



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 22 czerwca 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Ewa Stefańska (przewodniczący)

SSN Aleksander Stępkowski

SSN Leszek Bosek (sprawozdawca)

w sprawie z powództwa D.K.
przeciwko T. Spółce Akcyjnej w W.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej
22 czerwca 2023 r. w Warszawie,
skargi kasacyjnej D.K.
od wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie
z 17 grudnia 2020 r., VI ACa 630/20,

**uchyla zaskarżony wyrok w całości i przekazuje sprawę Sądowi
Apelacyjnemu w Warszawie do ponownego rozpoznania oraz
rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

D. K. wystąpiła przeciwko E. Spółka Akcyjna w W. o zapłatę kwoty 92 386,12 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie liczonymi od 10 listopada 2016 r. do

dnia zapłaty oraz kosztami postępowania, żądając wydania nakazu zapłaty w postępowaniu upominawczym.

Wyrokiem z 26 maja 2020 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od E. Spółka Akcyjna we Wrocławiu na rzecz D. K. kwotę 92 386,12 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od 10 listopada 2016 r. do dnia zapłaty (pkt I) oraz zasądził od pozwanego na rzecz powódki koszty procesu (pkt II).

Sąd Okręgowy ustalił, że 30 maja 2011 r. D. K. przystąpiła do umowy grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie „L.”. Ubezpieczającym był O. Spółka Akcyjna w W., a ubezpieczycielem E. Spółka Akcyjna w W. Przystępując do umowy powódka nie miała wpływu na treść postanowień umownych.

Według deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia składka zainwestowana wynosiła 213 750 zł. Wysokość pierwszej składki ustalono na kwotę 42 750 zł, zaś każdej kolejnej na kwotę 1292 zł.

Suma ubezpieczenia z tytułu zgonu wynosiła 1% składki zainwestowanej powiększonej o liczbę jednostek uczestnictwa funduszu, w dacie umorzenia oraz pomnożonej przez wartość jednostki uczestnictwa w dacie zgonu ubezpieczonego. Sumę ubezpieczenia z tytułu dożycia określono na 100% wartości rachunku w dacie umorzenia. Okres ubezpieczenia ustalono na 180 miesięcy.

Dokonywane przez ubezpieczonego wpłaty miały być lokowane w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy „E.”.

Integralną część umowy stanowiły Warunki Ubezpieczenia „L.”, Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „E.” oraz Tabela Opłat i Limitów Składek, których otrzymanie przed przystąpieniem do powyższej umowy potwierdziła powódka.

Wartość jednostki uczestnictwa wyznaczał iloraz wartości aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego oraz liczby wszystkich jednostek Uczestnictwa Funduszu Kapitałowego, obliczony zgodnie ze wskazanym w warunkach wzorem. Z kolei wartość rachunku to wartość stanowiąca iloczyn bieżącej liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku oraz aktualnej na dany dzień wartości jednostki uczestnictwa funduszu, obliczona zgodnie

ze wskazanym w ww. warunkach wzorem. Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy był podzielony na jednostki uczestnictwa reprezentujące udziały ubezpieczonych w aktywach Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Jednostki uczestnictwa funduszu nie przyznawały jednak ubezpieczonemu prawa do aktywów ubezpieczyciela. Zasady funkcjonowania Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „E. w szczególności sposób lokowania środków oraz sposób wyceny jednostek uczestnictwa regulował Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „E.”.

Stosownie do zawartej przez strony umowy ubezpieczyciel w ciągu 14 dni roboczych od dnia zakończenia okresu subskrypcji, dokonywał pierwszego nabycia jednostek i zapisania ich na rachunku ubezpieczonego. Pierwsze nabycie następowało za składkę pierwszą oraz pierwszą składkę bieżącą po jej pomniejszeniu o opłatę za zarządzanie. Ubezpieczyciel pobierał bowiem opłatę za zarządzanie, w ramach której pobierano opłatę za ryzyko oraz opłatę likwidacyjną. Wysokość opłat określała Tabela Opłat i Limitów Składek. Wskazana w niej opłata likwidacyjna była naliczana i pobierana, w przypadku całkowitego wykupu, a jej pobranie następowało poprzez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu. W przypadku w/w umowy opłata likwidacyjna wynosiła 80% wartości rachunku przez pierwsze trzy lata odpowiedzialności, a następnie malała, wynosząc po: 4 latach – 70 %, 5 latach – 60 %, 6 latach – 50%, 7 latach – 40%, 8 latach – 30%, 9 latach – 25%, 10 latach – 20%, 11 latach – 15%, 12 latach – 10%, 13 latach – 5%, 14-15 latach – 5% wartości rachunku.

Po upływie okresu odpowiedzialności, ubezpieczonemu gwarantowano zwrot kwoty odpowiadającej składce zainwestowanej, a wartość rachunku miała zostać obliczona według ustalonego w umowie wzoru.

Ubezpieczający, nie rzadziej niż raz w roku, zobowiązał się pisemnie informować ubezpieczonego o wysokości świadczeń ubezpieczeniowych przysługujących na określony dzień. Ponadto ubezpieczony mógł zapoznać się z wyceną wartości jednostek uczestnictwa funduszu na stronie internetowej www.tueuropa.pl.

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy powstawał ze składek

ubezpieczonych, pomniejszonych o opłatę za zarządzanie. Alokacja środków dokonywana była w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy „E.”, poprzez nabycie jednostek uczestnictwa w tym funduszu. Celem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego było powiększanie wartości aktywów w wyniku wzrostu wartości lokat. Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy był przy tym wydzieloną rachunkowo częścią aktywów ubezpieczyciela, podzieloną na jednostki uczestnictwa, które wyceniano według wartości rynkowej, pozwalającej na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny. Środki funduszu były lokowane do 100% w certyfikaty wyemitowane przez Bank i gwarantowane przez Bank. Ich wypłata oparta była na indeksie BNP Paribas Libra Emerging Markets PLN Er Index (Kod Bloomberg: BNPIFLEP INDEX). Indeks BNP Paribas Libra Emerging Markets PLN Er Index został stworzony przez BNP Paribas Arbitrage SNC.

Wartość rachunku, po zakończeniu okresu odpowiedzialności, była obliczona w oparciu o wartość certyfikatów, według wzoru: wartość nominalna $\times (1 + \text{MAX} [0\%: \text{Index}_{\text{final}} \text{ dzielony przez } \text{Index}_{\text{initial}} - 1])$.

Wartość jednostki uczestnictwa funduszu ustalana była na dzień wyceny jako iloraz wartości aktywów netto funduszu i liczby wszystkich jednostek uczestnictwa w dniu wyceny. Z kolei wartość jednostki uczestnictwa funduszu publikowana była nie rzadziej niż raz w roku w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej www.tueuropa.pl.

Umorzenie jednostek uczestnictwa następowało w razie likwidacji rachunku, bądź likwidacji UFK i polegało na zamianie jednostek uczestnictwa na kwotę pieniężną, według wartości jednostki uczestnictwa obowiązującej w dacie umorzenia.

Likwidacja rachunku polegała na umorzeniu wszystkich zgromadzonych przez ubezpieczonego jednostek i następowała w przypadku:

- 1) rezygnacji z ubezpieczenia,
- 2) rozwiązania stosunku ubezpieczenia,
- 3) wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu,
- 4) wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia,
- 5) likwidacji UFK.

Następowała ona według wartości jednostki uczestnictwa funduszu najpóźniej 35 dnia od otrzymania przez ubezpieczyciela oryginału oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia.

Zgodnie ze strategią inwestycyjną składki lokowane były w certyfikaty strukturyzowane posiadające 15-letni termin zapadalności, emitowane przez Bank z siedzibą w Holandii oraz posiadające gwarancję Banku z siedzibą w P.

W dacie zapadalności ubezpieczyciel wypłacał posiadaczowi certyfikat powiększony o zysk, jeżeli ten się pojawił z indeksu powiązanego z certyfikatem. Zysk kalkulowany był na zasadzie zmiany procentowej indeksu pomiędzy datą początkową i końcową ubezpieczenia. Jeżeli indeks nie wzrósł pomiędzy ww. datami, uczestnik funduszu w dacie zapadalności otrzymywał nominal certyfikatu, będący ekwiwalentem składki zainwestowanej.

Wartość aktywów w certyfikatach strukturyzowanych była wyznaczana przez agenta kalkulacyjnego, wskazanego przez Bank, który dokonywał wyceny aktywów funduszu, zgodnie z umową zawartą między ubezpieczycielem, a bankiem inwestycyjnym. Ubezpieczyciel nie znał metody wyceny i mógł jedynie dokonywać jej weryfikacji za pomocą przyjętego przez siebie modelu.

Początkowa wartość jednostki uczestnictwa ustalona została przez ubezpieczyciela na poziomie 200,00 zł i była parametrem rozliczeniowym, pozwalającym przypisać określoną ilość jednostek dla danego klienta. Składkę przez niego wpłaconą ubezpieczyciel dzielił przez ww. wartość i w ten sposób wyznaczał mu ilość przydzielonych jednostek uczestnictwa, których wartość w okresie późniejszym zależała już od wyceny aktywów.

Nabywane certyfikaty nie były notowane na rynku giełdowym publicznym, będąc jednak przedmiotem obrotu na rynku międzybankowym. Emitent certyfikatów zastrzegł, że ewentualne zbycie tych instrumentów może odbyć się wyłącznie na jego rzecz.

O możliwości zawarcia przedmiotowej umowy powódka dowiedziała się w 2011 r. od znajomych, a pragnąc zasięgnąć informacji udała się do O. Spółka Akcyjna w W., gdzie zaproponowano jej polisę ubezpieczeniową z inwestycją kapitałową. Powódkę poinformowano, że wpłacane przez nią środki będą

inwestowane w certyfikaty emitowane przez Bank. W momencie przystępowania do umowy doradca nie przekazywał powódce informacji o metodzie wyceny stosowanej przez ubezpieczyciela (pozwana) albowiem sam jej nie znał.

Nie wyjaśniał również dlaczego przez ubezpieczyciela pobierana jest opłata likwidacyjna, ani też jak są skalkulowane opłaty (za zarządzanie i opłata likwidacyjna). Takiej bowiem wiedzy sam nie posiadał. Przystępując do umowy powódka miała jednak świadomość ryzyka inwestycyjnego, które było przedmiotem rozmów podczas spotkania z doradcą. Na takim spotkaniu powódka nie otrzymała również żadnych zapewnień, co do przyszłych zysków.

Powódka już wcześniej inwestowała w akcje i obligacje, a mechanizm ryzyka inwestycyjnego był jej znany. Powódka wiedziała również, że proponowany jej produkt ma charakter długoterminowy, a wcześniejsza rezygnacja z produktu wiąże się z koniecznością poniesienia ww. opłat. Rozważając inwestycję oraz przystępując do umowy grupowego ubezpieczenia na życie powódka nie zakładała rezygnacji z produktu przed upływem wskazanego w nim okresu.

Stosunek ubezpieczenia „L.” potwierdzony certyfikatem nr [...] nawiązany przez strony został rozwiązany z dniem 31 października 2016 r. przez powódkę.

Na dzień złożenia oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia, powódka wpłaciła łączną kwotę 126 730 zł, na którą składały się kwoty:

- 42 750,00 zł tytułem pierwszej składki (uiszczona 2 czerwca 2011 r.),
- 83 980,00 zł tytułem 65 składek bieżących po 1292,00 zł każda.

Wobec rezygnacji z ubezpieczenia w 6 roku obowiązywania umowy, ubezpieczyciel naliczył powódce opłatę likwidacyjną w wysokości 50% wartości rachunku, którego wartość na dzień rezygnacji opiewała na kwotę 68 687,77 zł, a w związku z tym wypłacił powódce kwotę 34 343,88 zł tytułem całkowitego wykupu.

Sąd Okręgowy uwzględnił powództwo w całości, uznając świadczenie spełnione przez powódkę za nienależne (art. 410 § 2 k.c.).

Sąd Okręgowy nie miał wątpliwości, że umowa ubezpieczenia na życie i dożycie z funduszem kapitałowym kształtuje prawa i obowiązki powódki jako

konsumenta. Kwestia należnego powódce świadczenia w związku z rezygnacją z umowy mieści się w przedmiocie umowy, do której przystąpiła. Jest ona zatem uprawniona do wytoczenia powództwa, w którym kwestionuje ważność umowy, a dodatkowo też zarzut abuzywności niektórych jej postanowień.

Sąd Okręgowy stwierdził nieważność umowy ubezpieczenia z uwagi na brak określoności świadczenia. Odmienne jednak niż powódka wskazał – informując o zamierzonej zmianie kwalifikacji prawnej, że wynika to w jego ocenie przede wszystkim z treści art. 385¹-385³ k.c.

Sąd Okręgowy uznał, że powódce jako ubezpieczonemu, przysługuje prawo do żądania kontroli wzorca w drodze powództwa wytoczonego w sprawie indywidualnej w związku z zawartą umową ubezpieczenia grupowego.

Sąd Okręgowy wyjaśnił, że pojęcie „główne świadczenie stron” należy interpretować ściśle, w nawiązaniu do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych. Umowa na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym należy do kategorii umów z zakresu ubezpieczeń osobowych. Pomimo dominującego w tego typu umowach celu inwestycyjnego, przedmiotem tak skonstruowanej umowy pozostaje życie ubezpieczonego i dożycie.

Sąd Okręgowy wskazał, że oceniana umowa jest umową o charakterze mieszanym, ubezpieczeniowo-inwestycyjnym i w takim przypadku suma ubezpieczenia – wbrew twierdzeniom pozwu – nie musi być określona kwotowo, tak jak w klasycznych ubezpieczeniach na życie, w których wskazuje się konkretną sumę ubezpieczenia. Dominujący w umowie ubezpieczenia na życie z UFK cel inwestycyjny determinuje bowiem powiązanie sumy ubezpieczenia z wynikiem inwestycyjnym osiąganym przez ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Jednakże sposób ustalenia sumy ubezpieczenia musi być na tyle jasny i precyzyjny, by możliwe było zweryfikowanie wielkości należnego świadczenia. Świadczenie musi być oznaczalne w sposób obiektywnie mierzalny i weryfikowalny, z zastosowaniem z góry umówionych i znanych stronom kryteriów.

Sąd Okręgowy zwrócił uwagę, że w okolicznościach sprawy, wartość aktywów funduszy określa podmiot trzeci. Sposobu tego nie zna nawet pozwany, a emitent zastrzegł sobie prawo do nabycia certyfikatów w przypadku całkowitego

wykupu. Pozwany nie może zatem dokonać zbycia na rynku publicznym, by uzyskać lepszą cenę. Jednocześnie zbycie następuje za cenę wskazaną przez emitenta, który sam dokonuje wyceny wartości. Wycena przez podmiot trzeci odbywa się zaś według bliżej nieokreślonych parametrów i ubezpieczony nie ma możliwości obiektywnie zweryfikować prawidłowości wyceny, a przy certyfikatach jako instrumentach nie notowanych na giełdzie taka weryfikacja jest uzasadniona. W interesie emitenta jest zaś nabycie certyfikatów za jak najniższą kwotę.

Sąd Okręgowy zaznaczył, że abuzywności postanowień Regulaminu określających sposób wyceny aktywów funduszu nie zmienia okoliczność, że z formalnego punktu widzenia § 4 Regulaminu UFK spełnia wymogi określone w art. 13 ust. 4 obowiązującej wówczas ustawy o działalności ubezpieczeniowej, a mianowicie wskazuje w jakie instrumenty finansowe wpłacane przez ubezpieczonych środki będą inwestowane, zakreślając w Regulaminie ogólne założenia inwestycyjne, mające na celu maksymalizację zysków przy ograniczaniu ryzyka inwestycyjnego. Regulacja zawarta w § 4 Regulaminu UFK jest na tyle ogólna i nieprecyzyjna, że nie pozwala na zweryfikowanie wartości rachunku, od którego jest uzależniona wysokość świadczenia ubezpieczeniowego. Postanowienia te zostały skonstruowane przez dwóch przedsiębiorców, powiązanych ze sobą kapitałowo, w sposób lakoniczny i ogólnikowy. Zabrakło przy tym w umowie zapisów dotyczących metod i zasad dokonywania wyceny aktywów Funduszu, w tym wyodrębnionych z jego części jednostek uczestnictwa reprezentujących udziały ubezpieczonych.

Zdaniem Sądu Okręgowego dane zawarte w sprawozdaniach półrocznych oraz rocznych nie pozwalają na weryfikację poprawności wyceny.

W ocenie Sądu Okręgowego prawo ubezpieczyciela do kształtowania stosunku prawnego w ramach zakreślonych w ustawach nie może służyć takiemu ukształtowaniu jego treści, aby z formalnego punktu widzenia nie sprzeciwiał się ustawie, ale w rzeczywistości zmierzał do zrealizowania celu ustawowo zakazanego. Sytuacja, w której Ubezpieczony w żaden sposób, bazując na postanowieniach umownych, okresowych raportach, nie może zweryfikować czy wycena zastosowana w jego przypadku przez Ubezpieczyciela odpowiada wartości godziwej, obiektywnej

wartości rynkowej nie może być akceptowana. Stosowany przez emitenta model wyceny jak również sposób ustalania indeksu nie został ujawniony w treści Regulaminu.

Sąd Okręgowy nie miał wątpliwości, że postanowienia Warunków Ubezpieczenia „L.” oraz Regulaminu UFK kształtują prawa i obowiązki powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jej interesy. W orzecznictwie jak i w doktrynie przyjmuje się, że istotą „dobrego obyczaju” jest szeroko rozumiany szacunek do drugiego człowieka.

Sąd Okręgowy w oparciu o art. 385¹ k.c. uznał za abuzywne:

1. Rozdział 10 ust. 2 Warunków Ubezpieczenia - w zakresie w jakim świadczenie ubezpieczeniowe ustalane jest w oparciu o Wartość Rachunku, ustalaną zgodnie z niejasnymi zapisami § 4 ust. 5 Regulaminu UFK. Z uwagi na niemożność weryfikacji metody wyceny Jednostek Uczestnictw może dojść do sytuacji, w której ochrona ubezpieczeniowa, pomimo dominującego aspektu inwestycyjnego będzie zupełnie pozorna z uwagi na niewielką Wartość rachunku w Dacie umorzenia;

2. § 4 ust. 2 Regulaminu UFK - z uwagi na niejasno sprecyzowany sposób wyceny aktywów netto Funduszu, wobec tego nie nadający się do weryfikacji pod kątem wartości godziwej;

3. § 4 ust. 3 i 4 Regulaminu UFK - w zakresie w jakim wycena środków zgromadzonych w UFK, a lokowanych w certyfikaty emitowane przez Bank, z których wypłata oparta jest na indeksie o niewskazanym sposobie jego ustalania, poza stwierdzeniem, że wynika on z dokumentu zatytułowanego jako tzw. „R.”, określającego zasady wyceny oraz tego w jakie instrumenty, indeks może inwestować (dokument ten przedstawiony jedynie Ubezpieczycielowi w ramach łączącej go umowy z bankiem inwestycyjnym);

4. § 4 ust. 5 Regulaminu UFK - w zakresie w jakim Wartość Rachunku po zakończeniu okresu odpowiedzialności, zostanie obliczona w oparciu o certyfikaty, których wypłata oparta jest o nie wiadomo jak ustalany indeks i metodę wyceny (ust. 3).

Wyrokiem z 17 grudnia 2020 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie zmienił zaskarżony wyrok w punkcie pierwszym w ten sposób, że oddalił powództwo co do żądania zapłaty 58 042,23 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od tej kwoty; w punkcie drugim w ten sposób, że zasądził od pozwanego na rzecz D. K. kwotę 301,00 zł tytułem zwrotu kosztów procesu (pkt I) oraz zasądził od D. K. na rzecz E. S.A. z siedzibą w W. kwotę 6 953,00 zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego. (pkt II).

Sąd Apelacyjny ustalenia faktyczne poczynione przez Sąd Okręgowy uznając w całości za prawidłowe i przyjął je za własne. Częściowo odmiennie ocenił natomiast roszczenia powódki. Przede wszystkim Sąd Apelacyjny kilkakrotnie podkreślił doniosłość formalnej akceptacji przez powódkę zaoferowanych jej warunków umownych i to, że przystępując do ubezpieczenia grupowego z UFK godziła się na alokację wpłacanych przez nią składek we wskazane w umowie instrumenty finansowe - certyfikaty emitowane przez Bank, gwarantowane przez Bank i wyceniane w oparciu o indeks B., stworzony przez Bank (§ 4 ust. 3 i 4 regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „E.”). W ocenie Sądu Apelacyjnego brak było też podstaw do uznania, że wartość świadczenia należnego ubezpieczonemu – oparta na wycenie certyfikatów, wpływających na wartość aktywów funduszu, a przez to na wartość jednostek uczestnictwa i przyszłe świadczenia należne powódce, zależała od pozwanego i była przez niego jednostronnie arbitralnie ustalana, co wskazywałoby na sprzeczność ukształtowania treści stosunku ubezpieczenia z jego naturą. Sąd Apelacyjny zakwestionował również tezę Sądu Okręgowego, że wartość świadczenia należnego ubezpieczonej powódce nie była ustalana w oparciu o obiektywne czynniki, a nadto, że dla transparentności postanowień umownych powinna być mierzalna dla powódki - chociażby przy pomocy doradcy inwestycyjnego - a brak takiej cechy świadczy o braku jednoznaczności postanowień umownych, dotyczących sposobu ustalania wysokości należnych ubezpieczonemu świadczeń. Wartość aktywów netto UKF - wartość wszystkich aktywów funduszu pomniejszona o obciążające go zobowiązania - rzutująca na wartość jednostek uczestnictwa i wartość rachunku ubezpieczonego, uzależniona była – w ocenie Sądu Apelacyjnego – od wyceny wartości certyfikatów opartej o odrębny indeks, stworzony przez podmiot trzeci, oferujący tego rodzaju instrumenty finansowe na rynku

międzybankowym. Sama wycena była dokonywana przez agenta kalkulacyjnego, nie powiązanego z żadną ze stron stosunku ubezpieczenia.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, sposób ustalenia powyższych wartości, od których zależała wysokość należnych ubezpieczonemu świadczeń, nie był skomplikowany i wyrażał się prostym wzorem, choć niewątpliwie nie pozwalał na ustalenie wysokości należnego ubezpieczonemu w przyszłości świadczenia - z tytułu całkowitego wykupu - w sposób mierzalny, będąc uzależnionym od zmiennej jaką stanowiła wartość certyfikatu, uzależniona od jego wyceny opartej na w/w indeksie. Ta jednak była wynikiem zawartej w umowie ubezpieczenia strategii inwestycyjnej, związanej z alokacją całości środków.

Argumentem na rzecz dopuszczalności tak skonstruowanej umowy – w ocenie Sądu Apelacyjnego – ma być praktyka obrotu instrumentami finansowymi. W przypadku obrotu instrumentami finansowymi odwołania do wartości wyceny w oparciu o wartości występujące na poszczególnych rynkach (indeksy) i to niezależnie od tego czy te mają charakter powszechny (obróć publiczny), czy też zamknięty (np. rynek międzybankowy), jest powszechne i stanowi wyraz zobiektywizowania ich wartości w odniesieniu do jego uczestników, pozwalający na ustalenie jednolitej wartości wycenianego instrumentu w danym przedziale czasowym. Brak jest natomiast aksjologicznych postaw do twierdzenia, że uczestnikom danego rynku, godzącym się na obrót instrumentami finansowymi, według panujących na nim zasad winny być znane szczegółowe zasady wyliczania wartości notowań poszczególnych indeksów na takim rynku, jak to ma miejsce na przykład na rynku obrotu walutą obcą czy nawet kryptowalutami. Nie sposób zatem uznać, że tego rodzaju odwołanie - odwołanie się do określonego indeksu notowań, chociażby na wewnętrznym rynku, jakim jest rynek międzybankowy stanowiło uzasadnioną podstawę do twierdzenia, że postanowienia umowy ubezpieczenia z UFK są niejednoznaczne (nietransparentne), a przez to stanowią niedozwolone postanowienia umowne. Immanentna cecha związaną z udziałem w obrocie instrumentami finansowymi na danym rynku jest bowiem zgoda na obrót nimi według panujących na nim zasad, w tym na ich wycenę w oparciu o przypisany do niego indeks notowań.

Sąd Apelacyjny podkreślił, że dla uznania danego postanowienia za niedozwolone postanowienie umowne (kształtujące prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i naruszający w sposób rażący jego interesy) nie są wystarczające same subiektywne odczucia czy wątpliwości sądu, co do możliwości oceny wynikającego zeń świadczenia, jako świadczenia odpowiadającego wartości godziwej. Dla takiego wniosku konieczne jest bowiem ustalenie, że konkretne postanowienie umowne wyklucza możliwości takiego ukształtowania treści świadczenia, aby to odpowiadało wartości godziwej, co winny potwierdzać konkretne okoliczności wskazujące na możliwość wywiedzenia takiego wniosku, a w konsekwencji uznania, że to kształtuje prawa czy obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i jego interesem. Tymczasem Sąd Okręgowy wyrażając jedynie własne subiektywne wątpliwości, tego rodzaju ustaleń nie poczynił, a jak słusznie wskazuje apelująca nie sposób wywieść ich z treści kwestionowanych postanowień. Sam fakt uzależnienia wysokości świadczenia od wyceny danego instrumentu finansowego w oparciu o konkretny indeks notowań takich instrumentów, nie przesądza o tym, że ustalane w oparciu o niego wartości nie odpowiadają pojęciu wartości godziwej. Ponadto, sam spadek wartość danego instrumentu finansowego i to znaczny na przestrzeni krótkiego okresu czasu, nie może wpływać na ocenę dopuszczalności umowy i godziwości świadczenia, zważywszy na zmienność wartości poszczególnych instrumentów, która w przypadku tych mających charakter długoterminowy i strukturyzowany, w krótkim okresie czasu może być znaczna. Sam więc spadek wartości jednostek uczestnictwa opartych o wycenę wartości instrumentów finansowych, w które lokowane były składki, nie stanowi dowodu na arbitralne (nieuzgodnione indywidualnie) i wadliwe ukształtowanie stosunku stron (sprzeczne z dobrymi obyczajami i godzące w interesy ubezpieczonego), które mogłoby świadczyć o jego abuzywności.

Od wyroku Sądu Apelacyjnego skargę kasacyjną na obu podstawach wywiódł powód. Zarzucił naruszenie art. 387 § 2¹ pkt 2, art. 387 § 2¹ pkt 1 oraz art. 382 k.p.c., a także art. 353¹ k.c. Wniósł o uchylenie i zmianę zaskarżonego wyroku, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania wraz z rozstrzygnięciem o kosztach postępowania kasacyjnego.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna jest uzasadniona.

Zasadniczym zagadnieniem w sprawie jest pytanie o granice swobody kształtowania treści i celu umowy ubezpieczenia na życie i dożycie przez ubezpieczyciela i inne podmioty profesjonalne, która w oparciu o konstrukcję umowy zawieranej na cudzy rachunek (art. 808 k.c.), ma wiązać konsumenta. W świetle poczynionych w sprawie – niespornych – ustaleń faktycznych, istotą zagadnienia jest pytanie, czy takie jak w niniejszej sprawie ukształtowanie przez ubezpieczyciela warunków i granic przypisania konsumentowi ryzyka inwestycji w produkty strukturyzowane, mieści się w granicach swobody umów, jeżeli współpracujący z ubezpieczycielem doradca sam nie zna istotnych cech oferowanego produktu ubezpieczeniowego, a w konsekwencji nie informuje szczegółowo konsumenta o ryzyku inwestycyjnym wynikającym z długoterminowego związania konsumenta umową, do której przystępuje.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalony jest pogląd, że zawieranie umów ubezpieczenia z funduszem kapitałowym (dalej: UFK) jest wyraźnie dopuszczone przez ustawodawcę, skoro niektóre przedmiotowo istotne postanowienia i niektóre skutki prawne umów UFK są określone wprost w przepisach prawa, w tym tych obowiązujących w chwili zawarcia spornej umowy oraz przystąpienia do niej powoda, w tym w ustawie o działalności ubezpieczeniowej (por. uchwały SN: z 24 stycznia 2020 r., III CZP 51/19; z 10 sierpnia 2018 r., III CZP 13/18, III CZP 20/18 i III CZP 22/18; wyroki SN: z 25 lutego 2021 r., V CSKP 16/21; 3 listopada 2022 r., II CSKP 24/22).

Analiza konstrukcji prawnej umów UFK prowadzi do wniosku, że są to umowy ukształtowane na bazie konstrukcji umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, o której mowa w art. 808 k.c. Umowy ubezpieczenia na życie związane z funduszem kapitałowym mają z zasady charakter umów grupowych, ponieważ są zawierane między ubezpieczycielem a ubezpieczającym przedsiębiorcą w celu zaproponowania konsumentom przystąpienia do nich. W stosunku prawnym ukształtowanym na bazie umowy ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż

następnego dnia po tym, gdy konsument oświadczył, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalił się pogląd, że umowy UFK polegają na tym, iż strony uzgadniają, że przynajmniej część składek będzie alokowana w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Koniecznym elementem każdej takiej umowy – obok świadczeń ubezpieczeniowych – jest świadczenie inwestycyjne (oszczędnościowe) związane z możliwością wykupu „ubezpieczenia”. Nie jest wykluczone, aby składnik inwestycyjny (oszczędnościowy) umowy, oparty na udzielanym ubezpieczycielowi zleceniu zarządzania wniesionymi środkami i przekazywaniu uzyskanego z tego tytułu zysku, jawił się jako świadczenie główne (zob. uchwałę SN z 24 stycznia 2020 r., III CZP 51/19; wyrok SN z 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13). Nic przy tym nie stoi na przeszkodzie, aby upoważnienie do zarządzania składnikami inwestycji („zlecenie”) zawierało rozbudowane gwarancje dla konsumenta podejmowania przez niego ostatecznych decyzji inwestycyjnych (por. wyrok SN z 22 listopada 2017 r., IV CSK 61/17).

Dopuszczenie inwestycyjnego (oszczędnościowego) celu umów UFK oznacza, że takie umowy nie są umowami, do których stosować można wprost przepisy Kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia. Jest tak m.in. dlatego, że jedyny przepis obowiązujący w chwili zawarcia spornej między stronami umowy, odsyłający w zakresie umów UFK do Kodeksu cywilnego, tj. art. 29 ust. 5 u.i.k.e., dopuszczał jedynie „odpowiednie” stosowanie art. 831 i 832 k.c. Prowadzi to do wniosku, że umowa UFK jest umową nienazwaną o charakterze mieszanym (por. uchwały SN: z 24 stycznia 2020 r., III CZP 51/19; z 10 sierpnia 2018 r., III CZP 13/18, III CZP 20/18 i III CZP 22/18; wyroki SN: z 28 marca 2018 r., V CSK 398/17; z 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13; 3 listopada 2022 r., II CSKP 24/22).

Z powyższego wynika, że w umowie „ubezpieczenia” na życie i dożycie zawartej na cudzy rachunek suma „ubezpieczenia” nie musi być określona ani kwotowo, ani wprost w oświadczeniu ubezpieczonego. Wystarczy, że suma ubezpieczenia zostanie oznaczona z odwołaniem się do obiektywnych czynników, na podstawie których zostanie wyliczona, o ile to odwołanie będzie jednoznaczne

i transparentne; może ona w szczególności odpowiadać wartości zgromadzonych jednostek funduszu (por. wyrok SN z 25 lutego 2021 r., V CSKP 16/21; 3 listopada 2022 r., II CSKP 24/22).

Umowy UFK są szeroko stosowane w państwach członkowskich Unii Europejskiej, w konsekwencji znajdują do nich zastosowanie przepisy objęte harmonizacją (zob. wyroki TSUE: z 5 marca 2002 r., C-386/00, Axa Royale Belge; z 1 marca 2012 r., C-166/11, Á. L. González Alonso przeciwko Nationale Nederlanden Vida Cia De Seguros y Reaseguros SAE; z 19 grudnia 2013 r., C- 209/12, Endress; z 26 marca 2015 r., C-556/13, Litaksa; z 29 kwietnia 2015 r., C- 51/13, Nationale- Nederlanden Levensverzekering Mij; z 31 maja 2018 r., C-542/16, Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag i in.; z 19 grudnia 2019 r., C- 355/18, C-356/18, C-357/18 i C-479/18, Rust-Hackner i in.; z 2 kwietnia 2020 r., C- 20/19, kunsthaus muerz; z 8 października 2020 r., C-235/19, United Biscuits (Pensions Trustees) i United Biscuits Pension Investments; z 24 lutego 2022 r., C- 143/20 i C-213/20, A. przeciwko O. oraz G.W i E.S. przeciwko A. Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A.).

Największe znaczenie dla oceny rozpoznawanej skargi kasacyjnej ma wyrok Trybunału Sprawiedliwości UE z 24 lutego 2022 r. (C-143/20 i C-213/20, A. przeciwko O. oraz G.W i E.S. przeciwko A. Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A.). Trybunał Sprawiedliwości UE stwierdził w nim, że: „1) Artykuł 36 ust. 1 dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie należy interpretować w ten sposób, że informacje, o których w nim mowa, należy przekazać konsumentowi, który jako ubezpieczony przystępuje do umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanej z funduszem inwestycyjnym (ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) zawartej między zakładem ubezpieczeń a ubezpieczającym przedsiębiorcą. Zakład ubezpieczeń ma obowiązek udzielenia tych informacji ubezpieczającemu przedsiębiorcy, który musi je przekazać owemu konsumentowi przed jego przystąpieniem do tej umowy, wraz z wszelkimi innymi uściśleniami, które okazałyby się konieczne, mając na uwadze jego wymagania i potrzeby zgodnie z tym przepisem w związku z art. 12 ust. 3 dyrektywy 2002/92/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego.

2) Artykuł 36 ust. 1 dyrektywy 2002/83 w związku z pkt A ppkt a)12 załącznika III do tej dyrektywy należy interpretować w ten sposób, że wskazania dotyczące rodzaju podstawowych aktywów, które należy przekazać konsumentowi przed jego przystąpieniem do umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanej z funduszem inwestycyjnym (ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym), powinny obejmować wskazania dotyczące głównych cech charakterystycznych owych podstawowych aktywów. Wskazania te:

- powinny zawierać jasne, precyzyjne i zrozumiałe informacje dotyczące gospodarczego i prawnego charakteru tych podstawowych aktywów oraz związanego z nimi ryzyka strukturalnego oraz
- nie muszą konieczne zawierać wyczerpujących informacji dotyczących charakteru i zakresu wszystkich rodzajów ryzyka związanego z inwestycjami w te podstawowe aktywa, ani tych samych informacji, które emitent instrumentów finansowych składających się na nie przekazał zakładowi ubezpieczeń na podstawie art. 19 ust. 3 dyrektywy 2004/39/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 21 kwietnia 2004 r. w sprawie rynków instrumentów finansowych zmieniającej dyrektywę Rady 85/611/EWG i 93/6/EWG i dyrektywę 2000/12/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz uchylającej dyrektywę Rady 93/22/EWG.

3) Artykuł 36 ust. 1 dyrektywy 2002/83 należy interpretować w ten sposób, że informacje, o których mowa w pkt A ppkt a) 12 załącznika III do tej dyrektywy, nie muszą zostać konieczne przekazane konsumentowi – który jako ubezpieczony przystępuje do umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanej z funduszem inwestycyjnym (ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) – w ramach wyodrębnionej procedury przedkontraktowej i że nie stoi on na przeszkodzie przepisowi krajowemu, zgodnie z którym jest wystarczające, by informacje te zostały wskazane w tej umowie, o ile zostaną one przekazane konsumentowi przed jego przystąpieniem do umowy, we właściwym czasie, umożliwiającym mu dokonanie, przy pełnej znajomości okoliczności faktycznych, świadomego wyboru produktu ubezpieczeniowego, który najlepiej odpowiada jego potrzebom.

4) Artykuł 36 ust. 1 dyrektywy 2002/83 należy interpretować w ten sposób, że nie wymaga on uznania, iż nieprawidłowe wykonanie obowiązku przekazania

informacji, o których mowa w pkt A ppkt a) 12 załącznika III do tej dyrektywy skutkuje nieważnością lub nieskutecznością umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanej z funduszem inwestycyjnym (ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym) lub oświadczenia o przystąpieniu do niej, a tym samym, iż przyznaje konsumentowi, który przystąpił do tej umowy, prawo do zwrotu zapłaconych składek ubezpieczeniowych, o ile zasady proceduralne przewidziane w prawie krajowym dotyczące wykonywania prawa do powoływania się na ten obowiązek informacyjny nie mogą podważyć skuteczności tego prawa poprzez zniechęcenie konsumenta do skorzystania z niego.

5) Artykuł 7 dyrektywy 2005/29/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 11 maja 2005 r. dotyczącej nieuczciwych praktyk handlowych stosowanych przez przedsiębiorstwa wobec konsumentów na rynku wewnętrznym oraz zmieniającej dyrektywę Rady 84/450/EWG, dyrektywy 97/7/WE, 98/27/WE i 2002/65/WE Parlamentu Europejskiego i Rady oraz rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 Parlamentu Europejskiego i Rady należy interpretować w ten sposób, że zaniechaniem wprowadzającym w błąd w rozumieniu tego przepisu może być nieprzekazanie konsumentowi, który przystępuje do umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanej z funduszem inwestycyjnym (ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym), informacji, o których mowa w art. 36 ust. 1 dyrektywy 2002/83 w związku z pkt A ppkt a) 12 załącznika III do tej dyrektywy.”.

Jak wyjaśnił Trybunał Sprawiedliwości, z motywów 2 i 5 dyrektywy 2002/83 wynika, że ma ona na celu w szczególności zapewnienie odpowiedniej ochrony ubezpieczonych i beneficjentów we wszystkich państwach członkowskich Unii Europejskiej. Konsument powinien dysponować niezbędnymi informacjami w celu dokonania wyboru umowy najlepiej odpowiadającej jego potrzebom, w związku z czym należy skoordynować przepisy podstawowe, aby konsument otrzymał jasną i precyzyjną informację dotyczącą w szczególności głównych cech charakterystycznych oferowanych mu produktów (pkt 71-72).

Jeżeli w procedurze akcesyjnej – przystąpienia konsumenta do umowy ubezpieczenia – działa przedsiębiorca, to należy go uznać za „pośrednika ubezpieczeniowego” w rozumieniu art. 2 pkt 5 dyrektywy 2002/92 w związku z jej

motywami 9 i 11, a zatem podlega zasadom ustanowionym w tej dyrektywie, zgodnie z jej art. 1 ust. 1 i art. 1 ust. 2 lit. b). Ów ubezpieczający przedsiębiorca wykonuje bowiem za wynagrodzeniem działalność pośrednictwa ubezpieczeniowego w rozumieniu art. 2 pkt 3 tej dyrektywy, polegającą na oferowaniu konsumentom przystąpienia do grupowej umowy *unit-linked* i zawarcia w ten sposób umowy ubezpieczenia na życie z zakładem ubezpieczeń, a także na świadczeniu doradztwa finansowego w zakresie inwestowania kapitału pochodzącego ze składek ubezpieczeniowych wpłacanych przez tych konsumentów w podstawowe aktywa grupowej umowy *unit-linked* (pkt 87-88).

W tych okolicznościach z dyrektyw 2002/83 i 2002/92 rozpatrywanych łącznie, wynika, po pierwsze, że przed zawarciem grupowej umowy *unit-linked* zakład ubezpieczeń ma obowiązek przekazać ubezpieczającemu przedsiębiorcy w ramach tej umowy co najmniej informacje wymienione w pkt A załącznika III do dyrektywy 2002/83 zgodnie z art. 36 ust. 1 tej dyrektywy (pkt 89). Zakład ubezpieczeń jest przy tym zobowiązany do sformułowania tych informacji w sposób jasny, precyzyjny i zrozumiały dla tych konsumentów w celu późniejszego przekazania ich im w toku procedury przystąpienia do owej umowy (pkt 90). Po drugie, ubezpieczający przedsiębiorca, w ramach grupowej umowy *unit-linked*, działający jako pośrednik ubezpieczeniowy, ma obowiązek przekazania wszystkim konsumentom przystępującym do owej umowy, przed tym przystąpieniem, tych samych informacji, które przekazał mu zakład ubezpieczeń. Powinny im towarzyszyć wszelkie inne uściślenia, które okażą się konieczne, mając na uwadze wymagania i potrzeby konsumenta, które należy określić na podstawie dostarczonych przez niego informacji. Uściślenia te powinny być dostosowane do stopnia złożoności owej umowy i sformułowane w sposób jasny i precyzyjny oraz zrozumiały dla tego konsumenta, zgodnie z art. 12 ust. 3 i art. 13 ust. 1 lit. b) dyrektywy 2002/92 (pkt 91).

Odnosząc powyższe do rozpoznawanej sprawy, po pierwsze, że z uzasadnienia zaskarżonego wyroku wynika, iż Sąd Apelacyjny przywiązuje zasadniczą wagę do okoliczności formalnej akceptacji przez konsumenta przedłożonych mu przez przedsiębiorcę formularzy oświadczeń i wzorców umownych. Świadczy o tym choćby to, że Sąd Apelacyjny nie wziął pod uwagę ustalenia faktycznego, które uznał za własne i prawidłowe, zgodnie z którym doradca

przedsiębiorcy działającego za wynagrodzeniem na rzecz ubezpieczyciela, a więc jako pośrednik ubezpieczeniowy, nie znał i nie potrafił wyjaśnić istotnych cech oferowanego produktu.

Po drugie, nie można podzielić poglądu Sądu Apelacyjnego, że treść stosunku ubezpieczeniowego ukształtowana przez pozwanego i kontraktujących z nim przedsiębiorców, była transparentna i jednoznaczna. Przeczy temu wnioskowi nie tylko fakt, że wynagradzany przez ubezpieczyciela przedsiębiorca nie jest w stanie udzielić konsumentowi informacji o naturze prawnej i ekonomicznej produktu, ale także nietransparentne powiązania kontraktowe ubezpieczyciela z przedsiębiorcami, od których zależała wycena aktywów prowadzonego przez niego UFK. Jest charakterystyczne, że pozwany nie wykonał zobowiązania Sądu Okręgowego i nieudostępnił Sądowi łączących go umów z tymi przedsiębiorcami. O obiektywnej nietransparentności postanowień umowy świadczą skonstruowane w nich wzory i definicje odsyłające do okoliczności nieznanych w chwili wyrażania przez konsumenta zgody na przystąpienie do umowy.

W wyroku z 3 listopada 2022 r., II CSKP 24/22 Sąd Najwyższy stwierdził, że ubezpieczyciel powinien tak kształtować treść i formę oświadczeń i wzorców umownych oraz inne elementy swojej praktyki kontraktowej, w tym te związane z oferowaniem produktu, aby wykluczyć uzasadnione wątpliwości, czy przeciętny konsument przystępujący do ubezpieczenia dysponuje informacjami prawdziwymi, wystarczająco jasnymi, dokładnymi i niezbędnymi (kompletnymi) do prawidłowego zrozumienia głównych cech charakterystycznych produktu ubezpieczeniowego, które umożliwiają mu zrozumienie zarówno korzyści płynących z tego produktu, jak i stopnia przyjmowanego ryzyka, a także do dokonania świadomego wyboru oferowanego produktu spośród innych oferowanych na konkurencyjnym rynku produktów tego rodzaju.

Nie można podzielić zapatrywania Sądu Apelacyjnego, że poważne straty finansowe jakich doznała powódka wskutek zaoferowania jej produktu strukturyzowanego, nie świadczą o wadliwości umowy, są natomiast cechą takich produktów. Sam brak ustawowego ukształtowania szczególnych mechanizmów chroniących konsumentów w tym typie stosunków, w szczególności dopuszczalnego

poziomu opłat likwidacyjnych, opłat za zarządzanie czy przede wszystkim gwarancji transparentności relacji ubezpieczycieli z przedsiębiorcami decydującymi o wycenie aktywów UFK oraz obiektywnych i weryfikowanych podstaw dokonywania takich wycen, nie dowodzi, że umowa zastrzegająca uprawnienia do kształtowania tych elementów treści stosunku dla ubezpieczyciela, jest dopuszczalna. Wprawdzie zakład ubezpieczeń do wyceniania jednostek uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu i ogłaszania nie rzadziej niż raz w roku w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim wartości jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ustalonej w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym jest dokonywane zgłoszenie oraz do sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań, ale z tego nie wynika w jaki sposób przeciętny konsument przy zawieraniu umowy mógłby ustalić jakiego rodzaju ryzyko świadomie przyjmuje. Jest oczywiste, że z samego faktu ogłaszania przez ubezpieczyciela wartości jednostki uczestnictwa nie wynika, że konkretne postanowienia umowy UFK nie wykazują abuzywnego charakteru. Samo sformułowanie regulaminu i oświadczeń o przystąpieniu do ubezpieczenia wskazuje, że ryzyko straty zainwestowanych środków zostało przerzucone na jedną tylko stronę umowy – powódkę, a opisany w § 4 Regulaminu UFK mechanizm wyceny aktywów jest skomplikowany, niejasny i niemożliwy do zweryfikowania nawet przez podmioty profesjonalne działające na rynku finansowym, zwłaszcza przy braku pełnych informacji, co do sposobu wyceny.

Ani więc powódka nie została szczegółowo poinformowana o podstawowych cechach oferowanego jej produktu (i produktach alternatywnych oraz od czego zależy ryzyko inwestycyjne), ani obiektywnie treść (konstrukcja) ukształtowanego stosunku ubezpieczeniowego, nie może być uznana za transparentną i mieszczącą się w granicach swobody umów, w szczególności za zgodną z minimum słuszności kontraktowej. Decydujący o charakterze i treści stosunku obligacyjnego element inwestycyjny – ustalenie sumy „ubezpieczenia” z części kapitałowej (oszczędnościowej) umowy – jest niejednoznaczny i nietransparentny, zarówno w ujęciu obiektywnym, jak i dla przeciętnego konsumenta. Jest to szczególnie istotne, gdy proporcja komponentu ubezpieczeniowego (osobowego) wobec komponentu inwestycyjnego wynosi 1 do 99 (%), na rzecz komponentu inwestycyjnego.

Dokonując oceny transparentności i dopuszczalności umów konsumenckich uwzględniać trzeba normatywny model przeciętnego konsumenta (por. wyroki SN: z 3 grudnia 2003 r., I CK 358/02; z 2 października 2007 r., II CSK 289/07; z 21 kwietnia 2011 r., III SK 45/10; z 23 października 2019 r., I NSK 66/18). Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, że wzorzec przeciętnego konsumenta nie może być definiowany w oderwaniu od ustalonych – odrębnie dla każdej sprawy – warunków obrotu i realiów życia gospodarczego (por. wyroki SN: z 11 lipca 2002 r., I CKN 1319/00; z 2 października 2007 r., II CSK 289/07).

Nie można przy tym uznawać, że przeciętny konsument w stosunkach bankowo-ubezpieczeniowych, to konsument szczególnie uważny, rozsądny i doświadczony. Niewłaściwe informowanie konsumentów o rzeczywistym charakterze opłat likwidacyjnych w grupowym ubezpieczeniu z funduszem kapitałowym, podstawach ich kalkulacji oraz o skutkach rozwiązania umowy jest nieuczciwą praktyką rynkową w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym i może naruszać zbiorowe interesy konsumenta (por. wyroki SN: z 28 września 2018 r., I CSK 179/18; z 23 października 2019 r., I NSK 66/18).

W wyroku Sądu Najwyższego z 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13, podkreślono, że także klauzula zastrzegająca wygórowaną opłatę likwidacyjną na rzecz ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia na życie jest niedozwolonym postanowieniem umownym, o którym mowa w art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c. Dopuszczenie kontroli abuzywności tej klauzuli musiało opierać się właśnie na założeniu o szczególnych obowiązkach informacyjnych ubezpieczyciela względem konsumenta. Tak więc, choć orzeczenie to odnosi się wprost jedynie do opłaty likwidacyjnej pobieranej przez ubezpieczyciela w razie przedterminowego zakończenia umowy i wycofania przez konsumenta wkładu kapitałowego, to z uwagi na fakt, iż opłata taka stanowi korelat „świadczenia wykupu”, powołane orzeczenie wytycza generalnie kierunek wykładni także art. 353¹ w zw. z art. 829 § 2 k.c. Ponadto, uchwały Sądu Najwyższego z: 10 sierpnia 2018 r., III CZP 13/18, III CZP 20/18 i III CZP 22/18, zostały podjęte w stanach faktycznych, w których postanowienia ogólnych warunków umów dotyczące opłat likwidacyjnych potrącanych przez ubezpieczyciela z kapitału zgromadzonego w funduszu, zostały uznane za niedozwolone.

O naruszeniu zasad współzycia społecznego świadczy i to, że pośredniczący w przystępowaniu do umowy ubezpieczenia przedsiębiorca pobiera prowizję od ubezpieczyciela. Pośrednik ubezpieczeniowy zobowiązany jest to lojalności względem ubezpieczanego, nie powinien więc uzyskiwać wynagrodzenia zwłaszcza od ubezpieczyciela za działanie na jego korzyść. Jak ustalił Sąd Okręgowy taka prowizja została uiszczona.

Artykuł 18 ust. 1 obowiązujący *de lege lata* u.d.u.r. wprost zakazuje podejmowania takich czynności, jak te ustalone w sprawie.

Nie można pominąć, że także przed wprowadzeniem zakazu ustawowego przyjęta praktyka kontraktowa pozwanego musiała budzić wątpliwości. Komisja Nadzoru Finansowego wykluczyła działalność zakładów ubezpieczeń powodującą konflikty interesów, a w szczególności napiętnowała pobieranie wynagrodzenia za czynności podejmowane w takich warunkach. Z zasady 5 Wytycznych dla zakładów ubezpieczeń dotyczących dystrybucji ubezpieczeń z 24 czerwca 2014 r. wynika, że „zakład ubezpieczeń powinien prowadzić działalność w sposób niepowodujący wystąpienia konfliktu interesów po stronie podmiotów odpowiedzialnych za dystrybucję ubezpieczeń, w szczególności konfliktu interesów polegającego na jednoczesnym, w tym faktycznym, występowaniu jako ubezpieczający i pośrednik ubezpieczeniowy”. Natomiast z zasady 6 tych wytycznych wynika wprost, że „zakład ubezpieczeń nie powinien wypłacać ubezpieczającemu wynagrodzenia” (zob. wyrok SN z 3 listopada 2022 r., II CSKP 24/22).

Trybunał Sprawiedliwości UE w wyroku z 24 lutego 2022 r. (C-143/20 i C- 213/20, A. przeciwko O. oraz G.W i E.S. przeciwko A. Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A.) zakwalifikował działania przedsiębiorców nakierowane na pozyskiwanie klientów dla zakładów ubezpieczeń jako pośrednictwo ubezpieczeniowe. Nie wynika z tego oczywiście, że w ocenie Trybunału Sprawiedliwości UE takie działanie jest formalnie poprawne, a zwłaszcza, że akceptacja takich działań przez państwa członkowskie jest ich obowiązkiem. Trybunał podkreślił jedynie, że cele prawa Unii uzasadniają przypisanie zakładom ubezpieczeń odpowiedzialności za realizację obowiązków informacyjnych względem konsumentów przez tych przedsiębiorców, a więc niezależnie od tego jaką zakład

ubezpieczeń konstrukcją kontraktową się posługuje. Z istoty umowy ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek należy wnosić, że ubezpieczający konsumenta przedsiębiorca powinien reprezentować jego interesy, ponieważ zawiera umowę na jego rachunek. Jest on zatem zobowiązany do zachowania lojalności względem konsumenta. Z faktu otrzymywania przez ubezpieczającego wynagrodzenia od ubezpieczyciela (prowizji) za zawarcie umowy na rachunek konkretnego ubezpieczonego, a zwłaszcza z faktu pobierania tego wynagrodzenia w sposób, o którym powód nie został poinformowany należycie, wynika, że pozwany działał wbrew obowiązкови lojalności. W interesie ubezpieczającego było wszak podejmowanie przede wszystkim takich działań, które wiązały się z osiągnięciem jak największego zysku dla siebie i ubezpieczyciela, a nie lojalne działanie w interesie osób poszukujących ochrony ubezpieczeniowej. Dokonana przez Trybunał Sprawiedliwości UE wykładnia prawa uzasadnia przypisanie odpowiedzialności za zaistniały stan rzeczy pozwanemu zakładowi ubezpieczeń. Jego działanie trzeba bowiem uznać za nieuczciwe i skutkujące sprzecznością czynności prawnej z zasadami współżycia społecznego.

Zarzuty procesowe skargi kasacyjnej nie są trafne. Po pierwsze, podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalania faktów lub oceny dowodów (art. 398³ § 3 k.p.c.). W judykaturze wielokrotnie podkreślono, że niezależnie od sposobu ich sformułowania, jeżeli dotyczą w istocie faktów lub oceny dowodów, nie są dopuszczalne (por. np. wyrok SN z 3 listopada 2022 r., II CSKP 24/22; postanowienia SN: z 11 kwietnia 2018 r., II CSK 701/17; z 28 lutego 2019 r., V CSK 394/18). Po drugie, uszło uwadze skarżącego, że zaskarżony wyrok poddaje się kontroli kasacyjnej, a zatem rzekome wady jego uzasadnienia nie mogą być kwestionowane skutecznie skargą kasacyjną (por. np. wyroki SN: z 7 października 2005 r., IV CK 122/05; z 28 listopada 2007 r., V CSK 288/07; z 21 lutego 2008 r., III CSK 264/07; z 30 listopada 2018 r., I CSK 659/17).

Z tych względów uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania okazało się konieczne (art. 398¹⁵ § 1 k.p.c.). O kosztach postępowania kasacyjnego orzeczono zgodnie z art. 108 § 2 w zw. z art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c.

[SOP]

[ms]