



Sygn. akt II CSKP 24/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 listopada 2022 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Tomasz Szanciło (przewodniczący)
SSN Leszek Bosek (sprawozdawca)
SSN Grzegorz Żmij

w sprawie z powództwa T. S.
przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń spółce akcyjnej w W.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 3 listopada 2022 r.,
skargi kasacyjnej powoda
od wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie
z dnia 6 listopada 2018 r., sygn. akt VI ACa 421/17,

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

UZASADNIENIE

T. S. wniósł do Sądu Okręgowego w Warszawie pozew o zapłatę kwoty 99 252 zł od Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna w W. wraz z ustawowymi

odsetkami od 24 października 2015 r. do dnia zapłaty, z tytułu zwrotu korzyści uzyskanych przez pozwaną bez podstawy prawnej kosztem powoda.

Na rozprawie 15 września 2016 r. powód rozszerzył powództwo o kwotę 12 240 zł z ustawowymi odsetkami od 15 września 2016 r., wskazując, że pomimo wniesienia pozwu, obawiając się utraty dotychczas zainwestowanych środków, kontynuuje wpłacanie comiesięcznych składek na poczet polis objętych postępowaniem, stąd konieczność uwzględnienia kwot wpłaconych po wniesieniu pozwu.

Wyrokiem z 21 grudnia 2016 r. Sąd Okręgowy w Warszawie zasądził od pozwanej na rzecz powoda kwotę 99 252 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 10 lutego 2016 r. do dnia zapłaty (pkt 1) i kwotę 12 240 zł wraz z ustawowymi odsetkami od 16 września 2016 r. do dnia zapłaty (pkt 2), oddalając powództwo w pozostałym zakresie (pkt 3) i rozstrzygając o kosztach procesu (pkt 4 i 5).

Jak ustalił Sąd Okręgowy, pozwana (wcześniej: Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w W.) zawarła z Bank S.A. umowę grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „P.”. Stosownie do postanowień tej umowy do zapłaty składki pierwszej i składek bieżących zobowiązał się ubezpieczający Bank S.A. Zakład ubezpieczeń i ubezpieczający ustalili, że składki będą mogły być finansowane przez samych ubezpieczonych na podstawie deklaracji o przystąpieniu do ubezpieczenia grupowego. Bank S.A. otrzymywał od pozwanej prowizję (wynagrodzenie) za dystrybucję polis, która była pokrywana ze składek ubezpieczonych (k. 746-746v).

7 listopada 2011 r. powód złożył w punkcie obsługi klienta Bank S.A. Oddział w S. pisemną deklarację o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie. W deklaracji określono w szczególności następujące elementy:

- okres ubezpieczenia od 7 grudnia 2011 r. do 6 grudnia 2026 r.,
- okres subskrypcji od 2 listopada 2011 r. do 30 listopada 2011 r.,
- wysokość składki zainwestowanej 101 250 zł (w tym wysokość składki pierwszej 20 250 zł, wysokość składki bieżącej 612 zł),
- alokację 100% w fundusz kapitałowy oznaczony jako „U. ”.

Powód przystąpił do umowy w oparciu o Wzorzec Umowny stworzony przez pozwaną i miał wpływ jedynie na wysokość składek. Powód otrzymał stosowne dokumenty, w tym warunki ubezpieczenia, deklarację przystąpienia oraz regulamin funduszu. Powód wpłacił na rzecz pozwanej składkę pierwszą w wysokości 20 250 zł oraz kilkadziesiąt składek bieżących (comiesięcznych) po 612 zł – o całkowitej wartości 111 492 zł.

Jak ustalił Sąd I instancji, z tytułu „pozyskania powoda do ubezpieczenia” Bank S.A. pobrał prowizję w wysokości 16 000 zł. Powód nie miał wpływu na wysokość tej prowizji. Powód został obciążony także „kosztami utrzymania i obsługi polisy”. Całościowo koszty były szacowane przez pozwanego tak, aby niezależnie od tego, czy klient będzie trwał w umowie ubezpieczenia przez cały zadeklarowany okres, czy zrezygnuje z niej wcześniej – zminimalizować ryzyko braku rentowności po stronie spółki (k. 747v-748).

Powód został poinformowany przez Bank S.A., że jest to produkt bezpieczny, na którym nie straci. Była to pierwsza tego typu umowa, którą powód zawarł.

Prowizja pośredniczącego banku nie była elementem jawnym dla klienta. Powód nie został poinformowany o wysokości tej prowizji, ani o obowiązku jej refinansowania z wpłacanych przez niego składek (k. 748).

W okresie od 7 grudnia 2011 r. do 27 lutego 2015 r. wartość udziału jednostkowego funduszu spadła z 250 zł do 87,23 zł. Według stanu na 27 marca 2015 r. wartość rachunku udziałów powoda wynosiła 20 718,35 zł, a wartość wykupu wynosiła 6215,50 zł.

W dniu 22 września 2015 r. powód wezwał pozwaną oraz Bank S.A. do potwierdzenia, że stosunek ubezpieczenia pomiędzy powodem a pozwaną nie istnieje, a tym samym do potwierdzenia, iż wpłacane przez powoda kwoty na poczet ww. produktów są nienależne oraz do zwrotu – w terminie 30 dni od otrzymania wezwania do zapłaty – korzyści majątkowych w wysokości 96 804 zł uzyskanych kosztem powoda przez pozwanego bez podstawy prawnej.

Sąd Okręgowy wskazał, że oświadczenie ubezpieczonego wyrażającego wolę skorzystania z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej, zgodnie

z art. 829 § 2 k.c., powinno obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Brak prawnie skutecznego oświadczenia ubezpieczonego oznacza, że umowa ubezpieczenia pozostanie w stosunku do niego prawnie bezskuteczna. Wymóg ten stanowi ustawową przesłankę ważności czynności prawnej polegającej na złożeniu przez ubezpieczonego oświadczenia o woli skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej. Niespełnienie tego wymogu, z uwagi na treść art. 58 § 1 k.c., oznacza bezwzględną nieważność tego rodzaju czynności prawnej.

Sąd I instancji wskazał, że umowy te albo powinny być przez zakłady ubezpieczeń formułowane w taki sposób, aby było możliwe określenie z góry i w sposób jednoznaczny wysokości sumy ubezpieczenia, albo też nie powinny być zawierane z podmiotem ubezpieczającym innym niż sam ubezpieczony, tj. nie powinny przybierać postaci umów zawieranych na cudzy rachunek. Podkreślił, że przywołany wymóg wskazania sumy ubezpieczenia w oświadczeniu ubezpieczonego ma służyć ochronie ubezpieczonego przed przystąpieniem do ubezpieczenia, które nie jest dla niego korzystne lub którego warunki nie są dla niego zrozumiałe.

Sąd Okręgowy podniósł, że przedmiotowa umowa ubezpieczenia jest dotknięta także inną wadą prawną. Zachodzą podstawy do przyjęcia, że zawarto ją z naruszeniem przepisów ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (tekst jedn. Dz.U. z 2014 r., poz. 1450). Bank S.A. zawarł umowę ubezpieczenia w imieniu własnym jako ubezpieczający działający na rachunek nieokreślonych imiennie innych osób, jednakże w istocie zawarcie tej umowy zmierzało do tego, aby wyżej wskazany bank działał jako swego rodzaju „dystrybutor” produktu ubezpieczeniowego oferowanego osobom trzecim przez pozwany zakład ubezpieczeń.

W ocenie Sądu I instancji analiza treści regulaminu funduszu prowadzi do wniosku, że wartość należnych ubezpieczonemu świadczeń ustalana jest nie w oparciu o jakiegokolwiek obiektywnie weryfikowalne i powszechnie dostępne dane rynkowe, lecz w sposób wynikający z nieujawnionych w umowie i OWU metod, kryteriów i danych, którymi posłuży się w tym celu osoba nie będąca stroną umowy, tj. Bank2 plc. Oznacza to, że sposób ustalenia wysokości należnych

ubezpieczonemu świadczeń pieniężnych uzależniony jest nie od jakichkolwiek obiektywnych kryteriów, lecz od arbitralnej i opartej na niejawnych przesłankach decyzji osoby trzeciej, tj. Bank2 plc. Z tego względu omawiana umowa jest sprzeczna z naturą (istotą) stosunku obligacyjnego i jako taka jest nieważna z uwagi na art. 353¹ w zw. z art. 58 § 1 k.c.

Zdaniem Sądu Okręgowego umowa ubezpieczenia jest nieważna także dlatego, że jest sprzeczna z zasadami współżycia społecznego. Została skonstruowana w taki sposób, że całość ryzyka inwestycyjnego wynikającego z umowy zawartej przez dwa podmioty wyspecjalizowane w przeprowadzaniu operacji finansowych, tj. bank i zakład ubezpieczeń, jest przerzucana na będącego konsumentem (w rozumieniu art. 22¹ k.c.) ubezpieczonego. Produkt inwestycyjny został skonstruowany w taki sposób, że ubezpieczyciel - nawet w razie zajścia zdarzeń uzasadniających wypłatę świadczeń z tytułu śmierci ubezpieczonego lub dożycia przez niego końca okresu ubezpieczenia – będzie zobligowany do wypłaty co najwyżej równowartości już uiszczonych przez ubezpieczonego składek lub sumy odpowiadającej wartości przypisanych temu ubezpieczonemu jednostek funduszu kapitałowego, która to wartość zależy od ryzyka inwestycyjnego wynikającego z inwestowania środków należących do ubezpieczonego. W przypadku tzw. polisolokat strukturyzowanych składki ubezpieczonych są inwestowane w taki sposób, że zysk nie jest uzależniony od notowań na powszechnie dostępnych rynkach finansowych, lecz od wartości indeksów bankowych ustalanych w utajniony sposób przez podmiot zewnętrzny (tj. bank zagraniczny).

Sąd Okręgowy zwrócił również uwagę, że nieuczciwą praktyką rynkową zastosowaną w produkcie ubezpieczeniowym było drastyczne ograniczenie tzw. wartości wykupu w przypadku przedterminowej rezygnacji przez ubezpieczonego z dalszego wpłacania składek i bycia objętym ubezpieczeniem.

Wyrokiem z 6 listopada 2018 r. Sąd Apelacyjny w Warszawie zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że powództwo oddalił i rozstrzygnął o kosztach procesu za obie instancje.

Sąd Apelacyjny uzupełnił postępowanie dowodowe, dopuszczając dowód z zeznań świadków na okoliczności: zasad wyceny, kryteriów wyceny i metodologii wyceny jednostek uczestnictwa oraz aktywów funduszu.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego nieokreślenie w Regulaminie Funduszu bądź Planie Regularnego Oszczędzania [...] metod matematycznych i finansowych przypisanych do tego typu instrumentu finansowego, celem wyceny aktywów finansowych, nie prowadzi do naruszenia praw konsumenta. Istotna jest jedynie możliwość weryfikacji poprawności ostatecznych wyliczeń według wzorów podanych w Regulaminie, wypełniając je danymi będącymi wynikiem uprzedniej wyceny wartości aktywów. Wycena jednostek uczestnictwa należy bowiem do kompetencji ubezpieczyciela.

W ocenie Sądu Apelacyjnego Warunki Ubezpieczenia wraz z Regulaminem Funduszu, Regulaminem promocji, Tabelą Opłat i Limitów, których otrzymanie powód potwierdził, zawierały wszystkie elementy ubezpieczenia na życie, wskazane w postanowieniach art. 13 ust. 4 ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz.U. Nr 124, poz. 1151 ze zm., dalej: „u.d.u.”). W konsekwencji za nietrafne uznał stanowisko Sądu I instancji w kwestii arbitralności ustalenia świadczeń ubezpieczeniowych przez pozwanego wobec powoda. W ocenie Sądu II instancji umowa ubezpieczenia zakładała istnienie długotrwałego stabilnego stosunku prawnego łączącego strony w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu ekonomicznego dla stron. Jest więc zrozumiałe, że pozwany pozostaje zainteresowany jak najdłuższym uiszczaniem przez ubezpieczonego składek w celu ich dalszego inwestowania. Jednak konsekwencją powyższego, co do zasady, nie może być obciążanie klientów, w przypadku wypowiedzenia przez nich umowy przed upływem czasu jej trwania, wieloma różnymi opłatami. Powyższa klauzula umowna może więc zostać uznana, w kontekście treści wiążącego strony stosunku prawnego, za rażąco naruszającą interesy klienta i w konsekwencji poddana ocenie w świetle art. 385¹ § 1 k.c. Sąd Apelacyjny zaznaczył jednak, że nawet przyjęcie abuzywności tego postanowienia analizowanego wzorca umowy nie eliminuje z obrotu całego stosunku prawnego (k. 1384).

Zdaniem Sądu II instancji stosunek ubezpieczenia pozostawał wyłącznie „formą”, w której ramach miał być realizowany cel inwestycyjny – mający podstawowe znaczenie dla tej umowy ubezpieczenia. Nie oznacza to jednak, że została wyeliminowana realizacja podstawowego celu kodeksowej umowy ubezpieczenia, jakim jest przejęcie przez ubezpieczyciela ciężącego na ubezpieczonym (ewentualnie uposażonym) ryzyka związanego z zejściem określonego wypadku w życiu ubezpieczonego. Nie budzi wątpliwości zdecydowanie dominujący cel inwestycyjny analizowanej umowy, który wiąże się z inwestowaniem płaconych przez ubezpieczonego składek, na ryzyko ubezpieczonego. Uiszczona przez powoda składka pełniła zatem zarówno funkcję typowej składki w rozumieniu umowy ubezpieczenia na życie, jak również miała charakter inwestycji, przy czym ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego (zysku).

Sąd Apelacyjny przyjął, że skoro powód, przystępując do umowy ubezpieczenia, podpisał stosowne oświadczenie, to zaakceptował ryzyko inwestycyjne. Usługa inwestycyjna miała być świadczona na jego rachunek, ale i na jego ryzyko (k. 1386).

Od wyroku Sądu Apelacyjnego skargę kasacyjną wywiódł powód, zaskarżając go w całości. Zarzucił:

- I. naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na wynik sprawy:
 1. art. 227 k.p.c. i art. 217 § 2 w zw. z art. 382 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez pominięcie przez Sąd Apelacyjny wniosku powoda o przeprowadzenie dowodu z zeznań świadków P. O. i M. G. także na okoliczności zgłoszone przez powoda;
 2. art. 227 k.p.c. i art. 217 § 2 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez oddalenie wniosku dowodowego powoda;
 3. art. 382 k.p.c. i art. 328 § 2 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez rozpoznanie jedynie części materiału dowodowego zebranego w postępowaniu apelacyjnym z pominięciem innych twierdzeń i dowodów zebranych w toku postępowania;

4. art. 278 w zw. z art. 232 zd. 2 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez oparcie się przez Sąd Apelacyjny wyłącznie na zeznaniach pracowników pozwanego;

5. art. 387 § 2¹ k.p.c. i 328 § w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. przez nieodniesienie się do całokształtu materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie;

II. naruszenie przepisów prawa materialnego:

1. art. 91 ust. 3 Konstytucji RP oraz art. 2 aktu akcesyjnego Polski do Unii Europejskiej z dnia 16 kwietnia 2003 r. (Dz.U. z 2004 r., Nr 90, poz. 864) a także art. 4 ust. 3 Traktatu o Unii Europejskiej zawartego dnia 7 lutego 1992 r. w Maastricht (Dz.Urz. UE C 326 z 26 października /2012 r., s. 1 i n.) przez ich niezastosowanie i w konsekwencji dokonanie wykładni art. 13 ust. 4 pkt 2, 3 i 4 u.d.u. z naruszeniem zasady pierwszeństwa prawa unijnego nad prawem krajowym oraz w sposób sprzeczny z prawem unijnym, w szczególności z art. 36 w zw. z pkt A ppkt a) 12 załącznika III Dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie (Dz.U. UE L 345 z 19 grudnia 2002, s. 1) oraz z dorobkiem TSUE;

2. art. 829 § 2 k.c. przez jego błędną wykładnię, polegającą na uznaniu, że: (i) wysokość sumy ubezpieczenia nie musi być wskazana w oświadczeniu o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawartej na cudzy rachunek, a wystarczające jest jedynie zawarcie w oświadczeniu o przystąpieniu do ubezpieczenia odesłania do Warunków Ubezpieczenia oraz polegającą na uznaniu, że (ii) wysokość sumy ubezpieczenia nie musi być ustalona kwotowo lub w sposób pozwalający na oszacowanie z góry wysokości sumy ubezpieczenia w momencie składania oświadczenia o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawartej na cudzy rachunek, a wystarczy jedynie wskazanie podstaw do ustalenia wysokości świadczeń w przyszłości;

3. art. 353¹ w zw. z art. 808 k.c. oraz w zw. z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej przez ich niezastosowanie;

4. art. 4a w zw. z art. 12 ust. 2, art. 13 ust 1 pkt 1, 4 i 4a oraz ust. 2,

art. 26 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 oraz ust. 2, art. 9, art. 23 ust. 1 w zw. z art. 28 ust. 3 pkt 1 lit a-g i art. 13 ust. 1 pkt 3, art. 26 ust. 1 pkt 2, 3 i 6 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o pośrednictwie ubezpieczeniowym (Dz.U. Nr 124, poz. 1154 ze zm.) przez ich niezastosowanie w sytuacji, gdy ubezpieczający, tj. Bank S.A., wykonywał faktycznie wobec powoda czynności pośrednika ubezpieczeniowego, pobierając za nie wynagrodzenie od pozwanego ubezpieczyciela;

5. art. 58 § 2, art. 353¹, art. 808 i nast. k.c. w zw. z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn. Dz.U. z 2018 r., poz. 999) w zw. z art. 5 k.c. przez ich błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że przed wejściem z życie art. 18 ust. 1 tej ustawy, tj. przed 1 kwietnia 2016 r., istniała możliwość pobierania przez ubezpieczającego wynagrodzenia w związku z oferowaniem ubezpieczeń osobom poszukującym ochrony ubezpieczeniowej;
6. art. 830 § 1 i § 3 k.c. przez jego niezastosowanie;
7. art. 353¹ k.c. w zw. z art. 13 ust. 4 pkt 2, 3 i 4 u.d.u. w zw. z art. 830 § 1 k.c. przez ich błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że konstrukcja stosunku ubezpieczenia stworzona przez pozwanego nie jest arbitralna.

Mając na uwadze powyższe zarzuty, skarżący wniósł o uchylenie i zmianę zaskarżonego wyroku w całości przez oddalenie apelacji pozwanego i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów procesu według norm przepisanych; w innym przypadku wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. Ponadto skarżący wniósł o zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda zwrotu kosztów postępowania wywołanego wniesieniem skargi kasacyjnej według norm przepisanych.

W odpowiedzi na skargę pozwany wniósł o jej oddalenie i zasądzenie kosztów postępowania kasacyjnego, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna ma uzasadnioną podstawę, choć nie wszystkie zarzuty są zasadne.

Ocenę zasadności skargi kasacyjnej trzeba rozpocząć od zarzutów objętych drugą podstawą kasacyjną (art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c.). Badanie, czy w konkretnej sprawie prawo materialne zostało właściwie zastosowane, jest bowiem możliwe po wykluczeniu uchybień procesowych, które mogły mieć istotny wpływ na wynik sprawy.

Zarzuty oznaczone w skardze kasacyjnej numerami II.1.1)-4) koncentrują się na ustaleniach faktycznych i rzekomym pominięciu przez Sąd Apelacyjny okoliczności wskazujących na inwestowanie przez pozwanego środków zgromadzonych w funduszu w instrumenty pochodne (noty strukturyzowane, produkty strukturyzowane i warranty).

Sąd Najwyższy nie uwzględnił tych zarzutów przede wszystkim dlatego, że podstawą skargi kasacyjnej nie mogą być zarzuty dotyczące ustalania faktów lub oceny dowodów (art. 398³ § 3 k.p.c.). W judykaturze wielokrotnie podkreślono, że to ograniczenie kognicji Sądu Najwyższego nie zależy od sposobu ujęcia zarzutów przez samego skarżącego, jako zarzutów naruszenia prawa procesowego albo materialnego, jeżeli zarzuty dotyczą w istocie faktów lub oceny dowodów (por. np. postanowienia SN z: 11 kwietnia 2018 r., I CSK 701/17; 28 lutego 2019 r., V CSK 394/18). Ponadto, ustalenia, które miałyby nie zostać poczynione albo rzekomo zostały poczynione błędnie, wskutek naruszenia przepisów postępowania, wynikają z przeprowadzonych już w sprawie dowodów, w tym zeznań świadków M. G. i P. O.. Także sam pozwany nie zaprzecza, że lokuje środki ubezpieczonych w produkty strukturyzowane, a więc zazwyczaj instrumenty pochodne – opcje (por. s. 6 odpowiedzi na skargę kasacyjną).

Sąd Najwyższy nie uwzględnił również zarzutu II.1.5), sprowadzającego się do tezy o ogólnikowości uzasadnienia zaskarżonego wyroku w stopniu uniemożliwiającym kontrolę kasacyjną. Naruszenie przez sąd II instancji art. 328 § 2 w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. może tylko wyjątkowo stanowić usprawiedliwioną podstawę kasacyjną (por. np. wyroki SN z: 7 października 2005 r., IV CK 122/05; 28 listopada 2007 r., V CSK 288/07; 21 lutego 2008 r., III CSK 264/07;

30 listopada 2018 r., I CSK 659/17). Uzasadnienie zaskarżonego wyroku nie uniemożliwia jego kontroli kasacyjnej, wynika z niego z jakich przyczyn Sąd II instancji wydał orzeczenie o określonej treści.

Przechodząc do oceny zarzutów skargi kasacyjnej powoda zgłoszonych w ramach pierwszej podstawy (art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c.), Sąd Najwyższy za celowe uznał sformułowanie na wstępie ogólniejszych uwag.

Po pierwsze, 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, tj. w szczególności w ustawie o działalności ubezpieczeniowej (por. uchwały SN z: 24 stycznia 2020 r., III CZP 51/19; 10 sierpnia 2018 r., III CZP 13/18, III CZP 20/18 i III CZP 22/18; wyrok SN z 25 lutego 2021 r., V CSKP 16/21). Nie oznacza to oczywiście, że każda umowa UFK jest wolna od wad, skoro niektóre z nich były zawierane w sposób naruszający zbiorowe interesy konsumentów nieuczciwymi praktykami rynkowymi (por. wyrok SN z 23 października 2019 r., I NSK 66/18).

Po drugie, 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 – w myśl art. 829 § 2 k.c. – nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy konsument oświadczył, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej.

Po trzecie, w orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się, 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”. O ile jednak składnik inwestycyjny (oszczędnościowy) umowy, oparty na udzielanym ubezpieczycielowi zleceniu zarządzania wniesionymi środkami i przekazywaniu uzyskanego z tego tytułu zysku, jawi się jako świadczenie główne, to nic 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). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest natomiast świadczeniem głównym w rozumieniu art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. (por. uchwałę SN z 24 stycznia 2020 r., III CZP 51/19; wyrok SN z 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13).

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; 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; 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13).

Z powyższego wynika, że w umowie „ubezpieczenia” na życie 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 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).

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

Największe znaczenie dla oceny rozpoznawanej skargi kasacyjnej ma wyrok TSUE z 24 lutego 2022 r. (*A. przeciwko O. oraz G.W i E.S. przeciwko A. Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A.*, C-143/20 i C-213/20). Wyrok ten odpowiada w istocie na pytania, które skarżący zawarł w stanowiącym część skargi kasacyjnej wniosku o zadanie pytania prawnego Trybunałowi Sprawiedliwości, czyniąc ten wniosek bezprzedmiotowym. Trybunał Sprawiedliwości 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 koniecznie 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 uchylającą 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 koniecznie 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 wymogów zarówno jednolitego stosowania prawa Unii, jak i zasady równości wynika, że podstawowe dla dyrektywy 2002/83 pojęcia należy interpretować – jako autonomiczne pojęcia prawa Unii – w sposób jednolity na jej terytorium, z uwzględnieniem nie tylko brzmienia danego przepisu, lecz także kontekstu, w jaki się on wpisuje, oraz celów regulacji, której część on stanowi (pkt 68).

Z motywów 2 i 5 tej dyrektywy wynika, że ma ona na celu w szczególności zapewnienie odpowiedniej ochrony ubezpieczonych i beneficjentów we wszystkich państwach członkowskich oraz przyczynienie się do umożliwienia wszystkim ubezpieczającym korzystania z usług wszystkich ubezpieczycieli. Konsument powinien natomiast 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).

Jak dalej podkreśla TSUE, w ramach procedury przystąpienia konsumenta do umowy ubezpieczenia przedsiębiorca działa jako „pośrednik ubezpieczeniowy” 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 zarzutów sformułowanych w skardze kasacyjnej, Sąd Najwyższy za zasadny uznał pierwszy zarzut naruszenia prawa materialnego. Wbrew stanowisku pozwanego przedmiotem skutecznego zarzutu kasacyjnego może być naruszenie przepisu dyrektywy, ponieważ dyrektywy zaliczają się do podstawowych źródeł prawa powszechnie obowiązującego Unii Europejskiej, a wszystkie przepisy prawa Unii zostały włączone do polskiego porządku prawnego z chwilą przystąpienia przez Rzeczpospolitą Polską do Unii Europejskiej na mocy art. 90 i art. 91 ust. 3 Konstytucji RP oraz Traktatu między Królestwem Belgii, Królestwem Danii, Republiką Federalną Niemiec, Republiką Grecką, Królestwem Hiszpanii, Republiką Francuską, Irlandią, Republiką Włoską, Wielkim Księstwem Luksemburga, Królestwem Niderlandów, Republiką Austrii, Republiką Portugalską, Republiką Finlandii, Królestwem Szwecji, Zjednoczonym Królestwem Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (Państwami Członkowskimi Unii Europejskiej) a Republiką Czeską, Republiką Estońską, Republiką Cypryjską, Republiką Łotewską, Republiką Litewską, Republiką Węgierską, Republiką Malty, Rzeczpospolitą Polską, Republiką Słowenii, Republiką Słowacką dotyczący przystąpienia Republiki Czeskiej, Republiki Estońskiej, Republiki Cypryjskiej, Republiki Łotewskiej, Republiki Litewskiej, Republiki Węgierskiej, Republiki Malty, Rzeczypospolitej Polskiej, Republiki Słowenii i Republiki Słowackiej do Unii Europejskiej, podpisanego w Atenach 16 kwietnia 2003 r. (Dz.U. z 2004 r., Nr 90, poz. 864).

Nie ulega też wątpliwości, że sposób sformułowania pierwszego zarzutu – koresponduje z wyrokiem TSUE z 24 lutego 2022 r. (A. przeciwko O. oraz G.W i E.S. przeciwko A. Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie S.A., C-143/20 i C-213/20). Wskazuje to na jego pierwszoplanowe znaczenie dla rozstrzygnięcia sporu i oceny zasadności wniosków kasacyjnych. Obejmuje on niewątpliwie „w szczególności” zarzut sprzeczności przyjętej przez Sąd II instancji wykładni prawa materialnego z art. 36 w zw. z pkt A ppkt a)12 załącznika III Dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącego ubezpieczeń na życie (Dz.Urz. UE L 345 z 19 grudnia 2002 r.).

Przepis ten wyłożony w sposób wiążący i jednolity dla wszystkich państw członkowskich Unii, a przyjęty w ww. wyroku TSUE z 24 lutego 2022 r., wyklucza przywiązywanie zasadniczej wagi do okoliczności formalnej akceptacji przez konsumenta przedłożonych mu przez zakład ubezpieczeń lub przedsiębiorcę, za którego tego zakład ponosi odpowiedzialność, formularzy oświadczeń i wzorców umownych. Poczynione w sprawie ustalenia faktyczne, wiążące Sąd Najwyższy, dają podstawy do uznania, że sama formalna akceptacja przedłożonych powodowi obiektywnie nietransparentnych oświadczeń i wzorców umownych, w tych bazujących na wzorach matematycznych i niepełnych z logicznego punktu widzenia definicjach, nie może prowadzić do skutecznego związania powoda umową ubezpieczenia grupowego Plan Regularnego Oszczędzania [...]. Ubezpieczyciel powinien tak kształtować treść i formę oświadczeń i wzorców umownych oraz inne elementy swojej praktyki kontraktowej, w tym te związane z określeniem roli i obowiązków ubezpieczającego, 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.

Z akt sprawy jednoznacznie natomiast wynika, że powód nie został poinformowany o podstawowych cechach oferowanego mu produktu, skoro nie wiedział, że z chwilą przystąpienia do ubezpieczenia ubezpieczający pobierze prowizję w wysokości 16 000 zł, a dodatkowo zostanie obciążony innymi opłatami, które nie zostały mu w przystępny sposób zaprezentowane. Jak ustalił Sąd I instancji, a Sąd II instancji tej okoliczności nie zakwestionował, powód nie został poinformowany o prowizji ubezpieczającego, ani o obowiązku jej refinansowania z wpłacanych przez niego składek (k. 748). Z akt sprawy wynika również, że powód nie został należycie poinformowany o innej kluczowej okoliczności, że zaoferowany mu produkt ma charakter strukturyzowany – bazuje na instrumentach pochodnych.

Za zasadny należało uznać również zarzut naruszenia art. 829 § 2 k.c. Sąd Najwyższy nie podziela przy tym poglądu skarżącego, że w umowie UFK suma ubezpieczenia powinna być określona kwotowo i wprost w oświadczeniu ubezpieczonego. Z charakteru prawnego umowy „ubezpieczenia” z funduszem kapitałowym zawartej na cudzy rachunek wynika bowiem, że suma „ubezpieczenia” nie musi, a nawet nie może być określona kwotowo. Wystarczy, że suma „ubezpieczenia” da się oznaczyć przez odesłanie zawarte w oświadczeniu do czynników, na podstawie których ta suma zostanie wyliczona, o ile to wskazanie będzie jednoznaczne i transparentne (por. wyrok SN z 25 lutego 2021 r., V CSKP 16/21). Sąd Najwyższy uznał, że przyczyną naruszenia art. 829 § 2 k.c. jest właśnie abuzywny charakter oświadczenia – konstrukcja i treść przygotowanych przez pozwanego wzorów oświadczeń oraz wzorców umownych, winny cechować się jednoznacznością i transparentnością.

Bliższa analiza treści oświadczenia powoda wskazuje, że tylko sposób określenia sumy ubezpieczenia przez odesłanie do § 16 ust. 1 ogólnych warunków umowy, odnośnie do ryzyka śmierci [suma „Składki Pierwszej”, o której mowa w § 2 ust. 27 Warunków („Składka Pierwsza”) i „Składek Bieżących”, o których mowa w § 2 ust. 26 Warunków, tj. wskazanych w Deklaracjach kwot płatnych miesięcznie („Składki Bieżące”)] odpowiada wymogom prawa i pozwala ustalić przeciętnemu konsumentowi wysokość należnego mu świadczenia. Natomiast decydujący o charakterze stosunku zobowiązaniowego element inwestycyjny – ustalenie sumy „ubezpieczenia” z części kapitałowej (oszczędnościowej) umowy – jest niejednoznaczny i nietransparentny, zarówno w ujęciu obiektywnym, jak i dla przeciętnego konsumenta. Zasadniczym problemem jest bowiem, jak wynika z akt sprawy, brak precyzyjnych definicji umownych stosowanych przez proferenta, a także stosowanie wzorów, które nie są ani obiektywnie transparentne, ani nie pozwalają przeciętnemu konsumentowi ustalić sumy „ubezpieczenia”.

Dokonując oceny skuteczności oświadczenia powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia, uwzględniać trzeba normatywny model przeciętnego konsumenta, czyli w realiach niniejszej sprawy – przeciętnego klienta banku (por. wyroki SN z: 3 grudnia 2003 r., I CK 358/02; 2 października 2007 r., II CSK 289/07; 21 kwietnia 2011 r., III SK 45/10; 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 oferowanego produktu grupowego ubezpieczenia z funduszem kapitałowym, może naruszać zbiorowe interesy konsumentów (por. wyroki Sądu Najwyższego: 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. 829 § 2 k.c. Ponadto, wszystkie trzy wskazane wyżej 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.

Wbrew założeniu przyjętemu przez Sąd II instancji źródłem konkretyzacji oświadczeń woli stron umowy „ubezpieczenia” nie mógł być art. 13 (5) u.d.u. Obligował on 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 przepisu tego żadną miarą nie wynika w jaki sposób przeciętny konsument przy zawieraniu umowy mógłby samodzielnie ustalić co dokładnie z niej wynika i jakiego rodzaju ryzyko świadomie przyjmuje. Jest oczywiste, że z samego faktu ogłaszania przez ubezpieczyciela wartości jednostki uczestnictwa ani z samego przepisu ustawy nie wynika (nie może wynikać), że konkretne postanowienia wiążącej pozwanego umowy UFK wykazują albo nie wykazują abuzywnego charakteru, ani nie wynika na jakim faktycznie poziomie zostały zrealizowane względem powoda obowiązki informacyjne w chwili przystępowania przez niego do umowy.

Samo sformułowanie regulaminu i oświadczeń, do których złożenia zobligowany został powód, wskazuje, że ryzyko straty zainwestowanych środków zostało przerzucone na jedną tylko stronę umowy – powoda. I tak, § 5 Regulaminu zatytułowany „Ryzyka związane z inwestycją w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy” wskazuje, że ryzyko nie obciąża ubezpieczyciela (por. też pkt 6 oświadczeń zawartych w obu deklaracjach przystąpienia do Planu podpisanych przez powoda); § 3 ust. 6 Regulaminu wskazuje na brak odpowiedzialności ubezpieczyciela za ryzyko inwestycyjne; § 5 pkt 3 Regulaminu stanowi, że sporny produkt finansowy „Plan” jest przewidziany na 15 lat (por. też pkt 5 Oświadczeń), a w przypadku rezygnacji z niego przed terminem istnieje ryzyko utraty części Składki Zainwestowanej, ale ryzyko to obciąża wyłącznie ubezpieczonego. Natomiast, z analizy pozostałych postanowień stosunku prawnego wiążącego pozwanego wynika, że gwarantuje on pozwanemu (oraz ubezpieczającemu) jednoznacznie zdefiniowane i pewne w znacznym stopniu korzyści. Asymetria praw i obowiązków stron jest w analizowanym stosunku na tyle oczywista, że można tu stwierdzić rażące naruszenie interesu konsumenta. Dysproporcji praw i obowiązków stron zresztą nie zaprzecza nawet pozwany (por. s. 5 odpowiedzi na skargę kasacyjną).

Sąd Najwyższy uznał za zasadny także zarzut naruszenia art. 58 § 2 k.c. Jak ustalił Sąd I instancji, z tytułu „pozyskania powoda do ubezpieczenia” ubezpieczający Bank S.A. pobrał prowizję w wysokości 16 000 zł. Prowizja pośredniczącego banku za pozyskanie konsumenta do ubezpieczenia nie była

elementem, o którym klient wiedział decydując się na podpisanie umowy ubezpieczenia. Powód nie został poinformowany o wysokości tej prowizji, ani o obowiązku jej refinansowania z wpłacanych przez niego składek.

Artykuł 18 ust. 1 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. Z akt sprawy wynika, że 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” (k. 223v).

TSUE w ww. wyroku z 24 lutego 2022 r. zakwalifikował działania przedsiębiorców nakierowane na pozyskiwanie klientów dla zakładów ubezpieczeń jako pośrednictwo ubezpieczeniowe. Nie wynika z tego jednak w ocenie Sądu Najwyższego, że Trybunał Sprawiedliwości takie działanie jak to podjęte przez pozwanego w niniejszej sprawie uznaje za 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 formułą biznesową 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 za to 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 wykładnia prawa uzasadnia przypisanie odpowiedzialności za zaistniały stan rzeczy pozwanemu zakładowi ubezpieczeń. Działanie ubezpieczyciela trzeba więc uznać za nieuczciwe i skutkujące sprzecznością czynności prawnej z zasadami współżycia społecznego.

Sąd Najwyższy nie uwzględnił natomiast zarzutu naruszenia art. 4a w zw. z art. 12 ust. 2, art. 13 ust 1 pkt 1, 4 i 4a oraz ust. 2, art. 26 ust. 1 pkt 1, 2 i 4 oraz ust. 2, art. 9, art. 23 ust. 1 w zw. z art. 28 ust. 3 pkt 1 lit a-g oraz art. 13 ust. 1 pkt 3, art. 26 ust. 1 pkt 2, 3 i 6 u.p.u. przez ich niezastosowanie, ponieważ z wiążących Sąd Najwyższy ustaleń faktycznych nie wynika, że doszło do obejścia ww. przepisów. Rację ma pozwany twierdząc, że w aktach sprawy brakuje ustaleń faktycznych wskazujących jaka była intencja stron na obejście ww. przepisów.

Sąd Najwyższy nie uwzględnił także zarzutu naruszenia art. 353¹ k.c. w zw. z art. 13 ust. 4 pkt 2, 3 i 4 u.d.u. w zw. z art. 830 § 1 k.c. Konstrukcja umów UFK nie może być generalnie kwestionowana jako arbitralna tylko dlatego, że na podstawie tych umów zakłady ubezpieczeń uzyskują kompetencję do „jednostronnego” zarządzania środkami zgromadzonymi w funduszu kapitałowym. Podmiot zarządzający powinien dysponować kompetencją do „jednostronnego” nabywania i zbywania aktywów zgromadzonych w funduszu. Przyznanie pozwanemu tej kompetencji nie świadczy o naruszeniu właściwości zobowiązania ani zasad współżycia społecznego, o ile tylko konsument jest adekwatnie informowany o podstawowych cechach produktu i alternatywnych możliwościach lokowania oszczędności.

Z tych samych względów za bezzasadny Sąd Najwyższy uznał zarzut naruszenia art. 830 § 1 i § 3 k.c. Konstrukcja umów UFK wykazuje istotną odrębność od typowych umów ubezpieczenia na życie. Nie można więc całkowicie wykluczyć zastrzeżenia umownego, na podstawie którego ubezpieczyciel będzie dysponował w transparentnie określonych sytuacjach kompetencją do likwidacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Sąd Najwyższy podziela w tym zakresie stanowisko Sądu Apelacyjnego. Natomiast problem asymetrii praw i obowiązków ubezpieczyciela i konsumenta wymaga oceny w płaszczyźnie abuzywności poszczególnych postanowień umowy oraz pośrednio związania ubezpieczonego stosunkiem ubezpieczenia.

Za bezzasadny Sąd Najwyższy uznał także zarzut naruszenia art. 353¹ w zw. z art. 808 k.c. w zw. z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Z natury tej umowy wynika, że „przeniesienie ryzyka lokaty na ubezpieczonego” jest dopuszczalne w zakresie, w jakim zostanie on rzetelnie i uprzednio (przed przystąpieniem do ubezpieczenia) poinformowany o tym ryzyku i w sposób świadomy przyjmie to ryzyko.

Z tych względów uchylenie zaskarżonego orzeczenia i przekazanie 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.

[as]