagrodzenie ubezpieczyciela za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, wobec czego ochrona ubezpieczeniowa nie powinna być również realizowana przy pomocy tych środków.

W ocenie Sądu, suma ubezpieczenia została ustalona w polisie i certyfikatach w sposób niejednoznaczny, nie przedstawiono w szczególności w sposób jasny i możliwy do weryfikacji jak będą rozliczane, a tym samym wypłacane powodowi środki alokowane w ubezpieczeniach funduszu kapitałowym wskazanym w certyfikacie i jakie były zasady tej alokacji środków. W takim zakresie, w jakim umowa, do której przystąpił powód, przewidywała alokację środków, nie można uznać, by określała ona essentialia negotii tzw. części inwestycyjnej, a więc w tym zakresie jest nieważna. Należy zgodzić się z powodem, że w tym zakresie essentialia negotii nie zostały w sposób dostateczny sprecyzowane. Wskazano jedynie, że środki wpłacone przez powoda będą alokowane w ubezpieczeniach funduszu kapitałowym, ale nie ma w ogóle regulacji na jakich zasadach mogą być alokowane, jaka ich ilość może być alokowana, kiedy mogą być zwrócone i przede wszystkim, na jakiej zasadzie składki wpłacone przez powoda, będą rozliczane i zarazem w części kapitałowej, zwrócone powodowi. Art. 58 § 3 k.c. stanowi, iż w sytuacji, gdy nieważnością jest dotknięta tylko część czynności prawnej, czynność pozostaje w mocy co do pozostałych części, chyba że z okoliczności wynika, iż bez postanowień dotkniętych nieważnością czynność nie zostałaby dokonana. W tym zakresie Sąd Okręgowy podziela stanowisko Sądu Apelacyjnego w Warszawie zawarte w uzasadnieniu wyroku wydanego w sprawie I ACa 750/17.

Ponadto, umowy grupowego ubezpieczenia na życie (i dożycie) z Ubezpieczonym Funduszem Kapitałowym (...), (...) i (...) Bank (...) są nieważne jako sprzeczne z zasadami współżycia społecznego (art. 58 § 2 k.c.) oraz sprzeczne z ustawą (art. 58 § 1 k.c. w zw. z art. 353¹ k.c.), przekraczając zasadę swobody umów.

Zgodnie z art. 353¹ k.c. strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Zgodnie z wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z dnia 23 lutego 2017 roku, sygn. akt III AUa 1706/16, każdy stosunek podlega badaniu pod kątem zgodności jego treści i celu z ustawą, zasadami współżycia społecznego, jak również zgodności z właściwością stosunku prawnego. Przekroczenie przez strony zasady swobody umów poprzez

naruszenie wyżej wymienionych kryteriów skutkuje nieważnością umowy bądź jej części. Zasada swobody umów nie ma charakteru absolutnego. Jest ograniczona naturą stosunku prawnego, ustawą i zasadami współżycia społecznego. Zawarcie przez strony umowy nazwanej, uregulowanej w Kodeksie cywilnym lub w przepisach szczególnych, to jej treść musi być zgodna z przepisami bezwzględnie obowiązującymi regulującymi dany rodzaj umowy. Strony ograniczone są również normami pozaprawnymi, które nakazują kształtowanie praw i obowiązków stron kontraktu w sposób odpowiadający słuszności kontraktowej, zgodnie z zasadami uczciwości, rzetelności profesjonalnej, w sposób równoważący ryzyko związane z powstaniem i wykonaniem zobowiązania (tj. zasadami współżycia społecznego). Ponadto swobodę zawierania umów delimituje także właściwość stosunku obligacyjnego, co oznacza, że musi on odpowiadać podstawowym cechom danego modelu stosunku obligacyjnego lub określonego rodzaju zobowiązania. Oznacza to, iż nie może prowadzić do dowolnego kształtowania treści stosunku prawnego przez jedną ze stron umowy. Podstawowe znaczenie dla oceny stosunku zobowiązaniowego ma przy tym nie literalne brzmienie umowy, ale przede wszystkim zgodny zamiar stron i cel umowy. Przy czym, nawet jeśli strony chcą zawrzeć umowę danego rodzaju i sporządzają jej treść tylko na potrzeby osiągnięcia korzystnego dla siebie skutku prawnego, podstawowe znaczenie ma charakter umowy faktycznie wykonywanej. Sąd wskazuje, iż naruszenie którekolwiek z wymienionych w art. 353¹ k.c. kryteriów swobody zawierania umów, skutkuje jej nieważnością na podstawie art. 58 k.c.

Zdaniem Sadu, przedmiotowe umowy są sprzeczne z właściwością stosunku prawnego, z zasadami współżycia społecznego oraz są ukształtowane jednostronnie przez stronę pozwaną.

Powód przystąpił do umów ubezpieczenia grupowego na życie (i dożycie). Celem tych umów jest z jednej strony uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej, z drugiej zaś strony gromadzenie i inwestowanie kapitału poprzez ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy. Z treści umów wynika, iż dominującym celem każdej umowy był cel inwestycyjny. Wynika to chociażby z porównania wysokości świadczeń wypłacanych na rzecz ubezpieczonego, jak również wysokości pobieranej opłaty za ryzyko w stosunku do opłaty administracyjnej. Środki pieniężne uzyskiwane ze składki pierwszej i składek bieżących wpłacanych przez ubezpieczonego po potrąceniu opłaty administracyjnej i opłaty za ryzyko były zamieniane na jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, następnie lokowane przez zakład ubezpieczeń w obligacje strukturalne emitowane przez spółkę kapitałową. Jednakże dla bytu tej umowy niezbędna była także realizacja celu związanego z ochroną ubezpieczeniową.

Zgodnie z treścią art. 805 k.c. ubezpieczyciel jest zobowiązany spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Natomiast w przypadku ubezpieczeń osobowych świadczenie określone w art. 805 k.c. może przybrać postać świadczenia pieniężnego tj. umówionej sumy pieniężnej (jako świadczenia jednorazowego), renty (jako świadczenia jednorazowego lub świadczenia okresowego) lub innego z nazwy świadczenia pieniężnego o jednorazowym lub okresowym charakterze (art. 805 § 2 pkt 2 k.c.). Zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej, przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia zdarzeń losowych. Nie budzi więc wątpliwości, że istotą stosunku ubezpieczeniowego w przypadku zakładu ubezpieczeń jest ponoszenie ryzyka. Ponoszenie ryzyka z uwagi na masowość i skalę ubezpieczenia i jednocześnie rzadkość zdarzeń losowych jest dla ubezpieczyciela mimo wszystko dochodowe, w związku z czym ubezpieczyciel godzi się na to prowadząc w tym zakresie działalność gospodarczą. Wskazać należy, iż sama umowa na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest dopuszczona do polskiego obrotu prawnego, a jej wymogi zostały określone w art. 13 ust 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej.

W powyższym stanie faktycznym nie sposób uznać by pozwany ponosił jakiegokolwiek ryzyko związane z ochroną ubezpieczeniową powoda, co jest oczywiście sprzeczne z istotą umowy ubezpieczenia. W powszechnie obowiązujących umowach ubezpieczenia na rynku ubezpieczeń to ubezpieczyciel ryzykuje, że będzie musiał wypłacić środki większe, niż uzyskane. W umowach skonstruowanych przez pozwanego w przypadku potencjalnego wzrostu cen wartości jednostek, a więc i rachunku nie ponosi on ryzyka faktycznej wypłaty świadczenia ze środków własnych, gdyż ewentualne środki składające się na to świadczenie pochodzą wyłącznie od powoda. Podobnie w przypadku spadku wartości jednostek, a więc i rachunku, środki składające się na świadczenie pochodzą również wyłącznie z rachunku

powoda. Ponadto w obu tych przypadkach pozwany otrzymuje zysk w postaci opłat administracyjnych. Postępowanie pozwanego jest w tym zakresie sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, zasadą uczciwości i respektowania prac konsumenta.

Należy podkreślić, iż umowa na życie i dożycie z ubezpieczeniowym fundusze kapitałowym jest konstruowana i obsługiwana w całości przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel dokonuje wyboru aktywów, w które będą inwestowane środki pieniężne wpłacone przez ubezpieczonych, on weryfikuje wartość tych aktywów przed ich zakupem, ustala jakie jest ryzyko inwestycyjne związane z nabyciem tych aktywów, ponadto przez cały okres pobiera opłatę administracyjną, niezależną od staranności i efektywności swoich działań.

Dodać należy, iż powód w żadnej ze wskazanych umów ubezpieczenia nie miał realnej możliwości uczestnictwa w wyborze produktów inwestycyjnych, w które będą inwestowane jego środki. Powyższe także oznacza sprzeczność postanowień umów z naturą stosunku zobowiązaniowego.

Mając powyższe na względzie, zdaniem Sądu, możliwość zawierania umów ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, swoboda stron w ustalaniu warunków umowy w tym proporcji między elementem inwestycyjnym a ochronnym, nie daje podstawy do uznania za ważną umowę zawartą pod nazwą ubezpieczenia na życie, gdy nie zwiera ona w sobie praktycznie żadnego elementu ochronnego, dającego gwarancję określonego przysporzenia na wypadek zdarzenia ubezpieczeniowego. Warto zaznaczyć, że powyższe produkty oferowane powodowi przez pozwanego miały stanowić dobrą inwestycję, przynoszącą wyższe zyski niż lokata. Zysków tych jednak powód nigdy nie miał.

Ponadto, nie sposób przyjąć, iż wysokość opłat administracyjnych i likwidacyjnych, związanych z prowadzeniem i obsługą umowy ubezpieczenia narzucona przez stronę pozwaną była adekwatna do czynności wykonywanych przez pozwanego Towarzystwo w związku z prowadzeniem rachunku. Powyższe też ma niewątpliwie wpływ na ważność samej umowy i statuuje konsumenta, w tym przypadku powoda, w pozycji dużo niższej niż pozwany w tym stosunku umownym, bowiem ponosi on w ocenie tut. Sądu opłaty związane z obsługą umowy ubezpieczenia znacząco zawyżone, mające na celu przede wszystkim osiągnięcie korzyści finansowych ze strony pozwanego.

Wysokie opłaty likwidacyjne przez kilka pierwszych lat obowiązywania umowy miały uniemożliwić powodowi szybkie wycofanie się z ryzykownego produktu, jednocześnie umożliwiając powodowi uzyskiwanie zysków z opłat administracyjnych. Takie postępowanie pozwanego jest sprzeczne z zasadami współzycia społecznego i także przemawia za nieważnością umów, których dotyczy niniejsza sprawa.

Podsumowując, w ocenie Sądu, zawarte umowy ubezpieczenia okazały się nieważne, bowiem są sprzeczne z zasadami współzycia społecznego, z zasadą słuszności kontraktowej i rzetelności profesjonalnej (art. 58 § 2 k.c.), narusza postanowienia art. 13 ust 4 ustawy z dnia 22 maja 2013 roku o działalności ubezpieczeniowej, przepis art. 353¹ k.c. i jako taka nie może zostać uznana za ważną podstawę kształtowania praw i obowiązków podmiotów tego stosunku obligacyjnego (art. 58 § 1 k.c.).

Mając na uwadze powyższe, należy uznać, że powodowi należał się zwrot od pozwanego wszelkich świadczeń uiszczonych na poczet umów ubezpieczenia w łącznej kwocie 725.250 zł (191.400 zł + 263.850 zł + 270.000 zł) jako nienależnych, w oparciu o przepisy o nienależnym świadczeniu (art. 410 § 2 k.c. w zw. z art. 405 k.c.).

Okolicznością bezsporną jest, iż pozwany wypłacił powodowi kwoty 165.391,29 zł z tytułu ubezpieczenia (...) i kwotę 231.899,36 zł z tytułu ubezpieczenia (...) Bank (...), czyli łącznie 397.290,65 zł. Do rozliczenia pozostawała zatem kwota 327.959,35 zł.

Sporne między stronami okazało się to, czy pozwany skutecznie wypłacił powodowi kwotę 159.211,03 zł z tytułu rozliczenia ubezpieczenia (...). Zdaniem Sądu, pozwany nie wykazał, że kwota ta trafiła do powoda. Została ona nieprawidłowo wypłacona E. N., której rachunek bankowy nie został przez powoda wskazany do umowy (...), lecz do innej umowy. Ponadto, środki zostały wypłacone w okresie, kiedy powód nie był już w związku z tą osobą. E. N. odmówiła przekazania powodowi tych środków i toczy się wobec niej nawet postępowanie karne. Powód starał się

uzyskać te środki jednak mu się to nie udało. Pozwany zatem nie spełnił skutecznie względem powoda świadczenia w kwocie 159.211,03 zł na jaką się powołuje.

W konsekwencji, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powoda całą dochodzoną kwotę 327.959,35 zł tytułem zwrotu nienależnego świadczenia wpłaconego na poczet zobowiązań z nieważnych umów ubezpieczenia.

W oparciu o art. 481 k.c. zasądzono od pozwanego na rzecz powoda także odsetki od dochodzonej kwoty. Skoro umowy okazały się nieważne, obowiązek zwrotu należności istniał od momentu wpłaty środków. Środki te wpłacane były od 2008 do połowy 2014 roku, zatem żądanie zasądzenia odsetek od 20 września 2014 roku należało uznać za zasadne.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 k.p.c., zgodnie z którym pozwany jako strona przegrywająca sprawę zobowiązany jest zwrócić stronie powodowej koszty procesu w wysokości 27.215 zł. W niniejszym postępowaniu na kwotę tą składała się opłata od pozwu w wysokości 16.398 zł, koszty zastępstwa procesowego w wysokości 10.800 zł oraz zwrot opłaty skarbowej od pełnomocnictwa w wysokości 17 zł.

Z uwagi na powyższe, orzeczono jak w sentencji.

ZARZĄDZENIE

(...)