

**Sygn. akt I ACa 153/20**

## WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

***Dnia 14 października 2020 r.***

***Sąd Apelacyjny w Warszawie Wydział I Cywilny w składzie:***

Przewodniczący: Sędzia Marzanna Góral

Sędziowie: Dorota Markiewicz

(del.) Agnieszka Wachowicz-Mazur (spr.)

Protokolant: Aleksandra Kozakiewicz

po rozpoznaniu w dniu 14 października 2020 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa K. S. (1)

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

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie

z dnia 9 grudnia 2019 r., sygn. akt XXIV C 696/18

***I. oddala apelację;***

***II. zasądza od Towarzystwa (...) Spółki Akcyjnej z siedzibą w W. na rzecz K. S. (1) kwotę 4050 zł (cztery tysiące pięćdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.***

Agnieszka Wachowicz-Mazur Marzanna Góral Dorota Markiewicz

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 25 lipca 2018 r. K. S. (1) wniosła o zasądzenie od pozwanego Towarzystwa (...) S.A. we W. kwoty 87 582 zł tytułem nienależnego świadczenia wraz z odsetkami od dnia 8 lutego 2017 r. do dnia zapłaty.

W uzasadnieniu podała, że w 2011 r. przystąpiła do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, opłaciła pierwszą składkę w wysokości 24 750 zł, a następnie opłacała kolejne składki w wysokości

748 zł miesięcznie. Łącznie wpłaciła kwotę 87 582 zł. Powódka podała, że zawarła umowę za pośrednictwem (...) S.A. z siedzibą w W., który tylko formalnie pełnił rolę ubezpieczającego. Powódka natomiast, pomimo tego, że nie została wskazana jako strona umowy, obowiązana była do opłacania składek, co było warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową. Powódka podała również, że w przedstawionych jej dokumentach nie określono wysokości sumy ubezpieczenia i brak jest możliwości jej wskazania, a zatem oświadczenie powódki o przystąpieniu do ubezpieczenia nie wywołało skutków prawnych i w rzeczywistości powódka nie została objęta taką ochroną. Również sama umowa

ubezpieczenia jest wadliwa, jest sprzeczna z istotą zobowiązania, uczciwymi praktykami rynkowymi oraz zasadami współzycia społecznego i jako taka, jest nieważna. Powódka zarzuciła także, że wartość lokowanych przez nią środków, od których uzależniona jest wysokość świadczenia, które miało zostać wypłacone, zależała nie tylko od wysokości opłacanych przez nią składek, ale przede wszystkim – od wartości indeksu stworzonego i ustalanego przez podmiot zewnętrzny względem ubezpieczonego, przy czym agent kalkulacyjny, był uprawniony w określonych przypadkach, do samodzielnego, nie wymagającego zgody konsumenta, określenia jego wysokości. Powódka, jako konsument, nie ma również wpływu na wybór agenta kalkulacyjnego, nie ma pewności jaki podmiot pełni tę funkcję, ale przede wszystkim, nie jest w stanie określić podstawowej wartości świadczenia ubezpieczeniowego, gdyż zarówno w umowie jak i regulaminie stanowiącym załącznik do umowy, brak jest wskazania obiektywnych i podlegających weryfikacji czynników wpływających na jego wysokość. Powódka podniosła, że również sam mechanizm inwestycji w certyfikaty jest dla konsumenta niemożliwy do odtworzenia, nie są bowiem znane rodzaje certyfikatów, ich oznaczenia i waluta emisji obligacji, wartość nominalna, cena zakupu. Jako konsument, powódka nie ma zatem możliwości weryfikacji reguł inwestycyjnych dotyczących jej własnych środków finansowych. Wszystkie te okoliczności powodują, że brak jest możliwości określenia wartości świadczenia wynikającego z zawartej umowy ubezpieczenia, co jest sprzeczne z właściwością tego stosunku obligacyjnego i powoduje nieważność zawartej umowy. Dodatkowo, całość ryzyka finansowego wynikającego z zawartej umowy, została przerzucona na konsumenta. Zarówno bowiem ubezpieczający (...) jak i pozwane Towarzystwo (...) nie ponosi żadnego ryzyka inwestycyjnego, gdyż zgodnie z treścią umowy, jedynie lokuje środki wpłacane przez powódkę, na jej ryzyko, w oparciu o nieweryfikowalne kryteria ustalania indeksu określanego przez osoby trzecie, pobierając przy tym opłaty na swoją korzyść w tym opłatę za zarządzanie, niezależnie od tego, czy inwestycja przynosi zysk, czy stratę. Ponadto, wpłacane środki są jedynie wyceniane w złotych polskich, a „inwestycja nie wiąże się z ryzykiem kredytowym emitenta”, co powoduje, że w istocie na konsumencie spoczywa ryzyko walutowe wynikające z braku zasad ustalania kursu waluty polskiej przy wycenie, oraz ryzyko kredytowe w sytuacji, gdy emitent nie będzie w stanie wykupić certyfikatów. Powódka zarzuciła, że ochronie podlega wyłącznie składka zainwestowana w wysokości 123 750 zł, a nie cała wpłacona przez nią kwota składek stanowiąca sumę 159 390 zł, a zatem ochrona na podstawie zawartej umowy, nie dotyczy wszystkich wpłaconych przez powódkę środków, a dodatkowo ubezpieczyciel nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego, co oznacza, że ubezpieczyciel nie ponosi żadnego ryzyka związanego z ujemną stopą zwrotu lub utratą środków powódki. Zdaniem powódki, zawarta umowa narusza jej interesy również poprzez określenie wysokości opłaty likwidacyjnej, sięgającej nawet 80 % wpłaconych przez nią środków. Zawarta umowa jest zatem nieważna, zaś wpłacone przez powódkę świadczenie powinno ulec zwrotowi na podstawie art. 405 w związku z art. 410 par. 1 i 2 kc. Odnośnie do żądania odsetek, powódka podała, że data 8 lutego 2017 r. została określona na podstawie daty doręczenia pozwanemu wezwania do zapłaty, które to wezwanie pozwany otrzymał 24 stycznia 2017 r. i w którym został wezwany do spełnienia świadczenia w terminie 14 dni.

Pismem z dnia 7 listopada 2018 r. powódka rozszerzyła powództwo do kwoty 89 826 zł domagając się dalszej kwoty 2992 zł wraz z odsetkami jak w pozwie. Pismo zostało doręczone pozwanemu. Pismem z dnia 24 maja 2019 r. doręczonym pozwanemu na rozprawie w tym samym dniu, powódka rozszerzyła powództwo do kwoty 93 566 zł domagając się dalszej kwoty 3740 zł wraz z odsetkami jak w pozwie. Pismem z dnia 6 września 2019 r. doręczonym pozwanemu na rozprawie w tym samym dniu, powódka rozszerzyła powództwo do kwoty 95 810 zł domagając się dalszej kwoty 2244 zł wraz z odsetkami jak w pozwie. Pismem z dnia 8 listopada 2019 r. doręczonym pozwanemu na rozprawie w tym samym dniu, powódka rozszerzyła powództwo do kwoty 98 054 zł domagając się dalszej kwoty 2244 zł wraz z odsetkami jak w pozwie.

W odpowiedzi na pozew pozwany Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą we W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu pozwany podniósł zarzut braku legitymacji czynnej, gdyż powódka nie jest stroną umowy i posiada wyłącznie status ubezpieczonego w ramach spornej umowy. Zdaniem pozwanego, podstawą roszczenia w niniejszej sprawie jest art. 808 par. 2 k.c., a zatem powódce jako ubezpieczonej, przysługuje powództwo bezpośrednio w stosunku do ubezpieczyciela. Pozwany podkreślił, że żaden przepis prawa nie nakłada na ubezpieczyciela obowiązku

indywidualnego uzgadniania treści umowy ubezpieczenia z ubezpieczonymi w ramach umowy ubezpieczenia grupowego, a nawet doręczania ogólnych warunków ubezpieczenia zaś powódka przystąpiła do niego w sposób całkowicie dobrowolny. Pozwany zakwestionował powództwo co do zasady oraz co do wysokości. Nie zgodził się z twierdzeniem, że wysokość świadczenia z umowy jest ustalana w sposób arbitralny i dowolny, gdyż zależy ona wprost od aktualnej wartości aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Z kolei ponoszenie ryzyka inwestycyjnego jest typową cechą umów ubezpieczenia z (...), a na aktualną wartość udziałów uczestnictwa nie ma wpływu nie tylko powódka, ale również pozwany, ponieważ wysokość wartości rachunku uczestnictwa zależy od wartości aktywów funduszu kapitałowego. Pozwany przyznał jednak, że powód nie posiada wystarczającej wiedzy i dostępu do danych rynkowych pozwalających na samodzielną weryfikację wyceny aktywów (...), jednakże powyższe nie może świadczyć o nieprawidłowościach umowy. Pozwany przyznał także, że w umowach na cudzy rachunek ryzyko lokaty, co do zasady, ponosi ubezpieczony, ponieważ to jemu przysługiwać będą świadczenia, których wartość jest pochodną środków zgromadzonych w funduszu. W związku z powyższym w umowie występują świadczenia, których wysokość nie jest gwarantowana przez ubezpieczyciela. Wysokość świadczenia zależy od wartości udziału w (...), a ta jest zmienna i zależna od wartości aktywów funduszu, który jest niezależny od woli stron. Pozwany podkreślił, że wartość udziału jest determinowana przez wartość aktywów, a nie wartość indeksów i zależy od czynników rynkowych mających wpływ na wynik inwestycji. Pozwany wyjaśnił także, że końcowa wartość rachunku udziałów jest ustalana w oparciu o określony wzór, co wyłącza dowolność i arbitralność. Jest ona ustalana na koniec piętnastoletniego okresu ubezpieczenia natomiast w trakcie umowy, inwestycja jest warta tyle, ile warte są aktywa ulokowane w składki. W ocenie pozwanego, zapisy regulaminu są więc jasne i precyzyjne. Pozwany podniósł także, że nie jest wzbogacony, gdyż na skutek decyzji o wcześniejszej rezygnacji, wartość certyfikatów spadła, a zatem kwota uzyskana z ich sprzedaży będzie niższa, niż kwota zakupu.

**Sąd Okręgowy w Warszawie wyrokiem z dnia 9 grudnia 2019 r.:**

**1. zasądził od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz K. S. (1) kwotę 98 054 zł wraz z odsetkami ustawowymi od kwot:**

**- 74 866 zł od dnia 8 lutego 2017 roku,**

**- 12 716 zł od dnia 7 września 2018 roku,**

**- 2 992 zł od dnia 24 listopada 2018 roku,**

**- 3 740 zł od dnia 25 maja 2019 roku,**

**- 2 244 zł od dnia 7 września 2019 roku,**

**- 2 244 zł od dnia 9 listopada 2019 roku - do dnia zapłaty,**

**2. zasądził od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz K. S. (1) kwotę 10 033 zł tytułem zwrotu kosztów procesu,**

**3. nakazał pobrać od Towarzystwa (...) S.A. z siedzibą w W. na rzecz Skarbu Państwa-kasy Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 287 zł tytułem nieuiszczonej opłaty sądowej.**

Powyższe orzeczenie zostało oparte na następujących ustaleniach faktycznych i prawnych.

W dniu 2 czerwca 2011 r. powódka przystąpiła do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym zawartej między (...) S.A. z siedzibą w W. jako ubezpieczającym, a Towarzystwem (...) S.A. z siedzibą we W. jako ubezpieczycielem. Przedmiotem umowy ubezpieczenia było życie ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa została udzielana ubezpieczonemu (powódce) przez ubezpieczyciela (... S.A.) w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela na wypadek zgonu powódki w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub dożycia przez powódkę do końca okresu odpowiedzialności. Ubezpieczyciel zobowiązał się spełnić

świadczenie ubezpieczeniowe w razie zajścia jednego z tych dwóch zdarzeń w wysokości określonej w rozdziale 10 warunków ubezpieczenia (...), na zasadach określonych w rozdziale 12, z zastrzeżeniem rozdziału 9. Ponadto celem ubezpieczenia było gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (...). Okres odpowiedzialności ubezpieczyciela trwał 180 miesięcy i rozpoczynał się szóstego dnia roboczego po zakończeniu okresu subskrypcji. Zgodnie z treścią wydanego powódce certyfikatu rozpoczął się w dniu 8 lipca 2011 r. i miał trwać do 8 lipca 2026 r.

Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności miała wynosić 100 % wartości rachunku w dacie umorzenia. Wartość rachunku miała być ustalona zgodnie z zapisami par. 4 ust. 5 Regulaminu. Wysokość świadczenia miała być ustalona po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa funduszu. Umorzenie miało nastąpić 25 dni po zakończeniu okresu odpowiedzialności, według wartości jednostki w dacie umorzenia.

Wysokość świadczenia z tytułu zgonu obliczona miała być według wzoru:  $1\% \times \text{zainwestowana składka} + (\text{liczba jednostek uczestnictwa Funduszu w dacie umorzenia} \times \text{wartość jednostki uczestnictwa w dacie zgonu ubezpieczonego})$ . Wysokość świadczenia z tytułu zgonu ustalana miała być po umorzeniu na rachunku jednostek uczestnictwa. Umorzenie miało nastąpić najpóźniej w ciągu dziesięciu dni roboczych od dnia uzyskania przez ubezpieczyciela aktu zgonu ubezpieczonego. Wysokość świadczenia ustalana miała być w tym wypadku według wartości jednostek uczestnictwa z daty zgonu.

Zgodnie z zapisami umowy do zapłaty składek bieżących i składki pierwszej obowiązany był ubezpieczający – (...) S.A. Strony umowy dopuściły jednak możliwość sfinansowania składek przez ubezpieczonego zadeklarowanych w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

Wysokość składki bieżącej płatnej co miesiąc była obliczana według opisanego w umowie wzoru z uwzględnieniem opłaty za zarządzanie i wpłacana na rachunek bankowy ubezpieczyciela.

Za uiszczane składki, ubezpieczyciel TU na Życie (...), po zakończeniu okresu subskrypcji tj. okresu, w którym możliwe było przystąpienie do umowy, nabywał jednostki uczestnictwa Funduszu Kapitałowego. Posiadały one jednakową wartość i reprezentowały udziały powódki w aktywach Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Nie stanowiły odrębnego od umowy prawa, nie mogły być zbywane na rzecz osób trzecich, nie były oprocentowane. Nabycie jednostek uczestnictwa następowało za kolejne składki bieżące po pomniejszeniu o opłatę za zarządzanie, pobrane zgodnie z zapisami umowy, według opisanego w umowie wzoru. W regulaminie zastrzeżono, że początkowa wartość jednostki została ustalona na kwotę 200 zł, a następnie ulegała zmianie zgodnie ze zmianą wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego przypadających na jednostkę uczestnictwa funduszu.

Jednocześnie jednak powódka deklarując i wpłacając tzw. składkę pierwszą w wysokości 20 % składki zainwestowanej w kwocie 24 750 zł, zobowiązała się do zainwestowania tak zwanej składki zainwestowanej tj. wskazanej w deklaracji kwoty obliczonej według wzoru:  $\text{składka pierwsza} / 20\% (24\ 750\ \text{zł} / 20\%)$  w Fundusz Kapitałowy (...). Składka zainwestowana pozostawała w stałej wysokości przez cały okres odpowiedzialności i była kwotą zadeklarowaną przez powódkę jako kwota przeznaczona na inwestycję tj. na zakup jednostek uczestnictwa w opisanym funduszu kapitałowym.

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy powstawał zatem z wpłacanych składek pierwszych i składek bieżących pomniejszonych o opłaty za zarządzanie. Środki gromadzone w funduszu o nazwie E. (...) LibIII/ (...) lokowane były w certyfikaty emitowane przez (...) gwarantowane przez Bank (...), z których wypłata oparta jest na indeksie (...) Libra E. I. i wyceniane w złotych polskich.

Decyzją (...) z 11 kwietnia 2011 r. TU na Życie (...) otrzymało zezwolenie na uznanie instrumentów finansowych w postaci obligacji strukturyzowanych emitowanych przez (...) z siedzibą w Holandii wchodzących w skład portfela inwestycyjnego o nazwie (...) na zabezpieczenie min. zobowiązań z tytułu zawartych umów ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie. (...) stwierdził, że obligacje te zapewniają pozwanemu zwrot wartości nominalnej przedmiotowych

obligacji, jak również dają możliwość otrzymania zysków inwestycyjnych zależnych od zmiany min. indeksu (...) Libra E. I..

Stosownie do postanowień regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, celem funduszu jest ochrona 100 % składki zainwestowanej, natomiast ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego polegającego na powiększeniu wartości aktywów. Ubezpieczyciel zastrzegł, że wyniki osiągnięte w przeszłości nie mogą stanowić podstawy do oczekiwania przyszłych wyników inwestycyjnych. Zastrzegł także, że inwestycja w certyfikaty wiąże się z ryzykiem kredytowym emitenta polegającym na możliwości wystąpienia trwałej lub czasowej niezdolności emitenta do obsługi zadłużenia, w tym do wykupu certyfikatów. Wartość rachunku po zakończeniu okresu odpowiedzialności miała być obliczona w oparciu o wartość certyfikatów, przy czym na dzień zakończenia odpowiedzialności, certyfikaty zapewniały jedynie ochronę wartości nominalnej odpowiadającej składce zainwestowanej.

Ubezpieczyciel zastrzegł także, że w przypadku braku notowań indeksu, jego wartość określi agent kalkulacyjny indeksu. W przypadku likwidacji indeksu lub innych zdarzeń mających wpływ na jego funkcjonowanie, wartość indeksu określi również agent kalkulacyjny.

Zgodnie z postanowieniami regulaminu z uwagi na charakter kształtowania się cen certyfikatów, wartość jednostek uczestnictwa mogła ulegać istotnym zmianom. Strony zastrzegały także możliwość likwidacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego bądź zmiany strategii inwestycyjnej, o czym zobowiązywały się powiadomić ubezpieczonych w określonym w regulaminie terminie.

Na podstawie zawartej umowy, powódka wpłaciła składkę pierwszą, a następnie uiszczala składki bieżące. Łącznie wpłaciła 98 054 zł. Wpłacone kwoty były lokowane z Ubezpieczeniowym Funduszu Kapitałowym (...) / (...). Łączna zadeklarowana przez powódkę tzw. składka zainwestowana wynosiła 123 750 zł.

Powódce przedstawiono powyższy produkt jako ubezpieczenie na życie z możliwością inwestowania. Powódka nie została jednak poinformowana o tym, w jaki sposób będą inwestowane wpłacane przez nią pieniądze, nie wyjaśniono jej mechanizmu inwestowania. Powódce nie przedstawiono do podpisania regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

Pismem z dnia 10 stycznia 2017 r. powódka wezwała TU na (...) S.A. we W. do zwrotu wpłaconych składek w wysokości 74 866 zł wraz z odsetkami ustawowymi w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma, z uwagi na nieważność zawartej umowy. Pozwany pokwitował odbiór pisma z dnia 24 stycznia 2017 r., a pismem z dnia 20 lutego 2017 r. odmówił spełnienia żądania powódki nie znajdując podstaw do zaspokojenia jej roszczeń w wymiarze przez powódkę wskazanym. Pozwany powoływał się w tym zakresie na opłaty likwidacyjne, deklarując chęć podjęcia negocjacji w celu ich zmniejszenia.

Kolejnymi pismami, powódka wzywała pozwanego do zwrotu uiszczanych kwot jednakże bezskutecznie.

Powyższy stan faktyczny został ustalony na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy: deklaracji przystąpienia, warunków ubezpieczenia, regulaminu (...), tabeli opłat, certyfikatu, korespondencji między stronami, dowodów wpłat, decyzji (...), a także na podstawie zeznań świadka I. S. i zeznań powódki K. S.. Dokumenty przedstawione przez stronę nie były kwestionowane i sąd uznał je za pełnowartościowy materiał dowodowy, niesporny między stronami. Zeznania świadka i strony uzupełniły stan faktyczny w sprawie. Nie były one również kwestionowane przez strony postępowania. Dowód z zeznań świadka A. Z. został ostatecznie oddalony, gdyż świadek, pomimo wielokrotnych wezwań na rozprawę, wysyłanych na znane sądowi adresy, jak również pomimo ukarania grzywną, nie stawiała się, a dalsze wezwania stanowiłyby nieuzasadnione przewlekanie postępowania. Sąd nie prowadził również postępowania dowodowego z dokumentów i informacji wnioskowanych przez pozwanego w odpowiedzi na pozew, gdyż pozwany nie wskazał okoliczności, na jaki dowód ten miałby zostać przeprowadzony. W ocenie sądu, żądane przez pozwanego informacje nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

Sąd Okręgowy wskazał, że ostatecznie precyzując powództwo powódka wносиła o zasądzenie kwoty 98 054 zł z tytułu nienależnie wpłaconych składek w związku z nieważnością umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie, do której przystąpiła w dniu 2 czerwca 2011 r. Jako podstawę roszczenia powódka wskazała art. 405 i 410 k.c., zgodnie z którym świadczenie jest nienależne, jeżeli ten, kto je spełnił, nie był w ogóle zobowiązany lub nie był zobowiązany względem osoby, której świadczył, albo jeżeli podstawa świadczenia odpadła lub zamierzony cel świadczenia nie został osiągnięty, albo jeżeli czynność prawna zobowiązująca do świadczenia była nieważna i nie stała się ważna po spełnieniu świadczenia (§ 2 art. 410 k.c.). Z kolei, zgodnie z art. 405 k.c., kto bez podstawy prawnej uzyskał korzyść majątkową kosztem innej osoby, obowiązany jest do wydania korzyści w naturze, a gdyby to nie było możliwe, do zwrotu jej wartości.

W pierwszej kolejności ocenił charakter zawartej umowy, a w dalszej kolejności ustalił, czy zawarta umowa była sprzeczna z ustawą lub zasadami współżycia społecznego ewentualnie, czy nie zmierzała do obejścia prawa. Wskazał, że zgodnie z art. 58 § 1 k.c., czynność prawna sprzeczna z ustawą albo mająca na celu obejście ustawy jest nieważna, chyba że właściwy przepis przewiduje inny skutek, w szczególności ten, iż na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy; § 2 nieważna jest czynność prawna sprzeczna z zasadami współżycia społecznego; § 3 jeżeli 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.

Sąd Okręgowy podkreślił, że podstawą roszczeń powódki są przepisy dotyczące umowy ubezpieczenia. Z zeznań powódki oraz z zeznań świadka I. S. (2) wynikało, że zamiarem powódki było przede wszystkim zawarcie umowy ubezpieczenia, powódka chciała ubezpieczyć się na wypadek swojej śmierci, a jako osobę uposażoną wskazała swojego małżonka.

Następnie wskazał, że stosownie do art. 805 k.c.: § 1 przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę; § 2. świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie: 1) przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku; 2) przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Natomiast zgodnie z art. 829 § 1 k.c., ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu na życie - śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku. Zawarta w dniu 2 czerwca 2011 r. umowa odpowiada w części umowie ubezpieczenia na życie, gdyż jako przedmiot ubezpieczenia wskazano życie albo dożycie przez powódkę do końca okresu odpowiedzialności zaś pozwany, jako ubezpieczyciel, zobowiązał się do wypłacenia określonego w umowie świadczenia na wypadek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym została zawarta przez (...) S.A. jako ubezpieczającego i Towarzystwo (...) S.A. jako ubezpieczyciela. Jak wyżej wskazał Sąd Okręgowy, zgodnie z art. 805 § 1 k.c., przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Stronami umowy ubezpieczenia są zatem ubezpieczający, który może być również ubezpieczonym i na którym spoczywa obowiązek opłacenia składki oraz ubezpieczyciel zobowiązany do zapłaty świadczenia w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Zdaniem Sądu Okręgowego, w przedmiotowej umowie, powódka nie została wskazana jako strona tej umowy, chociaż jako ubezpieczona jest podmiotem stosunku ubezpieczeniowego. Podstawą takiej konstrukcji umowy jest art. 808 § 1 k.c., zgodnie z którym ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Z powołanego przepisu wynika, że ubezpieczony może nie być nawet imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. W tego typu umowie, przedmiotem ubezpieczenia jest cudzy interes majątkowy lub osobisty, a ochrona ubezpieczeniowa jest świadczona na rzecz osoby ubezpieczonej, jednakże do zapłaty składki obowiązany jest wyłącznie ubezpieczający. Stronami umowy są więc ubezpieczający i ubezpieczyciel zaś ubezpieczony

(lub uprawniony w przypadku, gdy przedmiotem ochrony jest życie ubezpieczonego) jest osobą trzecią, na rzecz której ma być spełnione świadczenie.

Zawarta umowa odpowiada w swojej konstrukcji tzw. umowom na rzecz osoby trzeciej, w której jedna ze stron zobowiązuje się do spełnienia świadczenia na rzecz osoby trzeciej, niebiorącej udziału w umowie (art. 393 kc). Przy takiej konstrukcji umowy ubezpieczający i ubezpieczyciel są związani węzłem obligacyjnym, zaś ubezpieczony (lub uprawniony) są wyłącznie upoważnieni do odbioru świadczenia. Obowiązek opłacenia składki spoczywa jednak cały czas na ubezpieczającym i obowiązek ten jest obowiązkiem o charakterze essentialia negotii, a więc w tym zakresie ma charakter obligatoryjny.

Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że zawarta umowa w istotny sposób modyfikuje zasady wynikające z art. 805 k.c. Strony wskazały w niej, że do zapłaty składek bieżących i składki pierwszej zobowiązany jest ubezpieczający, jednakże ubezpieczyciel i ubezpieczający dopuścili możliwość sfinansowania przez ubezpieczonego zadeklarowanych w deklaracji przystąpienia składek bieżących i składki pierwszej. W rzeczywistości obowiązek opłacania składek został w całości przerzucony na ubezpieczonego, pomimo że podmiotem zobowiązanym do ich opłacania był ubezpieczający, co wynikało wprost z umowy. Z umowy wynika również, że zapłata składek przez ubezpieczonego jest warunkiem objęcia ochroną ubezpieczeniową, zaś ich niezapłacenie skutkuje anulowaniem deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia. W konsekwencji powódka została zobowiązana do finansowania składek, pomimo że nie była stroną przedmiotowej umowy ubezpieczenia, natomiast (...) S.A. jako ubezpieczający został całkowicie zwolniony z obowiązku ich ponoszenia. Nawet w przypadku niezapłacenia składki, ubezpieczyciel w pierwszej kolejności zwróciłby się do ubezpieczonego o jej zapłatę, a dopiero po bezskutecznym upływie terminu, wezwał do jej zapłacenia ubezpieczającego, który mógł jednak składki nie uiścić. Tak skonstruowana umowa, skutkowałą przerwaniem na powódkę ryzyka wynikającego z umowy. Brak uiszczenia składek skutkowałąby anulowaniem deklaracji przystąpienia do umowy, odmową udzielenia powódce dalszej ochrony ubezpieczeniowej, a przede wszystkim praktycznie pozbawiały ją możliwości uzyskania świadczenia z uwagi na nieproporcjonalnie wysokie opłaty likwidacyjne. Nieuiszczenie składki jest równoznaczne z rezygnacją z ubezpieczenia. W takim przypadku, zgodnie z postanowieniami rozdziału 14 umowy, ubezpieczyciel wypłaca wartość rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną i podatek. Wysokość opłaty likwidacyjnej sięgała 80 % wpłaconych środków w trzech pierwszych latach odpowiedzialności ubezpieczyciela, w kolejnych zmniejszała się jednakże nadal pozostawała na poziomie kilkudziesięciu procent. Na powódce spoczął cały ciężar związany z wykonaniem umowy przy jednoczesnym zwolnieniu ubezpieczającego z odpowiedzialności za takie zdarzenia. Analiza postanowień umowy jednoznacznie wskazuje, że rola ubezpieczającego została sprowadzona do roli pośrednika w zawarciu umowy pomiędzy powódką a pozwanym. Na ubezpieczającym nie spoczywają w zasadzie żadne obowiązki poza obowiązkami informacyjnymi i związanymi z podpisaniem umowy. Ponadto, element ubezpieczeniowy nie jest elementem dominującym. Treść umowy wskazuje, że ma ona charakter mieszany, zawiera bowiem nie tylko elementy umowy ubezpieczenia, ale również element inwestycyjny, polegający na gromadzeniu wpłaconych składek w funduszu kapitałowym (...)/ (...) oraz inwestowaniu ich w certyfikaty emitowane przez podmiot trzeci. Strony umowy, do której przystąpiła powódka, umówiły się bowiem, że pozwany zainwestuje kwoty wpłacane przez ubezpieczoną działając na rachunek i zlecenie powódki oraz na jej ryzyko. Celem umowy było zatem przede wszystkim gromadzenie i inwestowanie kapitału poprzez ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy. Cel ten należy uznać za dominujący. Wynika to chociażby z porównania obowiązków powódki jako ubezpieczonej i pozwanego jako ubezpieczyciela, wynikających z umowy, jak również wysokości świadczeń wypłacanych na rzecz ubezpieczonego i 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, a następnie lokowane przez zakład ubezpieczeń w obligacje strukturalne emitowane przez spółkę kapitałową. Należy podkreślić, że co do zasady, zawarcie umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym było dopuszczalne w świetle obowiązującej w dacie zawarcia umowy ustawy z 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej. Jednakże dla bytu tej umowy niezbędna jest także realizacja celu związanego z ochroną ubezpieczeniową.

Zdaniem Sądu Okręgowego, w przypadku zawartej umowy ubezpieczenia z elementem inwestycyjnym, wypłacane przez ubezpieczyciela świadczenie jest po pierwsze - uzależnione od wysokości wpłacanych przez ubezpieczonego kwot, a po drugie – stanowi wartość nieokreśloną zarówno w dacie zawarcia umowy, jak i w czasie jej trwania, a wysokość świadczenia zostaje ustalona dopiero w dacie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wysokość wpłaconych składek pierwszej oraz bieżących, które są przeznaczane na zakup jednostek uczestnictwa w funduszu kapitałowym niewątpliwie wpływa na ilość zakupionych jednostek, a w ostatecznym rozrachunku - również na wysokość świadczenia ubezpieczeniowego. Wpłacane przez ubezpieczonego składki przestają mieć również charakter wynagrodzenia za udzieloną ochronę, odrywają się również od wyliczeń aktuarnych uwzględniających ponoszone przez zakład ubezpieczeń ryzyko i koszty, a stanowią pochodną kwoty, którą ubezpieczony wpłaca tytułem składki pierwszej, inwestycyjnej oraz obliczonej przez pozwanego składki zadeklarowanej stanowiącej odpowiedni procent składki pierwszej, którą strony umowy alokują w funduszu kapitałowym. Należy podkreślić, że pozwany inwestuje środki, które pochodzą wyłącznie od ubezpieczonego, na którym w całości spoczywa ryzyko inwestycyjne, zaś pozwany nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego. W przypadku spadku wartości jednostek, a więc i rachunku, środki składające się na świadczenie pochodzą wyłącznie z rachunku powoda i to on ponosi ryzyko utraty ich wartości. W przypadku potencjalnego wzrostu cen wartości jednostek, a więc i rachunku pozwany nie ponosi z kolei ryzyka faktycznej wypłaty świadczenia ze środków własnych. Wypłata następuje ze środków ubezpieczonego. Ponadto w obu tych przypadkach pozwany otrzymuje zysk w postaci opłat administracyjnych.

Jak wyżej wskazano, essentialia negotii umowy ubezpieczenia stanowi, określone co do kwoty świadczenie na wypadek śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią określonego wieku. Sąd Okręgowy stanął na stanowisku, że w art. 805 k.c. mowa jest o umówionej sumie pieniężnej, rencie lub innym świadczeniu w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. W spornej umowie, zarówno w przypadku zgonu i jak i dożycia przez powoda określonego w umowie wieku, wartość świadczenia została natomiast określona w sposób niejednoznaczny. W umowie określono bowiem tylko wzór służący do obliczenia wysokości świadczenia w dacie zaistnienia zdarzenia, co powoduje że wysokość świadczenia nie jest znana w chwili zawierania umowy, jak również nie da się jej określić w czasie trwania umowy do chwili zaistnienia zdarzenia. Należy również wskazać, że sposób określenia wysokości świadczenia został ustalony przez pozwanego w sposób jednostronny zaś powódka nie miała żadnego wpływu na treść umowy w tym zakresie. W umowie będącej przedmiotem niniejszego postępowania, ogólnie wskazano, że wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu wynosi  $1\% \times \text{składka zainwestowana} + (\text{liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu w Dacie Umorzenia} \times \text{Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu Ubezpieczonego})$ , a w przypadku świadczenia z tytułu dożycia wysokość świadczenia wynosiłaby  $100\%$  wartości rachunku w Dacie Umorzenia.

Tak skonstruowana umowa, zdaniem Sądu Okręgowego, odbiega swoim charakterem od celów umów ubezpieczenia, gdyż po pierwsze - zwalnia pozwanego od ponoszenia jakiegokolwiek ryzyka związanego 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 ze zgromadzonych składek. W umowie zawartej z powódką, pozwany zobowiązał się natomiast do wypłaty świadczenia, która w przypadku dożycia będzie stanowiła najwyżej  $100\% \times \text{wartość rachunku w dacie umorzenia}$ , przy czym wartość tą określa się zgodnie z regulaminem (...). Umorzenie jednostek uczestnictwa polega zaś na ich zamianie na kwotę pieniężną według jej wartości. W przypadku dożycia ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, pozwany wypłaci zatem nieoznaczoną kwotę odpowiadającą wartości jednostek na dzień wykupu. Podobna sytuacja ma miejsce w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, gdzie wartość świadczenia została oznaczona jako  $1\% \times \text{składka zainwestowana} + \text{liczba jednostek uczestnictwa} \times \text{wartość tych jednostek}$ . Powyższy zapis również nie pozwala na określenie wysokości świadczenia w dacie jej zawarcia. Świadczenie to zrealizuje się dopiero w przypadku zgonu ubezpieczonego, przy czym wartością stałą jest jedynie iloczyn  $1\%$  ze składki zainwestowanej. W przypadku powódki kwota ta wynosiła zaledwie 12 375 zł. W pozostałej części świadczenie pozostaje niedookreślone, zaś w przypadku przedwczesnego zgonu, uposażony, jako osoba wskazana powódkę do uzyskania świadczenia, może nie uzyskać nawet kwoty odpowiadającej składce pierwszej. Po drugie zatem – umowa



oferuje niedookreślone świadczenie na wypadek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, co również jest sprzeczne z istotą umowy ubezpieczenia.

Reasumując powyższe Sąd Okręgowy zaznaczył, że zawarta umowa w swojej konstrukcji jest zatem sprzeczna z umową ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a tym samym nieważna. Celem nadrzędnym zawartej umowy nie jest bowiem udzielenie ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonemu lecz jej element inwestycyjny. Uiszczana przez powódkę składka nie jest powiązana z ponoszonym przez ubezpieczyciela ryzykiem ubezpieczeniowym lecz stanowi określoną przez ubezpieczającego kwotę przeznaczoną na inwestycję, a celem inwestycji było zabezpieczenie składki zainwestowanej, co wprost zapisano w umowie. Zamierzony cel ubezpieczeniowy był zatem celem ubocznym umowy zaś świadczenie wypłacane na wypadek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, było nieokreślone w chwili zawarcia umowy i uzależnione od wysokości wpłaconych środków i zysków z inwestycji. Ponadto, to na ubezpieczonym niebędącym stroną umowy, spoczywało ryzyko inwestycyjne zaś ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego.

Istotne znaczenie dla oceny ważności umowy, jak zwrócił uwagę Sąd Okręgowy, ma również konstrukcja przepisów dotyczących alokacji środków w (...). Jak wynika z regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, jego celem jest powiększenie wartości jego aktywów, w szczególności zaś ochrona 100% składki zainwestowanej. Fundusz ten składa się z wpłacanych przez ubezpieczonego składek pomniejszonych o opłatę o zarządzanie. Ponadto z umowy wynika, że środki (...) są w 100 % lokowane w certyfikaty emitowane przez (...)V. i gwarantowane przez bank (...) oraz wyceniane w złotych polskich. W oparciu o wartość certyfikatów obliczona zostanie wartość rachunku po zakończeniu okresu odpowiedzialności.

Jednocześnie Sąd Okręgowy podkreślił, że z postanowień regulaminu wynika jednoznacznie, że uiszczane przez powódkę składki w istocie mają charakter inwestycyjny, gromadzone są w funduszu kapitałowym w formie jednostek uczestnictwa, które następnie przeznaczane są na zakup certyfikatów emitowanych przez podmiot o nazwie (...)V., a ich celem jest przede wszystkim ochrona składki zainwestowanej. Jednocześnie jednak ubezpieczyciel nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego dla ubezpieczonego, rachunek jednostek uczestnictwa, jak również fundusz kapitałowy może podlegać likwidacji zaś wycena indeksu, w oparciu o który wycenia się wartość certyfikatów pozostaje dowolna i bliżej nieokreślona. Wszystkie te elementy procesu inwestycyjnego powodują obciążenie ryzykiem wyłącznie ubezpieczonego, którego środki są lokowane w wyżej wymienionym funduszu, zysk nie jest pewny, a dodatkowo wysokość świadczeń zależeć będzie od ich wyceny z daty rozwiązania umowy. Całkowicie anonimowy pozostaje również sposób wyceny indeksu mającego wpływ na ustalenie wartości świadczenia.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że z umowy nie wynika, poza ogólnym stwierdzeniem, że jest to ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy i wydzielona rachunkowo część aktywów ubezpieczyciela, czym jest i jaki jest przedmiot działania funduszu (...). Z treści umowy nie wynika również na czym polega ryzyko kredytowe emitenta certyfikatów, będących przedmiotem inwestycji. Umowa nie precyzuje, czym są owe certyfikaty. Dopiero dołączone do odpowiedzi na pozew dokumenty pozwalają na przyjęcie, że certyfikaty te, to obligacje strukturyzowane, emitowane przez podmioty o nazwach (...)V. i (...) S.A., których celem jest zabezpieczenie zobowiązań pozwanego z tytułu zawartych umów ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie.

Ponadto Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że umowa nie określa przede wszystkim jednak czym jest indeks (...), w oparciu o który dokonywana jest wycena certyfikatów, w jaki sposób indeks ten jest tworzony i na jakiej podstawie. Umowa enigmatycznie wskazuje, że indeks umożliwi uzyskanie dynamicznie dostosowanej ekspozycji na rynek akcji powiązanych z krajami rozwijającymi się oraz na rynek obligacji amerykańskich, w przypadku zanotowania trendu wzrostowego na rynek akcji, zwiększa ekspozycję na ten rynek, w przypadku trendu spadkowego, zwiększa ekspozycję na rynek obligacji. Co więcej umowa nie precyzuje, w jaki sposób będzie tworzona jego wartość w przypadku braku notowań tylko ogólnikowo stanowiąc, że jako wartość indeksu zostanie przyjęta wartość z następnego dnia roboczego, w którym dostępne będą notowania indeksu. W przypadku dalszego braku notowań, wartość indeksu zostanie natomiast ustalona przez agenta kalkulacyjnego, jednakże również nie określono w jaki sposób, na podstawie jakich

parametrów. Umowa nie podaje zatem podstawowych informacji dotyczących wskaźnika, w oparciu o który dokonuje się wypłaty środków z certyfikatów. Pozwany nie wykazał, aby powódka została o nich poinformowana.

Stosownie do treści art. 353<sup>1</sup>, 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 współzycia społecznego.

Zwrócił uwagę, że w orzecznictwie Sądu Najwyższego podkreśla się, że zgodnie z art. 353<sup>1</sup> k.c. strony zawierające umowę mogą - co do zasady - ułożyć stosunek prawny według swojego uznania, swoboda stron przy zawieraniu umów nie jest jednak nieograniczona. Jej granice stanowią właściwość (natura) stosunku prawnego, ustawa oraz zasady współzycia społecznego. Oznacza to, że strony są zobligowane do przestrzegania zasadniczych elementów stosunku zobowiązaniowego, czyli jego części składowych, które decydują o istocie tworzonego węzła prawnego (postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 2018-12-05, postanowienie Sądu Najwyższego - Izba Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z 2018-11-28, II UK 539/17).

Możliwość zawierania umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym została przewidziana w ustawie z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, obowiązującej w dacie zawierania przedmiotowej umowy. W ustawie tej uregulowano treść tego typu umów. Jak wynika z ustawy, w zakresie ubezpieczeń na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zakład ubezpieczeń jest obowiązany do określenia lub zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- 1) wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 2) zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia, w tym również zasad umarzania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i terminów ich zamiany na środki pieniężne i wypłaty świadczenia;
- 3) regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego obejmującego w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne;
- 4) zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 5) zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 6) zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w szczególności w zakresie określonym w pkt 4 i 5, oraz terminu zamiany składek na jednostki tego funduszu.

Zdaniem Sądu Okręgowego, zawarta przez strony umowa nie wypełnia tych wymagań w szczególności nie zawiera wykazu oferowanych funduszy kapitałowych, charakterystyki aktywów wchodzących w skład funduszu, kryteriów doboru aktywów, zasad ich dywersyfikacji, zasad alokacji.

Z tych względów Sąd Okręgowy uznał, że umowa z dnia 2 czerwca 2011 r. nie jest umową ważną. W związku z powyższym pozwany winien zwrócić powódce równowartość wniesionych przez nią kwot na podstawie art. 410 k.c. w związku z

art. 405 k.c. Powódka uiściła łącznie 98 054 zł i taka kwota podlegała zwrotowi na jej rzecz.

O odsetkach orzeczono na podstawie art. 481 k.c. w związku z art. 455 k.c. Powódka wzywała pozwanego do zapłaty kwoty 74 866 zł wraz z odsetkami ustawowymi w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma pismem z 10 stycznia 2017 r. Pozwany pokwitował odbiór pisma z dnia 24 stycznia 2017 r., a zatem termin spełnienia świadczenia upłynął w dniu 7 lutego 2017 r. zaś od dnia następnego pozwany pozostawał w zwłoce ze spełnieniem świadczenia. Następnie powódka wzywała pozwanego do zapłaty dalszych kwot w pozwie z dnia 25 lipca 2018 r. doręczonym pozwanemu w dniu 6 września 2018 r. (k. 207) oraz pismami z dnia 7 listopada 2018 r. (doręczone w dniu 23 listopada 2018 r.), z

dnia 24 maja 2019 r. (doręczone pozwanemu na rozprawie w tym samym dniu), z dnia 6 września 2019 r. (doręczone pozwanemu na rozprawie w tym samym dniu), z dnia 8 listopada 2019 r. (doręczone pozwanemu na rozprawie w tym samym dniu). Pozwany pozostawał w zwłoce ze spełnieniem świadczenia od dnia następnego po dacie doręczenia wezwania.

Z tych względów orzeczono jak w wyroku. O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 kpc. Na koszty te złożyła się opłata od pozwu 4380 zł i dwie opłaty od rozszerzonego powództwa w kwotach po 113 zł. Łącznie koszty sądowe poniesione przez powódkę wyniosły 4616 zł zaś koszty zastępstwa procesowego 5400 zł wraz z opłatą od pełnomocnictwa. W związku z rozszerzeniem powództwa, koszty sądowe powinny wynosić 4902, 70 zł. Brakującą kwotą 286, 70 zł obciążono pozwanego. Nie stosowano art. 100 kpc z uwagi na nieznaczny zakres, w jakim powódka przegrała proces. Powódka wezwała bowiem pozwanego w piśmie skierowanym do niego przed wniesieniem pozwu, do zapłaty kwoty 74 866 zł, zaś dopiero w pozwie rozszerzyła żadaną kwotę o dalsze 12 716 zł, do łącznej kwoty 87 582 zł, jednakże odsetki należało obliczyć od tych dwóch kwot oddzielnie. Odsetki od świadczenia dochodzonego w wezwaniu do zapłaty powinny być zasądzone po upływie 14 dni licząc od daty doręczenia tego wezwania co nastąpiło w dniu 24 stycznia 2017 r., natomiast odsetki od dalszej kwoty dochodzonej w pozwie – od daty doręczenia odpisu pozwu jako wezwania do zapłaty. Powództwo podlegało zatem oddaleniu w zakresie odsetek od kwoty 12 716 zł liczonych od dnia 8 lutego 2017 r., gdyż należało je liczyć od dnia 7 września 2018 r.

Powyższy wyrok został zaskarżony przez pozwanego w całości.

Pozwany zarzucił Sądowi Okręgowemu:

I. nierozpoznanie istoty sprawy polegające na zupełnym pominięciu charakteru i celu umowy ubezpieczenia z (...) i uznanie, iż sporna umowa jest nieważna z uwagi m.in. na brak elementu ochronnego, co jest wprost sprzeczne z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej, kodeksu cywilnego, dorobkiem judykatury i doktryny, jak również poprzez niewskazanie w jakim zakresie umowa ubezpieczenia będąca przedmiotem pozwu narusza przepis art. 13 ust. 4 ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej;

II. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów przeprowadzonych w sprawie, polegające na dowolnym i nie znajdującym podstaw w materiale dowodowym uznaniu, że:

a. powodowi nie przedstawiono do podpisania regulaminu (...) (str. 9 uzasadnienia wyroku), pomimo że z Deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia jednoznacznie wynika, że powód otrzymał Regulamin ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;

b. błędnym uznaniu, iż Warunki ubezpieczenia Libra III nie zawierają wszelkich wymaganych przepisami ustawy elementów (str. 18 uzasadnienia), pomimo że Warunki ubezpieczenia oraz Regulamin (...) wypełniają wszelkie wymogi art. 13 ust. 4 ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej;

c. poufny charakter wyceny indeksu, brak wskazania w jaki sposób indeks ten jest tworzony i na jakiej podstawie, stanowi o sprzeczności z naturą umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, pomimo iż powszechnym jest, że przypadku instrumentów finansowych, inwestor tak naprawdę nie zna sposobu ich wyceny i tworzenia, a nadto taki obowiązek informacyjny nie wynika z przepisów prawa, zaś powód nie wykazał, iż zażądał od pozwanego udzielenia takiej informacji;

III. naruszenie art. 242 k.p.c. w zw. z 274 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez oznaczenie terminu przeprowadzenia dowodu z zeznań świadka A. Z. (a finalnie jego pominięcie) mimo nieskorzystania z kompetencji do wyegzekwowania obowiązku stawienia świadka na rozprawie, w sytuacji gdy jego zeznania zostały zgłoszone na okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy albowiem pozwał na rekonstruowanie okoliczności przystąpienia powoda do spornej umowy w tym ustalenia jakie informacje dotyczące umowy (natury tej umowy, jej charakterystyki oraz ryzyk z nią związanych) zostały przekazane powodowi przed przystąpieniem do ubezpieczenia;

IV. naruszenie art. 193 § 2 l w zw. z § 3 w zw. z art. 132 § 1 k.p.c. - poprzez uznanie skuteczności rozszerzenia powództwa dokonanego w pismach datowanych na dzień 24 maja 2019 r., 6 września 2019 r., 8 listopada 2019 r., w sytuacji, gdy pisma doręczone winny być pozwanemu za pośrednictwem Sądu, a nie bez pośrednio przez pełnomocnika powoda;

V. naruszenie art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 k.c. poprzez stwierdzenie nieważności umowy ubezpieczenia na warunkach grupowego ubezpieczenia na Życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym (...) jako sprzecznej z naturą umowy ubezpieczenia, podczas gdy sporna umowa jest prawnie dopuszczalnym rodzajem umowy ubezpieczenia, do której zastosowanie będą miały zarówno przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, zaś Sąd I instancji dokonując oceny normatywnej spornej umowy skupił się wyłącznie na regulacji kodeksowej, tracąc z pola widzenia szczególnie charakter wynikający z ustawy o działalności ubezpieczeniowej;

VI. naruszenie art. 805 § 1 k.c. i art. 808 § 2 k.c. poprzez ich błędną wykładnię i uznanie, że niedozwolone jest przerzucenie ciężaru opłacania składek na ubezpieczonego podczas gdy przepis art. 808 § 2 k.c., który ma zastosowanie do spornej umowy jaku umowy ubezpieczenia grupowego, wskazuje jedynie, iż roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu.

VII. naruszenie art. 13 ust. 4 ustawy z dnia z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej poprzez jego błędną interpretację i uznanie, iż wszystkie elementy wskazane w przywołanym przepisie stanowiły essentialia negotii umowy ubezpieczenia, bez których to elementów umowa nie byłaby ważną umową ubezpieczenia, a nadto przez pominięcie, iż pozwany wskazany wyżej wymóg ustawowy zrealizował poprzez umieszczenie w Warunkach (...) i Regulaminie (...) wszelkich niezbędnych informacji;

VIII. naruszenie art. 411 pkt 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie i uwzględnienie powództwa, podczas gdy powód nie składał zastrzeżeń zwrotu przy każdorazowym uiszczaniu kolejnych składek ubezpieczeniowych, a ponadto poprzez pozbawione podstaw przyjęcie, że świadczenia były spełniane przez powoda w celu uniknięcia przymusu,

Mając na uwadze powyższe, pozwany wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa oraz poprzez zasądzenie na rzecz pozwanego od powoda kosztów postępowania przed Sądem I instancji, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych;

2. zasądzenie na rzecz pozwanego od powoda kosztów procesu przed Sądem II instancji;

lub ewentualnie

3. uchylene zaskarżonego orzeczenia i przekazanie do ponownego rozpoznania Sądu I instancji wraz z pozostawieniem temu sądowi rozstrzygnięcia o kosztach postępowania apelacyjnego.

Ponadto pozwany wniósł o rozpoznanie na podstawie art. 380 k.p.c. postanowienia Sądu I instancji oddającego wniosek pozwanego o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadka A. Z..

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

Apelacja pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie.

W pierwszej kolejności rozważenia wymagał najdalej idący zarzut nierozpoznania istoty sprawy. W przekonaniu Sądu Apelującego zarzut ten jest całkowicie bezzasadny, co pośrednio wynika wprost z jego uzasadnienia. Nierozpoznanie istoty zachodzi bowiem wówczas, gdy rozstrzygnięcie sądu nie odnosi się do tego co było przedmiotem sprawy, a więc gdy sąd zaniechał zbadania materialnej podstawy żądania lub też zarzutów merytorycznych strony i w swym rozstrzygnięciu nie odniósł się do tego, co jest rzeczywistym przedmiotem sporu, uznając, że nie jest to konieczne z uwagi na istnienie przesłanek materialnoprawnych, czy procesowych unicestwiających dochodzone roszczenie (por.

wyroki SN z 9 stycznia 2001 r., I PKN 642/00, OSNAPiUS 2002, Nr 17, poz. 409; z 5 lutego 2002 r., I PKN 845/00, OSNP 2004, nr 3, poz. 46; z 12 lutego 2002 r., I CKN 486/00, OSP 2003, Nr 3, poz. 36; z 25 listopada 2003 r., II CK 293/02; z 24 marca 2004 r., I CK 505/03, Monitor Spółdzielczy 2006, nr 6, s. 45; z 26 stycznia 2011 r., IV CSK 299/10 oraz z 16 czerwca 2011 r., I UK 15/11, OSNP 2012, nr 15-16, poz. 199). Nadto, w omawianym pojęciu nie chodzi o niedokładności postępowania, polegające na tym, że sąd pierwszej instancji nie wziął pod rozwagę wszystkich dowodów, które mogły służyć do należytego rozpoznania sprawy lub nie rozważył wszystkich okoliczności sprawy (por. postanowienie SN z 3 czerwca 2011 r., III CSK 330/10). Rozpoznanie istoty sprawy oznacza zbadanie materialnej podstawy żądania pozwu oraz merytorycznych zarzutów pozwanego. Oceny, czy sąd I instancji rozpoznał istotę sprawy, dokonuje się więc na podstawie analizy żądań pozwu i przepisów prawa materialnego, stanowiących podstawę rozstrzygnięcia, nie zaś na podstawie ewentualnych wad postępowania wyjaśniającego.

W niniejszej sprawie powódka domagała się zwrotu od pozwanego ostatecznie kwoty 98 054 zł tytułem nienależnego świadczenia z uwagi na to, iż za nieważne należało uznać jej przystąpienie do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Mając na uwadze wydane w sprawie orzeczenie oraz treść sporządzonego przez Sąd Okręgowy uzasadnienia, nie sposób uznać, aby zapadły wyrok nie zawierał rozstrzygnięcia, co do którego toczyło się niniejsze postępowanie w ramach złożonego pozwu.

Zgłoszony przez skarżącego zarzut nierozpoznanie istoty sprawy, zdaniem Sądu Apelacyjnego, został tak skonstruowany, iż nie może zostać uwzględniony. Skarżący bowiem formułuje ten zarzut wskazując na pominięcie charakteru i celu umowy ubezpieczenia z (...) i uznanie, iż sporna umowa jest nieważna z uwagi m.in. na brak elementu ochronnego, jak również poprzez niewskazanie w jakim zakresie umowa ubezpieczenia będąca przedmiotem pozwu narusza przepis art. 13 ust. 4 ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, co nie jest prawdą, albowiem Sąd Okręgowy w tym zakresie wypowiedział się. Odmienna interpretacja przepisów prawa materialnego nie może skutkować w sprawie uznaniem nierozpoznania istoty sprawy.

Poczynione w toku postępowania ustalenia faktyczne należało uznać za prawidłowe, dlatego też Sąd Apelacyjny uznaje je za własne. Oceniając wiarygodność przeprowadzonych dowodów Sąd Okręgowy nie przekroczył granic swobodnej oceny dowodów określonych przepisem art. 233 § 1 k.p.c. Za chybione należało uznać zarzuty apelującego dotyczące nieprawidłowości poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń faktycznych. Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 10 czerwca 1999 r. (sygn. akt II UKN 685/98) ramy swobodnej oceny dowodów oraz reguły logicznego myślenia, wyznaczone są wymaganiami prawa procesowego, doświadczenia życiowego, według których sąd w sposób bezstronny racjonalny i wszechstronny rozważa materiał dowodowy jako całość, odnosi je do pozostałego materiału dowodowego. Błąd w ustaleniach faktycznych następuje, gdy zachodzi dysharmonia pomiędzy materiałem zgromadzonym w sprawie a konkluzją, do której dochodzi sąd na skutek przeinaczenia dowodu oraz wszelkich wypadków wadliwości wynikających z naruszenia przepisu art. 233 § 1 k.p.c. Przepis ten byłby naruszony, gdyby ocena materiału dowodowego kolidowała z zasadami doświadczenia życiowego lub regułami logicznego wnioskowania. Tak rozumianego zarzutu sprzeczności ustaleń Sądu z treścią materiału dowodowego Sądowi I instancji w niniejszej sprawie skutecznie zarzucić nie można.

Skarżący nie zgadza się z ustaleniem Sądu Okręgowego, iż powódce nie przedstawiono do podpisania Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Swoje stanowisko Sąd Okręgowy wywodził z dokumentów, które strona powodowa dołączyła do pozwu, tj. Deklaracji Przystąpienia (...) podpisanej przez powódkę i (...) S.A., Warunków (...) podpisanych tylko przez powódkę i przez nią parafowanych na każdej stronie, Tabelę Opłat i Limitów Składek podpisaną przez powódkę i (...) S.A. Z dokumentu Warunki (...) wynika, że powódka poświadczyła odebranie Regulaminu (...). Jednak ona sama twierdzi, że nie został jej przez (...) S.A. taki dokument przekazany. Pozwany natomiast, który winien być w posiadaniu kompletu dokumentów, nie przedłożył egzemplarza Regulaminu (...) podpisanego przez powódkę, co świadczyłoby o faktycznym przekazaniu tego dokumentu. Natomiast nie można nie zauważyć, że wszystkie dokumenty dostarczone powódce przez (...) S.A. w związku z przystąpieniem przez nią do ubezpieczenia były podpisywane, albo tylko przez powódkę, albo również przez (...) S.A. Jednak dostarczenie, czy też

nie tego dokumentu powódce przed przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia, nie ma znaczenia w tym sensie, iż nie zmienia jego treści, która to ma znaczenie w sprawie.

Pozostałe zarzuty, tj. nieprawidłowe uznanie przez Sąd Okręgowy, że Warunki (...) Libra III nie zawierają wszelkich wymaganych przepisami ustawy elementów oraz że brak wskazania w jaki sposób indeks jest tworzony i na jakiej podstawie, przy jednoczesnym stwierdzeniu pozwanego, iż w przypadku instrumentów finansowych, inwestor tak naprawdę nie zna sposobu ich wyceny i tworzenia, a nadto taki obowiązek informacyjny nie wynika z przepisów prawa, zostały przez stronę pozwaną wadliwie zakwalifikowane. Ocena zgodności umowy z prawem, a także wymogów prawnych lub ich braku nie mieści się w ogóle w pojęciu ustaleń faktycznych i oceny materiału dowodowego. Ma on walor oceny ściśle prawnej, w związku z tym pozwany winien w tym zakresie sformułować zarzuty naruszenia przepisów prawa materialnego, które jego zdaniem zostały błędnie wyłożone lub błędnie zastosowane, albo pominięte.

Nie doszło również zdaniem Sądu Apelacyjnego do naruszenia art. 242 k.p.c. w zw. z art. 274 § 1 k.p.c. w zw. z art. 227 k.p.c. poprzez oznaczenie terminu przeprowadzenia dowodu z zeznań świadka A. Z. (2) (a finalnie jego pominięcie) mimo nieskorzystania z kompetencji do wyegzekwowania obowiązku stawienictwa świadka na rozprawie, w sytuacji gdy jego zeznania zostały zgłoszone na okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia sprawy.

Należy zwrócić uwagę, iż rygory zawarte w art. 274 k.p.c. Sąd winien zastosować, ale w sytuacji kiedy świadkowi zostanie skutecznie doręczone wezwanie na rozprawę. W tym miejscu nie można nie zauważyć, iż Sąd Okręgowy wykonał wiele czynności celem skutecznego doręczenia świadkowi A. Z. (2) wezwania na termin rozprawy. Nie bez znaczenia jest, że przyczyną niemożności doręczenia wezwania był podany w odpowiedzi na pozew nieaktualny adres świadka. Pomimo obowiązku, który obciążał pozwanego jako zgłaszającego wniosek, aby wskazać Sądowi prawidłowy, tj. aktualny adres, Sąd czynił również ze swojej strony samodzielne ustalenia w tym kierunku, do czego nie był zobowiązany. Mając na uwadze bezskuteczne działania zarówno pozwanego jak i własne, Sąd Okręgowy był uprawniony do oznaczenia zgodnie art. 242 k.p.c. ostatecznego terminu przesłuchania świadka. Do chwili zamknięcia rozprawy prawidłowy adres nie był Sądowi Okręgowemu znany. Pismo świadka A. Z. (2) wpłynęło do Sądu po zamknięciu rozprawy. Tym samym nie można zarzucić Sądowi Okręgowemu zaniedbania w tym kierunku. Sąd Apelacyjny mając na uwadze art. 380 k.p.c., oddalenie wniosku dowodowego i prawidłowe zgłoszenie zastrzeżenia do protokołu w trybie art. 162 k.p.c. nie znalazł podstaw do uznania, iż oddalenie tego wniosku dowodowego było nieprawidłowe.

Sąd Apelacyjny miał natomiast na uwadze tezę dowodową wskazaną przez pozwanego przy zgłoszeniu dowodu z zeznań w/w świadka w odpowiedzi na pozew oraz wyjaśnienie kwestii spornych przy pomocy pozostałych dowodów, a w szczególności dowodów z dokumentów, których treść wskazywała na zakres umowy, ochrony, ryzyka. Należy w tym miejscu również zaznaczyć, iż uznanie nieważności umowy nie wynikało z przekazania w związku z przystąpieniem do ubezpieczenia kompletu dokumentów, tylko wiązało się z ich treścią. Tym samym zeznania świadka w tym zakresie nie mogły wpłynąć na ustalenia stanu faktycznego.

Sąd Apelacyjny nie dopatrył się również naruszenia art. 193 § 2<sup>1</sup> oraz § 3 k.p.c. w zw. z art. 132 § 1 k.p.c., które winno skutkować brakiem skuteczności rozszerzenia powództwa w pismach procesowych powódki z dnia 24 maja 2019 r., 6 września 2019 r., 8 listopada 2019 r. Nie ulega wątpliwości, iż pomimo wniesienia niniejszej sprawy powódka nadal dokonywała comiesięcznej wpłaty stosownej składki, co do której uiszczania zgonie z przystąpieniem do ubezpieczenia była zobowiązana. Stojąc na stanowisku natomiast, iż umowa przystąpienia do ubezpieczenia jest nieważna, pismami procesowymi dokonywała rozszerzenia powództwa o uiszczone składki. Sąd Apelacyjny stwierdza, że pisma z 24 maja 2019 r., 6 września 2019 r. 8 listopada 2019 r. jak wynika z zapisów z protokołów rozpraw, były składane do akt i jednocześnie odpis pisma był doręczany na sali bezpośrednio pełnomocnikowi pozwanego przez pełnomocnika powoda. Mając na uwadze powyższe należy stwierdzić, iż art. 193 § 2<sup>1</sup> k.p.c. nie został naruszony, albowiem rozszerzenie powództwa zostało dokonane w sposób prawidłowy, tj. w piśmie procesowym. Nie doszło również do naruszenia art. 132 § 1 k.p.c., albowiem następnie pisma te zostały doręczone na sali rozpraw bezpośrednio przeciwnikowi procesowemu. Faktycznie złożone pisma nie zawierają oświadczenia o doręczeniu odpisu pisma drugiej stronie, albo o jego nadaniu przesyłką poleconą, jednak doręczone w obecności Przewodniczącego na rozprawie

wypełniają obowiązek wiedzy Sądu o jego doręczeniu, a taki jest sens tego przepisu. Za dowód doręczenia należy uznać stosowany zapis o tej czynności w protokole rozprawy. Sąd Apelacyjny nie zgadza się ze stanowiskiem skarżącego, iż przeciwko takiej wykładni przemawia charakter tego pisma i podobieństwo do innych pism określonych w art. 132 § 1<sup>1</sup> k.p.c. W przepisie tym chodzi o środki odwoławcze i zaskarżenia, a takiego statusu rozszerzenie powództwa nie ma.

Co do zarzutów naruszenia prawa materialnego, to zdaniem Sądu Apelacyjnego, Sąd I instancji prawidłowo przyjął, iż były podstawy do udzielenia powódce ochrony prawnej. W tej kwestii w całości należy podzielić szczegółową argumentację Sądu Okręgowego zawartą w pisemnym uzasadnieniu wyroku bez konieczności jej ponownego przytaczania, albowiem rozważania przeprowadzone w tej kwestii przez Sąd I instancji należy uznać za prawidłowe, logiczne, niebudzące wątpliwości. Sąd Okręgowy swój wywód oparł na przykładach z orzecznictwa oraz stanowisku doktryny, przenosząc to jednocześnie na grunt niniejszej sprawy. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, na podstawie prawidłowo ustalonego stanu faktycznego, przeprowadził prawidłowe rozważania prawne.

Ustosunkowując się do zgłoszonych zarzutów dotyczących naruszenia prawa materialnego należy zaznaczyć, iż ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (...) to ubezpieczenie osobowe, który łączy w sobie element ochronny z inwestycyjnym. Oznacza to, że składka wpłacana przez konsumenta na poczet ubezpieczenia przeznaczana jest na dwa cele. Pierwsza jej część służy ochronie ubezpieczeniowej i wypłacie świadczenia pieniężnego zagwarantowanego w przypadku wystąpienia określonych w umowie zdarzeń, np. śmierci ubezpieczającego lub dożycia przez niego określonego wieku. Druga część składki inwestowana jest w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Koszyk funduszy może być organizowany przez ubezpieczyciela lub mieć strukturę otwartą, dopuszczającą inwestowanie środków przez ubezpieczającego bądź ubezpieczonego poprzez dostęp do platformy internetowej. Cechą charakterystyczną tak skonstruowanego produktu jest zatem ryzyko inwestycyjne, które ponosi klient, decydując się na zainwestowanie części gromadzonych środków w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Jednocześnie uzyskuje on możliwość zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej, której zakres zależy od rodzaju umowy.

Mając na uwadze dotychczasowe stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w orzeczeniach z dnia 28 marca 2018 r., V CSK 398/17, z dnia 22 listopada 2017 r., IV CSK 61/17, z dnia 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13 dotyczące kwalifikacji prawnej umowy (...) nie jest w pełni skryształizowane i utrwalone. Tym niemniej w każdym z orzeczeń zwrócono uwagę na jej złożoną, ubezpieczeniowo-inwestycyjną naturę, i w żadnym z nich nie wzbudziła wątpliwości dopuszczalność zawierania takich umów przez zakłady ubezpieczeń, choćby element inwestycyjny miał w nich charakter zdecydowanie dominujący, a elementy ochrony ubezpieczeniowej - symboliczny (por. też postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 3 grudnia 2015 r., III CZP 87/15).

Tym samym zawieranie tego typu umów jest prawnie dopuszczalne, również z możliwością zawarcia tego rodzaju umowy na rzecz osoby trzeciej jako ubezpieczonego (art. 808 k.c.), jednak umowy takie muszą być zgodne zarówno z przepisami zawartymi w kodeksie cywilnym jak i w ustawie z dnia 22 maja 2003r. o działalności ubezpieczeniowej.

Spór w niniejszej sprawie koncentrował się na zagadnieniu ważności umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, zawartej przez stronę pozwaną jako ubezpieczycielem z (...) S.A. jako ubezpieczającym, do której w 2011 r. przystąpiła powódka jako ubezpieczony, a w istocie ważności oświadczenia, tj. deklaracji powódki o objęcie jej ochroną ubezpieczeniową.

Jak wynika z uzasadnienia apelacji, skarżący nie zgadza się z tezą postawioną przez Sąd Okręgowy, że kwestionowana umowa daje tylko stronie pozwanej prawo jednostronnego ukształtowania wysokości należnych powódce świadczeń, co wynika z braku precyzyjnego wskazania czynników, które mają wpływ na wartość certyfikatów, w jakie lokowane są środki ubezpieczonego, ich rodzaju, charakteru oraz stopnia wpływu na wspomnianą wartość.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy prawidłowo uznał, że umowa zawarta między stronami jest sprzeczna z właściwością stosunku prawnego. Nie można uznać zgłoszonego przez skarżącego zarzutu naruszenia art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 k.c. za zasadny.

Powódka przystąpiła do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie. Celem takiej umowy jest z jednej strony uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej, z drugiej natomiast gromadzenie i inwestowanie kapitału przez ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy. Każdorazowo to okoliczności konkretnej sprawy decydują o tym, któremu z elementów umowy – ubezpieczeniowemu, czy też inwestycyjnemu strony nadały podstawowe znaczenie. Jak wynika z treści Warunków ubezpieczenia w łączącym strony stosunku prawnym zdecydowanie przeważał element inwestycyjny skoro wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu określono na 1 % zainwestowanej składki plus liczba jednostek uczestnictwa funduszu w dacie umorzenia przy uwzględnieniu wartości jednostek uczestnictwa funduszu w dacie zgonu. Wysokość świadczenia z tytułu dożycia zbiegająca się z końcowym okresem, na jaki zawarto umowę, odzwierciedlała natomiast ostateczny wynik finansowy inwestycji z zastrzeżeniem gwarancji wypłaty 100 % zainwestowanych środków. Wniosek taki wynika nadto z porównania wysokości świadczeń wypłacanych na rzecz ubezpieczonego, jak również wysokości pobieranej opłaty za ryzyko w stosunku do wysokości opłaty administracyjnej. Środki pieniężne uzyskiwane ze składki pierwszej i składek bieżących wpłacane przez ubezpieczonego, po potrąceniu opłaty administracyjnej, a w jej ramach opłaty za ryzyko, zamieniane były na jednostki uczestnictwa w odpowiednim funduszu kapitałowym, następnie lokowane w obligacje strukturalne emitowane przez spółkę kapitałową. Jednakże, w ocenie Sądu Apelacyjnego, słusznie uznał Sąd Okręgowy, że dla bytu tej umowy niezbędna była także realizacja celu związanego z ochroną ubezpieczeniową.

Nie można również nie przyjąć za Sądem Okręgowym, że w elemencie ubezpieczeniowym umowa nie realizuje celu zgodnego z ustawą. Zasadniczą cechą umów ubezpieczenia jest bowiem spoczywające na zakładzie ryzyko ubezpieczeniowe, które wyraża się w obowiązku zapłaty świadczenia przewyższającego opłaconą przez ubezpieczającego składkę - w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. Ubezpieczający (lub w tym przypadku ubezpieczony) zawsze wpłaca składkę, natomiast zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do wypłaty swojego świadczenia wyłącznie w przypadku zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, świadczenie to jest jednak wyższe od składki pobranej od ubezpieczającego. Na tym polega istota ochrony ubezpieczeniowej. Tymczasem gdy przeanalizuje się wzór na wyliczenie świadczenia na wypadek zgonu, to okazuje się, że pozwany nie ponosi żadnego ryzyka w tym zakresie. Świadczenie na wypadek zgonu jest sumą dwóch elementów. Element stały tego świadczenia stanowi 1% od tzw. sumy zainwestowanej (która nie stanowi sumy wszystkich wpłat, ponieważ jest pomniejszona o pobierane opłaty), niezależnie od tego, czy zgon wystąpi w pierwszym czy ostatnim roku ochrony ubezpieczeniowej, przy opłacie rocznej za zarządzanie. Oznacza to, że już w pierwszym roku ochrony pobrane tzw. opłaty za zarządzanie (obejmujące również opłatę za ryzyko) przewyższają wartość tego elementu świadczenia, w następnych latach natomiast ta część świadczenia staje się jedynie nikłym ułamkiem wniesionych na rzecz pozwanej opłat. Takie ukształtowanie relacji między świadczeniami obu stron, zdaniem Sądu Apelacyjnego, jest niezgodne z celem umowy ubezpieczenia.

Nie można również nie zauważyć, że element zmienny świadczenia na wypadek zgonu wynika zaś wyłącznie z wartości nabytych (za środki pieniężne przekazane pozwanemu przez powoda) do dnia zgonu jednostek uczestnictwa i w istocie jest realizacją obowiązków z umowy o zarządzanie powierzonymi środkami a nie z umowy ubezpieczenia (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 kwietnia 2019 r. I ACa 3/18).

Należy zgodzić się ze skarżącym, iż jest możliwa i prawnie dopuszczalna taka umowa, w której cele inwestycyjne mają charakter dominujący. Jednak jeżeli uznajemy, iż zawarta umowa ma charakter mieszany, to również musi ona zawierać w sobie element ochrony ubezpieczeniowej, a takiego elementu przedmiotowa umowa nie zawiera. Brak tego elementu stawia tym samym pod znakiem zapytania charakter zawartego stosunku obligacyjnego. Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie daje podstawy do uznania za ważną umowę zawartą pod nazwą ubezpieczenia na życie, gdy nie zawiera ona w sobie praktycznie żadnego elementu ochronnego, dającego gwarancję określonego przysporzenia na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Skarżący powołał się na wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej C – 166/11. Natomiast trafniej przedmiotowy problem został przedstawiony w wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 31 maja 2018 r., C- 542/16, w którym Trybunał stwierdził, iż aby wchodzić w zakres pojęcia „umowy ubezpieczenia”, o którym mowa w art. 2 pkt 3 dyrektywy (...) WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie



pośrednictwa ubezpieczeniowego (Dz.U. z 2003 r., L 9, s.3) umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym powinna regulować zapłatę składki przez ubezpieczonego oraz, w zamian za te zapłatę, świadczenie usługi przez ubezpieczyciela w przypadku śmierci ubezpieczonego lub wystąpienia innego zdarzenia przewidzianego w tej umowie. Zastrzeżenie to jest o tyle istotne, że determinuje wniosek, iż za usługę świadczoną przez ubezpieczyciela w zamian za składkę” w razie ziszczenia się wypadku ubezpieczeniowego nie może być uznana sama wypłata zgromadzonych na funduszu środków, bez żadnego ryzyka po stronie ubezpieczyciela. Ryzyko to, stanowiąc immanentną cechę – istotę stosunku ubezpieczenia, wiązać można z koniecznością zapłaty nadwyżki ponad tę kwotę i to tylko o tyle, o ile nie znajduje ona pokrycia w nadwyżce pobieranych przez ubezpieczyciela opłat (np. opłaty za zarządzanie, opłaty administracyjnej, opłaty za ryzyko) nad ponoszonymi kosztami zarządzania funduszem. Wskazana ochrona ubezpieczeniowa może mieć przy tym charakter silniejszy- gdy ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty wyższej z kwot: wartości jednostek funduszu lub sumy składek ponieważ ryzyko niepowodzenia inwestycji (spadku wartości jednostek poniżej sumy składek) obciąża wówczas zakład ubezpieczeń; także jednak w tym wypadku składki na ochronę ubezpieczeniową są zwykle niewielkim ułamkiem środków pochodzących ze składek; względnie charakter słabszy- gdy dominujący jest cel inwestycyjny. W obu tych sytuacjach wymogiem uznania danego stosunku prawnego za umowę ubezpieczenia jest jednak stwierdzenie udzielenia przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczającemu (ubezpieczonemu). Innymi słowy, dla bytu prawnego umowy ubezpieczenia, w tym z pozwanym, niezbędna była założona w umowie realizacja celu związanego z ochroną ubezpieczeniową. Sama dopuszczalność i 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 zawiera ona w sobie praktycznie żadnego elementu ochronnego, dającego gwarancję określonego rzeczywistego przysporzenia na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Odnosząc się kolejno do zarzutu dotyczącego naruszenia art. 805 § 1 k.c. oraz art. 808 § 2 k.c. Sąd Okręgowy wskazał, iż zawarta umowa odpowiada w swojej konstrukcji tzw. umowom na rzecz osoby trzeciej i faktowi temu nie zaprzeczał. Jednak nie można nie zgodzić ze stwierdzeniem, iż dokonana modyfikacja umowy przez stronę pozwaną skutkowałą przerzuceniem na powódkę całego ryzyka wynikającego z umowy. Została ona zobowiązana do uiszczenia składki pierwszej oraz bieżącej, jak również tylko ona ponosiła skutki nieuiszczenia składki, które skutkowałą znacznymi sankcjami. Czyli to na powódce spoczął cały ciężar związany z wykonaniem umowy przy jednoczesnym zwolnieniu ubezpieczającego, czyli (...) S.A. z jakiegokolwiek odpowiedzialności. Nie można przy tym oprzeć się wrażeniu, iż rola ubezpieczającego została sprowadzona do roli pośrednika w zawarciu umowy pomiędzy powódką a pozwanym. Natomiast nie można zapominać, iż jest to umowa mieszana, czyli z czynnikiem ochrony ubezpieczeniowej. Natomiast trudno mówić o elemencie ochrony ubezpieczeniowej kiedy na powódkę przerzucono całe ryzyko. Taka sytuacja natomiast mogłaby mieć miejsce, gdy zawarta pomiędzy stronami umowa byłaby tylko umową inwestycyjną.

Na końcu rozważań dotyczących tej kwestii nie można nie podzielić stanowiska wyrażonego w wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 1 stycznia 2019 r.

V ACa 451/18, i zawartej w nim konkluzji, iż umowa zgodnie z którą zaledwie 1 % kwoty przeznaczano na ochronę ubezpieczeniową, a 99 % lokowano w akcjach lub obligacjach, jest nieważna. W uzasadnieniu zwrócono uwagę, że zorientowanie działalności gospodarczej na zysk jest oczywiste, jednak równie oczywiste wydaje się, że umowa ubezpieczenia musi się wiązać z ryzykiem ubezpieczyciela związanym z ochroną ubezpieczeniową, które – jak wykazał Sąd Okręgowy – w tym wypadku nie występowało. W przypadku wzrostu wartości jednostek uczestnictwa w funduszu, co jest mało prawdopodobne z uwagi na niejasny, zależny od pozwanego mechanizm ich wyceny, pozwany nie ponosiłby ryzyka wypłaty świadczenia ze środków własnych, gdyż z wyjątkiem wypłaty dodatkowo 1 % zainwestowanej składki w przypadku zgonu, środki na wypłatę pochodziłyby tylko ze środków własnych powoda. Poza tym w każdym przypadku pozwany gwarantował sobie wysokie opłaty administracyjne, stanowiące jego zysk. Rozmiar tej części świadczenia powoda był znaczny, bo sięgający aż 16 % sumy wpłaconych składek „Gwarancja zwrotu” obejmowała tylko 84 % wartości składek. Pozostała część wpłaconych środków stanowiła pewny i niezależny od wahań jednostek uczestnictwa (...), dochód pozwanego.

Nie budzi również zastrzeżeń dokonana przez Sąd Okręgowy wykładnia i zastosowanie w sprawie art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Zdaniem Sądu Okręgowego zawarta przez strony umowa nie wypełnia wymagań wskazanych przez ustawodawcę jako obligatoryjne, tj. w szczególności wykazu oferowanych funduszy kapitałowych, charakterystyki aktywów wchodzących w skład funduszu, kryteriów doboru aktywów, zasad ich dywersyfikacji, zasad alokacji. O ile można zgodzić się ze skarżącym, iż wykaz Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych obejmuje jeden ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy i jest on wymieniony przez pozwanego w postanowieniach Regulaminu, tak nie można się zgodzić co do pozostałych wskazanych przez Sąd Okręgowy braków.

Nie można pominąć okoliczności, iż przepis ten wymaga od zakładu ubezpieczenia opracowania regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. W związku z tym należy przyjąć, że koniecznym elementem umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, niewystępującym w innych rodzajach ubezpieczeń na życie, jest regulamin lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, obejmujący w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne.

Regulamin (...) pozwanego tych wymogów nie spełnia. W tej kwestii w całości należy podzielić szczegółową argumentację Sądu Okręgowego zawartą w pisemnym uzasadnieniu wyroku bez konieczności jej ponownego przytaczania.

Dodać tylko należy, iż w ocenie Sądu Apelacyjnego ratio legis tego unormowania było umożliwienie następczej kontroli poprawności zastosowanej metody wyceny. W konsekwencji należy podzielić stanowisko Sądu Okręgowego, że skoro świadczenie ubezpieczyciela nie zostało określone w umowie w sposób jednoznaczny, a rzutujący na jego wysokość wybór metody wyceny jednostek uczestnictwa pozostawiono ubezpieczycielowi, to taki sposób ukształtowania zobowiązania narusza naturę (właściwość) stosunku prawnego, co prowadzi do nieważności umowy stosownie do art. 353<sup>1</sup> k.c. w zw. z art. 58 § 1 k.c. Znajduje ono potwierdzenie w utrwalonym w judykaturze Sądu Najwyższego stanowisku, według którego za sprzeczne z naturą zobowiązania należy uznać sytuacje, w których jedna ze stron w sposób dowolny (nieuzależniony od obiektywnych czynników) kształtuje treść zobowiązania już po jego powstaniu, w szczególności określa wysokość świadczenia (tak też Sąd Najwyższy w uchwałach z: 22 maja 1991 r., III CZP 15/91, 6 marca 1992 r. III CZP 141/91, L. ).

Odnosząc się natomiast do zarzutu naruszenia art. 411 pkt 1 k.c. poprzez jego niezastosowanie i uwzględnienie powództwa, podczas gdy powód nie składał zastrzeżeń zwrotu przy każdorazowym uiszczaniu kolejnych składek ubezpieczeniowych, a ponadto poprzez pozbawione podstaw przyjęcie, że świadczenia były spełniane przez powoda w celu uniknięcia przymusu, to również nie znalazł on akceptacji Sądu Apelacyjnego.

Należy w tej kwestii podkreślić, że żądanie zwrotu świadczenia jest możliwe także w wypadku, gdy świadczenie zostało spełnione w wykonaniu nieważnej czynności prawnej. Sformułowanie art. 411 pkt 1 in fine oznacza bowiem, że świadczenie spełnione sine causa (art. 410 k.c.) podlega zwrotowi niezależnie od tego, czy świadczący wiedział, czy też nie wiedział, że nie był do świadczenia zobowiązany (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 września 2018 r. I CSK 575/17).

Niezależnie od przedstawionej oceny prawnej zawartej przez strony umowy na płaszczyźnie art. 353<sup>1</sup> k.c., zdaniem Sądu Apelacyjnego, umowa ta zawiera postanowienia niedozwolone w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., które dotyczą głównego świadczenia, czego efektem musi być jej upadek z mocy prawa jako bezskutecznej ze skutkiem ex tunc. W tej kwestii należy podzielić stanowisko wyrażone w wyrokach Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 18 kwietnia 2019 r. (I ACa 3/18), 28 maja 2018 r. (VI ACa 1678/17), 3 grudnia 2019 r. (I ACa 307/19).

Za bezsporne należy uznać, że powódka zawarła umowę jako konsument w rozumieniu art. 22<sup>1</sup> k.c.

"Rażące naruszenie interesów konsumenta" w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym, natomiast "działanie wbrew dobrym obyczajom" w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Obie wskazane w tym przepisie formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają zakres określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 832/04).

W orzecznictwie ostatnich lat ukształtował się pogląd, zgodnie z którym w przypadku umów ubezpieczenia zawieranych z funduszami kapitałowymi, zastrzeżenie tzw. opłaty likwidacyjnej na wypadek przedterminowego wypowiedzenia umowy przez konsumenta stanowi niedozwolone postanowienie umowne, gdy jej skutkiem jest zatrzymanie przez fundusz całości lub znacznej części zgromadzonego kapitału, co nie ma związku z rzeczywistymi kosztami, jakie w związku z wykonaniem umowy fundusz ten poniósł.

Z taką okolicznością mamy do czynienia w niniejszej sprawie. Przykładem jest sytuacja kiedy brak uiszczenia składki jest jednoznaczny z rezygnacją z ubezpieczenia. W takim przypadku, zgodnie z postanowieniami rozdziału 14 umowy, ubezpieczyciel wypłaca wartość rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną i podatek. Wysokość opłaty likwidacyjnej sięga 80% wpłaconych środków w trzech pierwszych latach odpowiedzialności ubezpieczyciela, w kolejnych jest niższa, ale nadal pozostaje na poziomie kilkudziesięciu procent.

Opłata taka jest wygórowana i niewspółmierna do rzeczywiście poniesionych przez stronę pozwaną kosztów, nadmiernie przy tym obciąża powoda. Nadto kształtuje prawa i obowiązki stron w sposób nierównomierny, albowiem ustanowiona jest wyłącznie na rzecz strony pozwanej, co stanowi rażące naruszenie interesów konsumenta poprzez nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść. Zasady odpowiedzialności konsumenta za wcześniejsze rozwiązanie umowy muszą pozostawać w związku z rzeczywistymi kosztami i ryzykiem ponoszonym przez przedsiębiorcę.

Sąd Apelacyjny w obecnym składzie podziela w pełni stanowisko Sądu Apelacyjnego wyrażone w sprawie sygn. akt I ACa 307/19, że nie spełniona jest również reguła transparentności wzorca, o której mowa w art. 385 § 2 k.c. W wyroku z dnia 26 lutego 2015 r. C-143/13 Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej wskazał, że wymóg przejrzystości warunków umownych wprowadzony w art. 4 ust. 2 i w art. 5 dyrektywy 93/13 w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich nie może być zostać zawężony do ich zrozumiałości pod względem formalnym i gramatycznym, istotne jest bowiem to, czy poinformowany konsument może przewidzieć, w oparciu o jednoznaczne i zrozumiałe kryteria wskazane w umowie, wpływające dla niego z faktu zawarcia tak skonstruowanej umowy konsekwencje ekonomiczne. Jako istotne okoliczności faktyczne dla tej oceny Trybunał wskazał na formy zachęty stosowane przez kredytodawcę w procesie negocjacji umowy i dostarczone na tym etapie informacje, z uwzględnieniem poziomu uwagi, jakiego można oczekiwać od właściwie poinformowanego oraz dostatecznie uważnego i rozsądnego przeciętnego konsumenta. Analiza postanowień zawartej przez strony umowy oraz stanowiących jej integralną część warunków i regulaminu (...) Strategia Libra I prowadzi do wniosku, że nie zostały one sformułowane w sposób jasny i zrozumiały dla przeciętnego konsumenta. Powódka została zapewniona, że ze względu na gwarancję zwrotu kapitału (składki zainwestowanej) inwestycja jest bezpieczna. Tymczasem wysokość należnego jej świadczenia wypłacana po zakończeniu umowy była uzależniona od wartości jednostek uczestnictwa w (...), wycenianych według wartości rynkowej, jednak bez określenia kto i w jaki sposób tę wartość ma określić. Skomplikowany sposób wyceny jednostek uczestnictwa, brak jednoznacznego określenia jakie obiektywne wskaźniki mają wpływ na tę wycenę prowadzi do wniosku, że postanowienia te nie są transparentne i w konsekwencji zawierając umowę powódka nie mogła świadomie ocenić ryzyka związanego z zawarciem umowy (tak też Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z 28 maja 2018 r., VI ACA 1678/17). Ponadto naruszają dobre obyczaje i w sposób rażący interesy konsumenta.

Tym samym, zdaniem Sądu Apelacyjnego, nawet gdyby nie podzielać koncepcji bezwzględnej nieważności zawartej przez strony umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym z uwagi sprzeczność z naturą zobowiązania (art. 353<sup>1</sup> k.c.), to postanowienia regulaminu i warunków ubezpieczenia określające świadczenie ubezpieczyciela, są niedozwolone w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i zgodnie z § 2 tego przepisu nie wiążą konsumenta. Skoro dotyczą one głównego świadczenia, to ich eliminacja z umowy powoduje jej upadek i rodzi obowiązek zwrotu nienależnego świadczenia na podstawie art. 410 § 2 k.c.

Wbrew zarzutom apelującego Sąd Okręgowy dokonał szczegółowej rekonstrukcji stanu faktycznego sprawy, prawidłowo ocenił zebrane dowody, a rozstrzygnięcie swoje przekonująco uzasadnił. Ze zgromadzonego materiału dowodowego Sąd I instancji wyprowadził bowiem wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym.

Tym samym uwzględnienie powództwa w niniejszej sprawie jest wynikiem prawidłowo dokonanej przez Sąd I instancji analizy stanu faktycznego i subsumcji prawnej oraz przyjętej wykładni obowiązujących w tej sprawie przepisów.

Reasumując, brak było podstaw do wzruszenia zaskarżonego wyroku, co doprowadziło do oddalenia apelacji jako bezzasadnej, na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono zgodnie z wynikiem postępowania, tj. obciążono nimi pozwanego jako stronę przegrywającą.

Agnieszka Wachowicz-Mazur Marzanna Góral Dorota Markiewicz