



Sygn. akt V CSKP 16/21

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 lutego 2021 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marta Romańska (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Krzysztof Strzelczyk

SSN Maria Szulc

w sprawie z powództwa M. K.
przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń (...) S.A. w W.
z udziałem interwenienta ubocznego O. S.A. w W.
o zapłatę ewentualnie o ustalenie,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym
w Izbie Cywilnej w dniu 25 lutego 2021 r.,
skargi kasacyjnej powoda od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)
z dnia 17 października 2018 r., sygn. akt I ACa (...),

**uchyla zaskarżony wyrok i sprawę przekazuje Sądowi
Apelacyjnemu w (...) do ponownego rozpoznania i orzeczeniu o
kosztach postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powód M. K. wniósł o zasądzenie od Towarzystwa Ubezpieczeń (...) Spółki Akcyjnej w W. kwoty 84.608 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od wniesienia pozwu, a ewentualnie o ustalenie, że postanowienia wzorca umownego pt. Tabela opłat i limitów składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „P.”, stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, którą zawarł z Towarzystwem Ubezpieczeń (...) Spółka Akcyjna w W. co do wysokości opłat likwidacyjnych należnych w kolejnych latach obowiązywania umowy są bezskuteczne w stosunku do niego.

Pozwany Towarzystwo Ubezpieczeń (...) Spółka Akcyjna w W. wniósł o oddalenie powództwa.

Interwenient uboczny po stronie pozwanej O. Spółka Akcyjna w W. wniósł o oddalenie powództwa.

Wyrokiem z 14 lutego 2018 r. Sąd Okręgowy w W. zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 84.608 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od kwoty 79.648 zł od 31 stycznia 2014 r. i od kwoty 4.960 zł od 3 kwietnia 2014 r., a w pozostałym zakresie oddalił powództwo.

Sąd Okręgowy ustalił, że powód i jego żona starali się o pozyskanie kredytu hipotecznego na cele mieszkaniowe. Korzystali wówczas z usług P. K. - profesjonalnego doradcy finansowego O. Spółka Akcyjna w W.. Doradca finansowy jako najkorzystniejszą przedstawił im ofertę (...) Banku Spółka Akcyjna w W. (obecnie (...) Bank Spółka Akcyjna w W.). Wskazał, że koniecznym warunkiem zawarcia umowy kredytu hipotecznego jest przystąpienie kredytobiorców do grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „P.”, która będzie stanowić zabezpieczenie umowy kredytu hipotecznego. Zapewnił przy tym powoda, że zawarcie umowy ubezpieczenia pozwala obniżyć oprocentowanie kredytu hipotecznego. Rekomendowany produkt finansowy jest pięcioletni, całkowicie bezpieczny, można z niego zrezygnować w

każdym czasie za zwrotem wpłaconej składki i ewentualnego zysku na koniec okresu obowiązywania umowy ubezpieczenia. Doradca finansowy nie przekazywał powodowi informacji o ryzyku finansowym związanym z produktem oraz o konsekwencjach rezygnacji z tego produktu w okresie obowiązywania umowy, zwłaszcza o konieczności ponoszenia opłat, w tym opłaty likwidacyjnej. Przedstawił powodowi prezentację na temat produktu finansowego „P.”, w której na slajdzie zatytułowanym „Pozostałe parametry i opłaty” znajdowały się krótkie informacje o opłacie administracyjnej, opłacie za ryzyko oraz opłacie likwidacyjnej. Powód miał zaufanie do doradcy.

19 listopada 2009 r. powód i jego żona zawarli z Noble Bankiem Spółką Akcyjną w W. umowę kredytu hipotecznego „T.”, zaś 24 listopada 2009 r. powód podpisał deklarację przystąpienia do umowy ubezpieczenia z funduszem inwestycyjnym „P.”. Celem kredytowania według umowy był zakup nieruchomości na rynku pierwotnym oraz inwestycja w „P.” w wysokości 36.992 zł, a cesja praw z tego produktu stanowiła zabezpieczenie udzielonego kredytu. Strony określiły stawkę inicjującą produktu na kwotę 36.000 zł, składki bieżące na kwotę 992 zł, a okres obowiązywania umowy na 180 miesięcy. Warunkiem wypłaty czwartej i piątej transzy kredytu było przedłożenie kredytodawcy oryginału polisy ubezpieczenia na życie wykupionej u pozwanego ze składką miesięczną w wysokości 992 zł oraz składką inicjującą w kwocie 36.000 zł, cesja praw z tej polisy na kredytodawcę oraz zawiadomienie pozwanego o cesji. W przypadku nie spełnienia któregoś z tych warunków kredytodawca mógł wstrzymać uruchomienie kolejnej transzy kredytu lub redukcję jego marży albo podwyższyć marżę o dwa punkty procentowe, a także wypowiedzieć umowę kredytu.

W deklaracji powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia wysokość pierwszej składki oraz składek bieżących została określona na takim samym poziomie jak w umowie kredytu. Składkę zainwestowaną strony określiły na kwotę 180.000 zł, wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczonego na 1% składki zainwestowanej + 100% wartości rachunku w dacie umorzenia + wartość składki pierwszej lub składek bieżących a niealokowanych na dzień złożenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia miała wynosić 100% wartości rachunku.

Strony ustaliły, że środki pieniężne wpłacone przez ubezpieczonego zostaną ulokowane w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym „P.”. Długość okresu odpowiedzialności pozwanego strony ustaliły na 180 miesięcy, a jej datę początkową na piąty dzień roboczy po zakończeniu okresu subskrypcji. W deklaracji przystąpienia powód potwierdził własnoręcznym podpisem, że otrzymał warunki ubezpieczenia „P.”, regulamin ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „P”, Tabelę opłat i limitów składek oraz Załącznik nr 1 do deklaracji przystąpienia.

Warunki ubezpieczenia „P.” wskazują, że przedmiotem ubezpieczenia w tej umowie jest życie ubezpieczonego lub dożycie do końca okresu odpowiedzialności. Celem ubezpieczenia jest też gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego Strategia N..

Klient w okresie subskrypcji lub ubezpieczony po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej może zrezygnować z ubezpieczenia z zachowaniem formy pisemnej. Okres subskrypcji to okres, w którym istnieje możliwość przystąpienia do ubezpieczenia „P.” wskazany w Załączniku nr 1 do deklaracji przystąpienia. W razie rezygnacji klienta z ubezpieczenia w okresie subskrypcji, ubezpieczyciel w terminie pięciu dni roboczych od dnia otrzymania oświadczenia zwraca klientowi zapłaconą składkę pierwszą oraz pierwszą składkę bieżącą, a w razie rezygnacji z umowy, wypłaca ubezpieczonemu kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną i stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych. Umorzenie wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu na rachunku następuje najpóźniej trzydziestego dnia po dniu otrzymania przez ubezpieczyciela oryginału oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia według wartości jednostki uczestnictwa funduszu obowiązującej w dacie umorzenia.

Ubezpieczyciel pobiera opłatę administracyjną złożoną z opłaty za ryzyko oraz opłaty likwidacyjnej, których wysokość określa Tabela opłat i limitów składek. Jest ona naliczana procentowo od wartości składki zainwestowanej i pobierana miesięcznie ze składki bieżącej w dniu jej zapłaty. W jej ramach pobierana jest opłata za ryzyko z tytułu udzielenia ochrony ubezpieczeniowej. Opłata likwidacyjna jest naliczana procentowo od wartości umorzonych jednostek uczestnictwa

funduszu i pobierana z rachunku w przypadku całkowitego jego wykupu. Pobranie następuje przez pomniejszenie kwoty wypłacanej ubezpieczonemu o wysokość tej opłaty.

Zgodnie z Tabelą opłat i limitów składek opłata likwidacyjna pobierana od wartości rachunku wynosi w kolejnych latach odpowiedzialności: 1 rok - 100 %, 2 rok - 100 %, 3 rok - 100 %, 4 rok - 75 %, 5 rok - 50 %, 6 rok - 30 %, 7 rok - 20 %; 8 rok - 15 %, 9 rok - 10 %, 10 rok - 5 %, 11 rok - 4 %, 12 rok - 3 %, 13 rok - 2 %, 14 rok - 1 %, 15 rok - 1 %. Na mocy aneksu z 11 października 2011 r. opłata likwidacyjna pobierana od wartości rachunku wynosi w kolejnych latach odpowiedzialności: 1 rok - 80 %, 2 rok - 80 %, 3 rok - 80 %, 4 rok - 75 %, 5 rok - 50 %, 6 rok - 30 %, 7 rok - 20 %, 8 rok - 15 %, 9 rok - 10 %, 10 rok - 5 %, 11 rok - 4 %, 12 rok - 3 %, 13 rok - 2 %, 14 rok - 1 %, 15 rok - 1 %.

Sposób funkcjonowania ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „P. - N.” został opisany w regulaminie funduszu. Według niego wartość jednostki uczestnictwa funduszu jest równa ilorazowi wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i liczby wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu. Wartość początkowa jednostki uczestnictwa funduszu wynosi 200 zł. Wartość jednostki uczestnictwa funduszu zmienia się zgodnie ze zmianą wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego przypadających na jednostkę uczestnictwa funduszu. Jednostki uczestnictwa funduszu są nabywane za składkę pierwszą oraz składki bieżące po pomniejszeniu o opłatę administracyjną i wartości jednostki uczestnictwa funduszu w dacie nabycia.

Regulamin funduszu przewiduje, że ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy powstaje przez nabycie jednostek uczestnictwa funduszu z wpłaconych składek pierwszych i bieżących pomniejszonych o opłatę administracyjną. Celem tego funduszu jest powiększanie wartości aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w wyniku wzrostu wartości jego lokat. Strategia inwestycyjna funduszu została opisana w regulaminie w ten sposób, że wartość aktywów netto funduszu jest wyceniana według wartości rynkowej, pozwalającej na odzwierciedlenie ich wartości, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny.

Z kolei alokacja dokonywana jest do 100% w obligacje wyemitowane przez S. Spółka Akcyjna, z których wypłata oparta jest na indeksie B. (Kod Bloomberg: (...)), wycenianych w złotych polskich. Wartość aktywów netto funduszu to wartość jego wszystkich aktywów, pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustalona zgodnie z zasadami zawartymi w regulaminie.

Produkt finansowy „P.” był produktem bardzo skomplikowanym, z którym zapoznanie się wymagało co najmniej kilku godzin. Według informacji prezentowanych na stronie internetowej pozwanego oraz analizy ekonomicznej produktu, inwestycja w ten produkt finansowy wiązała się z ryzykiem i nie gwarantowała realizacji założonego celu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ani określonego wyniku inwestycyjnego.

24 stycznia 2013 r. powód na infolinii prowadzonej przez pozwanego dowiedział się o piętnastoletnim okresie trwania umowy z funduszem inwestycyjnym „P.” oraz konsekwencjach finansowych rezygnacji z umowy. W tym samym dniu złożył reklamację produktu finansowego i zażądał zwrócenia mu wpłaconej kwoty 73.696 zł. Ponowną reklamację złożył 24 listopada 2013 r. i uchylił się wówczas od skutków prawnych oświadczenia woli z 24 listopada 2009 r. o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia „P.”, jako złożonego pod wpływem błędu oraz wezwał pozwanego do zwrotu wpłaconych składek w wysokości 79.648 zł w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania pisma. Do 11 kwietnia 2014 r. powód wpłacił na poczet umowy ubezpieczenia „P.” kwotę 88.576 zł, przy czym kwota pobrana z tytułu opłat administracyjnych wynosiła 10.176 zł.

Wartość rachunku powoda w przypadku zaistnienia zdarzeń ubezpieczeniowych na dzień 16 listopada 2016 r. wyniosłaby 90.001,47 zł, przy czym w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia kwota do wypłaty byłaby równa wartości tego rachunku pomniejszonej o opłatę likwidacyjną zgodnie z Tabelą opłat i limitów składek, a zatem kwocie 71.001,18 zł.

W 2014 r. powód spłacił kredyt hipoteczny w całości i wówczas zaprzestał opłacania składek ubezpieczeniowych.

Sąd Okręgowy za bezzasadny uznał zarzut nieważności umowy w związku z uchyleniem się przez powoda 26 lipca 2013 r. od skutków prawnych

oświadczenia woli prowadzącego do zawarcia umowy jako złożonego pod wpływem błędu. Ze wszystkich wydanych powodowi dokumentów i prezentacji sprzedażowej wynikało, że umowę ubezpieczenia zawiera na piętnaście lat. Zgodnie z art. 84 § 1 k.c., jeżeli oświadczenie woli było złożone innej osobie, uchylenie się od jego skutków prawnych dopuszczalne jest tylko wtedy, gdy błąd został wywołany przez tę osobę, chociażby bez jej winy, albo gdy wiedziała ona o błędzie, albo mogła z łatwością błąd zauważyć. Adresatem oświadczenia woli powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia był pozwany, ale wszelką wiedzę o produkcie powód czerpał od doradcy finansowego O. Spółka Akcyjna w W., który nie był pracownikiem ani też przedstawicielem pozwanego. Skutków prawnych czynności doradcy finansowego nie można przypisać pozwanemu, a przyjęcie przez doradcę finansowego deklaracji przystąpienia powoda do umowy ubezpieczenia było czynnością faktyczną, nie zaś prawną. Oświadczenie powoda o uchyleniu się od skutków oświadczenia woli z uwagi na błąd zostało też złożone po terminie prekluzyjnym z art. 88 § 2 k.c.

Sąd Okręgowy uwzględnił, że powód zawierając umowę ubezpieczenia działał jako konsument w rozumieniu art. 22¹ k.c. Niezależnie od tego, że powód podpisał oświadczenie o doręczeniu mu warunków ubezpieczenia oraz Tabeli opłat i limitów składek, to zachodzą pewne wątpliwości co do tego, czy dokumenty te rzeczywiście zostały mu wydane, a istota produktu finansowego rzetelnie objaśniona. Tylko pobieżne poinformowanie o treści dokumentów nie pozwalało na realne zapoznanie się z ich skomplikowaną treścią. Niewyjaśnione powodowi postanowienia umowne nie są dla niego wiążące.

Umowa, do której przystąpił powód stanowiła umowę ubezpieczenia zawieraną na cudzy rachunek. Oświadczenie powoda o przystąpieniu do ubezpieczenia nie zawiera jednak określenia wysokości sumy ubezpieczenia i wobec tego nie spełnia wymagań określonych w art. 829 § 2 k.c. Suma ubezpieczenia może być określona bezpośrednio - kwotowo albo pośrednio przez wskazanie wzoru pozwalającego na ustalenie jej wysokości. W deklaracji przystąpienia do produktu finansowego „P.” wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu została określona nieprecyzyjnie i niejasno. W ocenie Sądu Okręgowego, z powyższych przyczyn umowa łącząca strony nie

została ważnie zawarta, co oznacza, że ubezpieczyciel jest zobowiązany do zwrotu powodowi wszystkiego, co powód na jego rzecz świadczył, a zatem wszystkich składek uiszczonych przez powoda (art. 410 § 2 k.c.).

W ocenie Sądu Okręgowego stosunek prawny łączący powoda z pozwanym był również nieważny z uwagi na jego ukształtowanie sprzecznie z naturą umowy ubezpieczenia, a zatem z naruszeniem art. 353¹ k.c. Świadczenie pozwanego zostało w umowie określone w taki sposób, że nie tylko nieznany był sposób jego wyliczenia, ale wysokość tego świadczenia w dużej mierze zależała od arbitralnych decyzji pozwanego, na które ubezpieczony nie miał wpływu i nie miał o nich wiedzy.

Łączący strony stosunek prawny jest zdaniem Sądu Okręgowego nieważny także z uwagi na jego sprzeczność z zasadami współżycia społecznego. Jest on bowiem skonstruowany tak, że całość ryzyka inwestycyjnego wynikającego z umowy ubezpieczenia grupowego została przerzucona na powoda będącego konsumentem w rozumieniu art. 22¹ k.c.

W ocenie Sądu Okręgowego nieuzasadnione było żądanie powoda zmierzające do zasądzenia na jego rzecz kwoty dochodzonej pozwem z uwagi na okoliczności wskazane w ustawie z 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (tekst jedn. Dz.U. z 2017 r. poz. 2020; dalej - p.n.p.r.). Roszczenie przewidziane tą ustawą ma charakter odszkodowawczy, a powód nie wykazał wszystkich przesłanek, od których zależy jego zasadność.

Uwzględnivszy żądanie zgłoszone przez powoda w związku z zarzucaną nieważnością umowy, Sąd Okręgowy wskazał, że w tej sytuacji nie było konieczne rozważanie abuzywności postanowień warunków ubezpieczenia określających zasady i wysokość pobierania przez pozwanego opłat likwidacyjnych w razie wcześniejszego rozwiązania umowy.

Wyrokiem z 17 października 2018 r. Sąd Apelacyjny w (...), w uwzględnieniu apelacji pozwanego zmienił zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego i powództwo oddalił.

Sąd Apelacyjny stwierdził, że przepisy ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. z 2015 r. poz. 1206; dalej - u.d.u.) obowiązującej w czasie przystąpienia powoda do ubezpieczenia grupowego wprost dopuszczały zawieranie umów ubezpieczenia na życie związanego

z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Umowy tego rodzaju nie stanowią typowych umów ubezpieczenia. W doktrynie i judykaturze przyjmuje się, że przez umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty świadczeń pieniężnych - sumy ubezpieczenia lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego i wypłaty innych świadczeń - wartości wykupu na wniosek ubezpieczającego oraz do lokowania pochodzących ze składek aktywów zgromadzonych w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym na ryzyko ubezpieczającego, a ubezpieczający zobowiązuje się do zapłaty składki ubezpieczeniowej i w ramach środków pochodzących ze składek, ponoszenia kosztów związanych z funkcjonowaniem ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Umowa tego rodzaju jest więc umową mieszaną z elementami umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami charakterystycznymi dla umów, których celem jest inwestowanie kapitału. Przewidziana umową ochrona ubezpieczeniowa ze względu na sumę ubezpieczenia ma jednak charakter symboliczny, a w umowie dominuje aspekt kapitałowy uzasadniający pogląd, że cel umowy zakłada istnienie długotrwałego stabilnego stosunku prawnego łączącego strony w celu zgromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowania możliwie najlepszego efektu dla ubezpieczającego, co zapewnia także ubezpieczycielowi określone korzyści.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, wbrew odmiennemu stanowisku Sądu Okręgowego, suma ubezpieczenia w umowie łączącej strony jest możliwa do wyliczenia na podstawie warunków ubezpieczenia, pozwalają one bowiem jednoznacznie określić minimalne świadczenia, które zostaną wypłacone zarówno w przypadku zgonu, jak i dożycia ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia. Powód miał wiedzę o treści stosunku ubezpieczenia, gdyż otrzymał warunki ubezpieczenia, regulamin ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz tabelę opłat i limitów składek. Brak jest, zdaniem Sądu Apelacyjnego, podstaw do przyjęcia, że treść umowy zawartej przez strony jest sprzeczna z art. 829 § 2 k.c., a tym samym pociąga za sobą jej nieważność. Ustalenie sumy ubezpieczenia powinno być bowiem możliwe wedle metody poddającej się weryfikacji w razie sporu, a konkretyzacja sumy ubezpieczenia powinna być możliwa najpóźniej

w dacie spełnienia umówionego świadczenia. Te wymagania są spełnione w odniesieniu do umowy łączącej strony.

Sąd Apelacyjny podkreślił, że pozwany udzielał powodowi ochrony ubezpieczeniowej na wypadek zgonu lub dożycia, zaś w przypadku zaistnienia jednego z tych zdarzeń zobowiązał się spełnić na rzecz powoda świadczenie ubezpieczeniowe. Uiszczona przez powoda składka pełniła zarówno funkcję typowej składki w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu, jak również miała charakter inwestycyjny, przy czym pozwany nie gwarantował osiągnięcia celu inwestycyjnego (zysku). Element ubezpieczeniowy w umowie stron miał wprawdzie charakter drugorzędny, ale występował. Także ubezpieczyciel podejmował zatem ryzyko, że będzie ostatecznie zobowiązany do wypłaty sumy ubezpieczenia w wysokości wyższej niż zgromadzona na rachunku udziałów. Umowa nie przewidywała pełnej gwarancji zwrotu kapitału w każdej sytuacji (w tym w razie rezygnacji z ubezpieczenia), ale umowa ubezpieczenia nie jest umową wzajemną w rozumieniu art. 487 § 2 k.c., a jedynie dwustronnie zobowiązującą.

W art. 13 ust. 4 u.d.u. ustawodawca wskazał jedynie minimalny zakres informacji, które powinna zawierać umowa. Sposób lokowania kapitału i obliczania wartości funduszu inwestycyjnego związanego z umową ubezpieczenia został szczegółowo przedstawiony w regulaminie stosowanym przez pozwanego. Sąd Apelacyjny uznał, że w świetle przewidzianych tam kryteriów wyceny aktywów, niezasadne są oceny Sądu Okręgowego, jakoby ustalenie tych wartości przez ubezpieczyciela miało mieć charakter dowolny, oderwany od mechanizmów rynkowych. Przepisy prawa nie pozwalają zakładowi ubezpieczeń na jakąkolwiek dowolność i arbitralność, gdyż zawierają szczegółowe zasady dokonywania wycen aktywów. Nadto art. 13 ust. 5 u.d.u. obliuguje 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. Prawdliwość wyceny podlega weryfikacji przez organ nadzoru, jakim jest Komisja Nadzoru Finansowego (art. 167 ust. 1 u.d.u.).

Regulamin stosowany przez pozwanego stanowi, że środki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego lokowane są do 100% w obligacje wyemitowane przez S. S.A., z których wypłata oparta jest na indeksie B. (Kod Bloomberg: (...)). Obligacje emitowane przez S. S.A. wyceniane są w złotych polskich. Indeks stworzony przez B. umożliwia zdywersyfikowaną ekspozycję na rynek akcji europejskich, amerykańskich, japońskich i rynków rozwijających się, nieruchomości europejskich, obligacji europejskich i surowców. Informacja o aktualnej wartości indeksu dostępna jest stale i powszechnie na stronie internetowej serwisu Bloomberg. Kod indeksu w serwisie wskazany został w treści umowy. Istnieje zatem możliwość śledzenia jego wartości. Do zweryfikowania i ustalenia ostatecznej bądź bieżącej wartości indeksów konieczna jest wiedza wykraczająca poza typową znajomość mechanizmów rynkowych, z reguły niedostępna dla przeciętnego konsumenta. Przystąpienie przez powoda do ubezpieczenia grupowego na warunkach w nim określonych było jednak dobrowolne, zależne od jego decyzji. Brak koniecznej wiedzy powoda i związana z tym decyzja o powierzeniu kapitału ubezpieczającemu celem profesjonalnego zarządzania środkami w sposób w umowie przewidziany w żaden sposób nie podważa natury tego zobowiązania w rozumieniu art. 353¹ k.c., ani nie narusza zasad współżycia społecznego. Tym bardziej, że działalność pozwanego ubezpieczyciela regulowana jest powołanymi powyżej przepisami prawa, co wyklucza dowolność i stanowi dodatkową gwarancję należytego wykonywania umowy.

Sąd Apelacyjny podkreślił, że z art. 385¹ § 1 k.c. wynika, iż za niedozwolone klauzule umowne mogą być uznane tylko te postanowienia umów i wzorców umownych, które nie dotyczą jasno sformułowanych zapisów traktujących o świadczeniach głównych, a nie zostały uzgodnione indywidualnie i kształtują prawa oraz obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Przy rozstrzyganiu sporów konsumenckich należy odwoływać się do wzorca konsumenta świadomego, odpowiedzialnego i sumiennego, szanującego zasadę wiążącej mocy umów. Nie ma podstaw do przyznania konsumentowi tak uprzywilejowanej pozycji, w której byłby zwolniony z obowiązku przejawiania

jakiegokolwiek staranności przy dokonywaniu oceny treści umowy, którą zamierza zawrzeć.

Dopuszczalność zawierania umów ubezpieczenia grupowego w różnych postaciach, w tym umów ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 808 k.c.), przewidujące obowiązek ponoszenia przez ubezpieczonego ciężaru składki jest konsekwencją obowiązywania zasady swobody umów. Dopuszczalne było zawarcie umowy ubezpieczenia, mocą której ubezpieczonych zostało wiele osób, osoby te samodzielnie finansowały składki a ubezpieczający otrzymywał wynagrodzenie za czynności związane z przystępowaniem ubezpieczonych do ubezpieczenia. Ubezpieczający wykonując czynności związane z przystąpieniem powoda do ubezpieczenia nie działał w imieniu pozwanego, lecz w imieniu własnym. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek nie jest zawierana umowa pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczonym, którego interes podlega ochronie, lecz po przystąpieniu do ubezpieczenia danej osoby powstaje stosunek ubezpieczenia, którego podstawą jest zawarta wcześniej umowa ubezpieczenia pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym. Nawet w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek przepisy art. 808 § 2 k.c. i art. 805 § 1 k.c. nie sprzeciwiają się przeniesieniu ciężaru opłacania składek na ubezpieczonego niebędącego stroną umowy ubezpieczenia.

W skardze kasacyjnej od wyroku Sądu Apelacyjnego z 17 października 2018 r. powód zarzucił, że orzeczenie to zostało wydane z naruszeniem prawa procesowego, tj.: - art. 316 i 325 k.p.c. w związku z art. 391 § 1, art. 382 i 386 § 1 k.p.c. przez zaniechanie orzeczenia o zgłoszonym przez powoda roszczeniu ewentualnym, co do którego Sąd Okręgowy nie wydał rozstrzygnięcia, a zatem nie rozpoznał w tym zakresie istoty sprawy; - art. 328 § 2 w związku z art. 391 § 1 k.p.c. przez zaniechanie wypowiedzenia się w uzasadnieniu, czy roszczenie ewentualne zostało oddalone w sentencji wyroku z podaniem argumentacji odnoszącej się do tego rozstrzygnięcia, co uniemożliwia ustalenie, czy Sąd Apelacyjny orzekł o roszczeniu ewentualnym czy rozstrzygnięcia w tym zakresie nie wydał; - art. 328 § 2 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. przez zaniechanie wskazania stanu faktycznego oraz zebranego w sprawie materiału dowodowego, do którego Sąd Apelacyjny odniósł rozstrzygnięcie; - art. 382 i 328 § 2 w związku z art. 391 § 1

k.p.c. przez pominięcie części materiału dowodowego, z której wynika, że pozwany nie inwestował środków pieniężnych w deklarowane w umowie instrumenty „obligacje” a zamiast tego nabywał hybrydowy produkt i wprowadzał w błąd Komisję Nadzoru Finansowego odnośnie okoliczności, że rejestrowane obligacje strukturyzowane są „płynnym instrumentem na rynku”, podczas gdy nie są one notowane na żadnym publicznym rynku, pozwany nie informował ubezpieczonych o tym, jakie ryzyka są związane z produktem i tym, że wypłaty są uzależnione od wypłacalności emitenta obligacji strukturyzowanych, od wykonania przezeń obowiązku wykupu oraz wywiązania się przez B. z obowiązków z umowy swapowej.

Powód zarzucił również, że wyrok Sądu Apelacyjnego został wydany z naruszeniem prawa materialnego, a mianowicie: - art. 353¹ w związku z art. 58 § 1 i 2 k.c. przez błędną wykładnię i przyjęcie, że umowa zawarta przez strony była ważna; - art. 829 § 2 k.c. przez błędną wykładnię i przyjęcie, że suma ubezpieczenia nie musi być wyraźnie wskazana w umowie a może zostać ustalona później z zastosowaniem nieznanych w chwili zawierania umowy kryteriów, kształtowanych tylko przez pozwanego; - art. 13 ust. 4 pkt 4 u.d.u. w związku z art. 36 i pkt A ppkt a 12 załącznika Dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie przez błędną wykładnię i wadliwe uznanie, że pozwany w dokumentacji regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „P.” oraz warunkach ubezpieczenia „P.” dopełnił wymagania należytego przekazania konsumentom wszelkich informacji o produkcie; - art. 384 § 1 k.c. przez błędną wykładnię i uznanie, że dla stwierdzenia doręczenia wzorca przed zawarciem umowy wystarczające było pokwitowanie odbioru dokumentu na deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia, a powód był związany postanowieniami wzorców w postaci regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „P.” oraz warunków ubezpieczenia „P.”; - art. 4 ust. 1 i 2 w związku z art. 5 ust. 1 i 2 pkt 1 i 2 oraz ust. 3 pkt 2, 4 i 5 w związku z art. 12 ust. 1 pkt 4 u.p.n.p.r. przez błędną wykładnię i pominięcie, że pozwany redagując postanowienia regulaminu ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „P.” oraz warunki ubezpieczenia „P.” nie przekazał konsumentom wszystkich istotnych informacji dotyczących podstawowych cech tego produktu, wprowadził ich w błąd co do aktywów, w które ma inwestować a tym samym dopuścił się nieuczciwej

praktyki rynkowej, co prowadziło do nieważności umowy; - art. 84 § 1 i 2 i art. 86 k.c. przez błędną wykładnię i przyjęcie, że stworzenie przez pozwanego wzorców umownych wprowadzających w błąd co do rzeczywistych cech produktu i ryzyk z nim związanych nie ma znamion podstępu i nie usprawiedliwiało uchylenia się przez powoda od oświadczenia woli o zawarciu umowy z pozwanym; - art. 65 § 1 i 2 k.c. w związku z art. 385 § 2 k.c. przez przyjęcie, że umowa uprawniała pozwanego do lokowania środków pieniężnych powoda w nienazwane ustawowo instrumenty finansowe tzw. „obligacje strukturyzowane”, podczas gdy z treści umowy wynika jednoznacznie, że przedmiotem alokacji miały być obligacje, które są ustawowo określonym i bezpiecznym aktywem finansowym.

Powód wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku i oddalenie apelacji pozwanego od wyroku Sądu Okręgowego z 14 lutego 2018 r. względnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Ocenę zasadności skargi kasacyjnej trzeba zacząć od zarzutów powoda zgłoszonych w ramach drugiej podstawy kasacyjnej (art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c.), badanie, czy w konkretnej sprawie prawo materialne zostało właściwie zastosowane jest bowiem możliwe po wykluczeniu takich uchybień procesowych, które by mogły istotnie wpłynąć na warunki, w których wydano rozstrzygnięcie i jego ustaloną podstawę faktyczną. Powód w ramach tej podstawy kasacyjnej kwestionuje przede wszystkim zakres, w jakim Sąd Apelacyjny rozpoznał sprawę w kontekście tego, z jakimi żądaniami powód w niej wystąpił.

Powód może dochodzić jednym pozwem kilku roszczeń przeciwko temu samemu pozwanemu, a warunki takiej kumulacji określa art. 191 k.p.c. Cel postępowania cywilnego osiągnięty zostaje wtedy, gdy sąd wypowie się o zasadności roszczeń zgłoszonych przez powoda. W ten sposób realizowane jest konstytucyjne prawo do wyroku, stanowiące jeden z aspektów prawa do sądu. Oczekiwanie, że sąd w wyroku wypowie się o merytorycznej zasadności każdego z żądań powoda objętych zawisłością sporu jest uzasadnione nie tylko z uwagi

na brzmienie przepisów ustawy, ale i pragmatycznie. Skutki przewidziane w art. 365 § 1 i art. 366 k.p.c. można wiązać tylko z orzeczeniem sądu, które zostało wydane i uprawomocniło się, nie zaś z żądaniem zgłoszonym wprawdzie przez powoda lecz nieobjętym rozstrzygnięciem. Trudno zaakceptować sytuację, w której sąd angażuje siły i środki w zbadanie okoliczności faktycznych i ocenę zasadności pewnych żądań, po czym nie formułuje co do nich rozstrzygnięcia, co otwiera pole do kolejnych sporów na tle tych samych okoliczności faktycznych i prawnych. To samo dotyczy sytuacji pozwanego, który skoro wdaje się w spór i podejmuje obronę przed żądaniami powoda, to może oczekiwać wyroku definitywnie kończącego taki spór.

Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w wyroku z 28 sierpnia 2019 r., IV CSK 255/18 (niepubl.), sytuacja, w której powód jednym pozwem dochodzi kilku roszczeń wobec tego samego pozwanego (art. 191 k.p.c.) ma miejsce nie tylko wtedy, gdy powód formułuje odmienne żądania opierając każde na innych okolicznościach faktycznych oraz gdy formułuje odmienne żądania opierając je na tych samych okolicznościach faktycznych, lecz również wtedy, gdy powód formułuje jedno żądanie, opierając je na różnych zespołach okoliczności faktycznych, których odmienność pociąga za sobą powstanie dwóch lub większej liczby roszczeń procesowych. W każdej z tych sytuacji zachodzi wielość roszczeń w jednym procesie (kumulacja przedmiotowa roszczeń), różniących się od siebie treścią żądań, uzasadniającymi je zespołami okoliczności faktycznych, względnie oboma tymi elementami jednocześnie.

Skumulowane stosownie do art. 191 k.p.c. żądania pozwu mają samodzielny charakter, lecz mogą pozostawać z sobą w pewnych związkach. W orzecznictwie przyjmuje się w szczególności, że art. 191 k.p.c. uzasadnia zgłoszenie pewnych roszczeń jako ewentualne. W ten sposób kwalifikowane są żądania dodatkowe, sformułowane na wypadek niemożności uwzględnienia przez sąd żądania zasadniczego, a odwołanie się do takiej między nimi relacji uznawane jest za szczególny przypadek kumulacji roszczeń. W wyroku z 28 sierpnia 2019 r., IV CSK 255/18 (niepubl.) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że obejmując jednym pozwem kilka żądań kierowanych wobec tego samego pozwanego, powód powinien oznaczyć

precyzyjnie nie tylko treść każdego z żądań i uzasadniające je okoliczności faktyczne, lecz także określić relację zachodzącą między kumulowanymi roszczeniami, czyli to, czy skumulowanych roszczeń dochodzi od pozwanego łącznie, alternatywnie, czy też pozostają one w stosunku ewentualnym, a jeżeli tak, to które z nich ma charakter główny, a które dochodzone jest jedynie subsydiarnie. Konieczność ta uzasadniona jest m.in. przez wzgląd na potrzebę klarownego określenia przedmiotowych granic zawisłości sporu (art. 192 pkt 1 k.p.c.) i prawomocności materialnej wyroku (art. 365 w związku z art. 366 k.p.c.), jak również ochronę interesów pozwanego, który dla podjęcia efektywnej obrony musi mieć świadomość tego, jakie roszczenia są wobec niego podnoszone i w jakim stosunku one pozostają. Określenie, które z alternatywnych uzasadnień żądania (podstaw faktycznych) ma charakter główny, które zaś ewentualny, nie musi nastąpić wprost; preferowana przez powoda kolejność ich oceny może wynikać z wykładni żądania lub z uzasadnienia pozwu, nie może być jednak pozostawiona swobodzie sądu (zob. też wyrok Sądu Najwyższego z 16 czerwca 2004 r., III CK 139/03, niepubl.). Zasada związania sądu żądaniem pozwu (art. 321 § 1 k.p.c.) wyklucza orzeczenie o takich następstwach ustalonego stosunku prawnego, których powód nie przewidział i nie objął żądaniem.

Powód w niniejszej sprawie skumulował roszczenia w złożony sposób. W pozwie wskazał, że domaga się udzielenia mu ochrony prawnej w dwóch formach, a mianowicie przez zasądzenie świadczenia pieniężnego a ewentualnie przez ustalenie stosunku prawnego, w jakim pozostaje z pozwanym (art. 189 k.p.c.) (zob. wyrok Sądu Najwyższego z 13 października 2017 r., I CSK 20/17, niepubl.). Na wezwanie Sądu Okręgowego skierowane do powoda po zakończeniu przeważającej części postępowania dowodowego, powód odpowiedział (k. 875-876), że podstawy jego żądań zostały określone w pismach z 12 kwietnia 2016 r. i z 19 lipca 2016 r. Wyjaśnił w nich, że żądanie zasądzenia świadczenia pieniężnego obejmuje sumę wszystkich składek ubezpieczeniowych, które wpłacił na rzecz pozwanego w wysokości nominalnej, a jego podstawą jest skuteczne uchylenie się od skutków oświadczenia woli o zawarciu umowy jako złożonego pod wpływem błędu (art. 84 k.c.). Obok tej podstawy faktycznej w odniesieniu do tego samego żądania zasądzenia świadczenia pieniężnego

powód powołał się też na nieważność umowy (art. 58 k.c.), mającą wynikać z cech zaoferowanego mu produktu ubezpieczeniowego opisanych przez Rzecznika Ubezpieczonych w piśmie z marca 2016 r., a mianowicie niejednoznaczność postanowień odnoszących się do wyceny jednostek funduszu inwestycyjnego, wartości rachunku inwestycyjnego i oderwanie ich wyceny od czynników rynkowych. O nieważności umowy miały też zadecydować okoliczności, w których została zawarta. Żądanie zasądzenia świadczenia pieniężnego było przez powoda wywodzone również z twierdzenia, że działania pozwanego polegające na oferowaniu produktu finansowego w postaci ubezpieczenia z funduszem inwestycyjnym „P.” miały charakter nieuczciwych praktyk rynkowych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym. W tym kontekście faktycznym dochodzone pozwem świadczenie pieniężne powód identyfikował jako odszkodowawcze, realizujące obowiązek pozwanego naprawienia wyrządzonej mu szkody przez unieważnienie umowy z obowiązkiem wzajemnego zwrotu świadczeń, jak o tym stanowi art. 12 ust. 1 pkt 4 u.p.n.p.r. albo art. 415 k.c. w związku z 12 ust. 1 pkt 4 u.p.n.p.r.

Jak z powyższego wynika, żądanie zasądzenia świadczenia pieniężnego było przez powoda uzasadnione aż czterema grupami okoliczności faktycznych, przy czym w świetle trzech z nich dochodzona kwota podlegała zasądzeniu jako świadczenie nienależne, do którego tytuł odpadł w związku z nieważnością umowy, w wykonaniu której zostało spełnione, a w świetle czwartego – jako świadczenie naprawiające szkodę poniesioną przez powoda w związku z niedozwolonymi praktykami pozwanego,

Gdy chodzi o podstawy żądania ewentualnego, to powód odesłał (k. 875-876) do pisma z 22 września 2014 r. W piśmie tym (k. 207-210) powód zmienił pierwotnie zgłoszone żądanie ewentualne i wniósł o ustalenie, że postanowienia zawarte we wzorcu umownym pozwanego pt. Tabela opłat i limitów składek do umowy ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „P.”, wprowadzonym jako załącznik nr 1 do aneksu nr 23 jako część umowy zawartej między stronami wskazującej na rok odpowiedzialności i wysokość opłaty likwidacyjnej: 1 - 80%, 2 - 80%, 3 - 80%, 4 - 75 %, 5 - 50 %, 6 - 30%, 7 - 20%,

8 - 15 %, 9 - 10%, 10 - 5%, 11 - 4%, 12 - 3%, 13 - 2%, 14 - 1%, 15 - 1 są bezskuteczne w stosunku do powoda. Zmianę żądania powód objaśnił wyłącznie w ten sposób, że stwierdził, iż „nigdy nie otrzymał powyższej modyfikacji”, co wskazuje na praktyki pozwanego polegające na niedoinformowaniu konsumentów.

Przyjmuje się, że uwzględniając żądanie zasadnicze, przedstawione jako główne, sąd nie orzeka w ogóle o żądaniu ewentualnym, a czyni to jedynie, gdy brak podstaw do uwzględnienia żądania zasadniczego i wtedy następuje oddalenie żądania zasadniczego i orzeczenie (zasadzające lub oddalające) o żądaniu ewentualnym (por. wyroki Sądu Najwyższego z 18 stycznia 2017 r., V CSK 198/16, niepubl., z 12 stycznia 2012 r., IV CSK 219/11, niepubl., z 4 października 2012 r., I CSK 100/12, niepubl., z 31 stycznia 1996 r., III CRN 58/95, niepubl.). Postępowanie zgodnie z tą utrwaloną praktyką oznacza, że jeśli sąd pierwszej instancji uzna za zasadne żądanie zgłoszone jako główne i w związku z tym nie wypowie się o żądaniu zgłoszonym jako ewentualne, to sąd drugiej instancji - uznawszy za usprawiedliwioną apelację skierowaną przeciwko rozstrzygnięciu co do żądania głównego - nie może samodzielnie, po raz pierwszy rozstrzygnąć o żądaniu zgłoszonym jako ewentualne, gdyż jego orzeczenie o tym żądaniu zapadłoby jako jedyne w sprawie.

Sąd Okręgowy w niniejszej sprawie uznał za zasadne żądanie zasądzenia świadczenia dochodzonego przez powoda w związku z nieważnością umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w wykonaniu której powód świadczył na rzecz pozwanego składki. Za bezzasadne uznał natomiast żądanie zasądzenia tego świadczenia w związku z uchyleniem się przez powoda od oświadczenia woli o zawarciu umowy spowodowane błędem co do treści czynności prawnej, jak i odszkodowawczo, w związku ze stwierdzeniem nieuczciwych praktyk rynkowych pozwanego. Sąd Okręgowy jednoznacznie też dał wyraz temu, że nie przystępuje do oceny żądania ewentualnego, gdyż skoro umowa zawarta przez strony nie jest ważna, to nie ma żadnego uzasadnienia rozważanie abuzywności poszczególnych jej klauzul. Apelację od wyroku uwzględniającego powództwo mógł wnieść tylko pozwany, a w wyniku jej rozpoznania Sąd Apelacyjny - odmiennie oceniwszy okoliczności odnoszące się do

treści stosunku prawnego nawiązanego przez strony - zmienił zaskarżony wyrok i oddalił powództwo.

Trafnie powód zarzuca, że na podstawie motywów wyroku Sądu Apelacyjnego trudno jest przede wszystkim dociec, czy Sąd Apelacyjny objął rozpoznaniem okoliczności istotne przy ocenie zasadności żądania ewentualnego. Do tego żądania Sąd Apelacyjny nawiązał w ostatnim akapicie uzasadnienia i wskazał, że nie zostało ono ocenione przez Sąd Okręgowy. Zarazem stwierdził, że zgadza się z poglądem, że opłata likwidacyjna w umowie ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym stanowi świadczenie konsumenta niebędące świadczeniem głównym za czynności przedsiębiorcy pobierane w razie wygaśnięcia umowy w sytuacji niedopełnienia obowiązków kontraktowych przez konsumenta, bądź wypowiedzenia przez niego umowy. Po czym przytoczył pogląd, że opłata likwidacyjna nie ma charakteru odszkodowawczego, a zatem kwestionowane postanowienie wzorca mogłoby podlegać pod dyspozycję art. 385¹ pkt 17 k.c., zgodnie z którym niedozwolonymi postanowieniami umowy są te, które nakładają na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego. W kolejnym zdaniu Sąd Apelacyjny stwierdził, że skoro umowa, do której przystąpił powód miała zasadniczo charakter długoterminowej umowy inwestycyjnej, to „oczywiste jest, że pozwany miał co do zasady prawo zakładać, że ubezpieczający będzie wywiązywał się z umowy przez cały czas jej trwania, a w przypadku jej wcześniejszego rozwiązania może żądać poniesionych w związku z zawarciem tej umowy kosztów, w tym obsługi dotyczącej inwestowania”. Zacytowane stwierdzenie stanowi jedyną w sprawie wypowiedź na temat klauzul umownych we wzorze stosowanym przez pozwanego, przewidującym jego uprawnienie do pobierania opłat likwidacyjnych i określających wysokość tychże opłat. Ma rację skarżący, że w jej świetle nie sposób jest ocenić, czy rozstrzygnięcie Sądu Apelacyjnego zmieniające zaskarżony wyrok i oddalający powództwo odnosi się także do żądania zgłoszonego jako ewentualne, o którym nie wypowiedział się Sąd Okręgowy, a jego rozpoznanie wyłącznie przez Sąd Apelacyjny i to w postępowaniu wszczętym na skutek apelacji pozwanego byłoby równoznaczne z ograniczeniem prawa powoda do wykazywania zasadności tego żądania przed sądami dwóch instancji.

Nie można też odmówić zasadności zarzutowi, że Sąd Apelacyjny nie zajął w uzasadnieniu wyroku stanowiska w kwestii podstawy faktycznej rozstrzygnięcia, do której odnosi sformułowane w sprawie rozważania prawne. Dotyczy to zarówno tych okoliczności, z których powód wywodził żądanie główne odnośnie do błędu co do treści, czynności prawnej, od którego miał się uchylić, jak i sprzeczności postanowień umowy, którą zawarł z pozwanym z naturą umowy ubezpieczeniowej, a także dotyczy okoliczności, w których umowa została zawarta, jak i wreszcie nieuczciwych praktyk rynkowych zarzucanych pozwanemu. O ile w odniesieniu do błędu, od którego powód miał się uchylić, okoliczności zawarcia umowy i jej konstrukcji, z całego wyводу Sądu Apelacyjnego można wyprowadzić wniosek, że Sąd ten zaakceptował w tym zakresie ustalenia Sądu Okręgowego, które zostały przytoczone w motywach jego wyroku, lecz poddał je odmiennej ocenie prawnej, o tyle zabiegu tego nie da się odnieść do zarzucanych pozwanemu nieuczciwych praktyk rynkowych. Sąd Okręgowy uznał za niewykazane żądanie zasądzenia dochodzonej przez powoda kwoty jako odszkodowania stosownie do art. 12 ust. 1 pkt 4 u.p.n.p.r. albo art. 415 k.c. w związku z 12 ust. 1 pkt 4 u.p.n.p.r. Z uwagi na kierunek zaskarżenia, o tej podstawie żądania Sąd Apelacyjny nie wypowiedział się wcale. Przy braku jakiegokolwiek punktu odniesienia nie sposób zatem ocenić zarzutów powoda zgłoszonych w ramach pierwszej podstawy kasacyjnej do rozstrzygnięcia oddalającego powództwo o zasądzenie świadczenia, którego powód żądał z odwołaniem się do okoliczności wskazanych w art. 4 ust. 1 i 2 w związku z art. 5 ust. 1 i 2 pkt 1 i 2 oraz ust. 3 pkt 2, 4 i 5 w związku z art. 12 ust. 1 pkt 5 u.p.n.p.r.

Gdy chodzi o konstrukcję umowy ubezpieczenia z funduszem kapitałowym, to trafnie Sąd Apelacyjny zwrócił uwagę, że dopuszczalność zawierania tego rodzaju umów wynikała wprost z art. 13 ust. 4-6 u.d.o. O charakterze tego rodzaju umowy Sąd Najwyższy wypowiedział się ostatnio w uchwale z 24 stycznia 2020 r., III CZP 51/19 (OSNC 2020, nr 12, poz. 100), w której przytoczył także dawniejsze orzecznictwo, w tym w szczególności uchwały Sądu Najwyższego z 10 sierpnia 2018 r., III CZP 13/18 i III CZP 22/18 (OSNC 2019, nr 5, poz. 56 i 57). W powołanych uchwałach Sąd Najwyższy wskazał na mieszany charakter umowy, łączący elementy umowy ubezpieczenia na życie z elementami umowy

inwestycyjnej, której kluczowy element stanowi powierzenie ubezpieczycielowi zarządzania środkami pochodzącymi ze składek ubezpieczającego w celu osiągnięcia zysku. Elementy takiej umowy były uregulowane w przepisach ustawy z 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, przede wszystkim w art. 2 ust. 1 pkt 13, definiującym pojęcie „ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego”, a obecnie jej szerszą regulację zawiera obowiązująca od 16 stycznia 2016 r. ustawa z 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (tekst jedn. Dz.U. z 2019 r. poz. 381 ze zm.). Umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest umową nazwaną. Jej pierwszy element odpowiada zwykłemu składnikowi umowy ubezpieczenia, dalszy - umowie zawieranej w celu przekazania środków finansowych do ich inwestowania i uzyskiwania z tego tytułu zysku. Przy takiej konstrukcji, za podstawowe świadczenie w ramach umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym można uznać obowiązek zapłaty składek przez ubezpieczającego oraz obowiązek zarządzania wniesionymi w ten sposób środkami przez ubezpieczyciela i dokonania wypłat w razie zaistnienia jednego ze zdarzeń objętych ubezpieczeniem (śmierci lub dożycia do określonego dnia). Składnik inwestycyjny umowy wiąże się z udzielanym ubezpieczycielowi zleceniem zarządzania wniesionymi środkami i przekazywania uzyskanego z tego tytułu zysku.

Zawarcie umów ubezpieczenia, w których zdarzeniem ubezpieczeniowym jest życie lub dożycie ubezpieczonego i powiązanie takiej umowy ze zleceniem zarządzania składkami wpłacanymi także na cele inwestycyjne, realizuje zasadę swobody umów i nie pozostaje w sprzeczności z naturą umowy ubezpieczenia, co w świetle art. 353¹ k.c. uzasadniałoby uznanie umowy za nieważną w związku z art. 58 § 1 i 2 k.c. Sąd Apelacyjny trafnie odwołał się do modelu, w świetle którego należy oceniać zachowania konsumentów w stosunkach umownych i przyjął, że w świetle przedstawionych mu warunków umowy powód nie mógł uważać zawieranej umowy za zwykłą umowę ubezpieczenia i to mającą obowiązywać pięć lat, skoro w każdym podpisanym przez niego dokumencie mowa jest o 180 miesiącach (piętnastu latach) związania umową.

Sąd Apelacyjny ustalił ostatecznie (s. 23/24 uzasadnienia) inaczej niż Sąd Okręgowy (którego stanowisko zreferował na s. 12/13 uzasadnienia), że powód

odebrał przy zawarciu umowy wzór umowny i regulamin funduszu inwestycyjnego, opisujące w pełnym zakresie konstrukcję umowy, którą zawarł z pozwanym i miał możliwość jej rozeznania. W tej sytuacji nie sposób przyjąć, że postanowienia w nich zawarte miałyby nie być dla powoda wiążące jako niedoręczone mu w rozumieniu art. 384 § 1 k.c. O bezzasadności żądania powoda wywodzonego z twierdzenia o błędzie co do treści czynności prawnej polegającej na zawarciu umowy z pozwanym w niniejszej sprawie wypowiedział się Sąd Okręgowy, akcentując także problem złożenia przez powoda oświadczenia o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli z naruszeniem prekluzyjnego terminu.

Jak wyjaśnił Sąd Najwyższy w uchwale z 10 sierpnia 2018 r., III CZP 22/18 (OSNC 2019, nr 5, poz. 57) w umowie ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na podstawie uzgodnienia stron przynajmniej część „składek ubezpieczeniowych” jest „alokowana” w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, czyli tworzonego z tych składek wydzielonego funduszu aktywów, inwestowanego zgodnie z umową i zarządzanego przez ubezpieczyciela (ewentualnie) na koszt i ryzyko „ubezpieczającego”, a jej koniecznym elementem - obok świadczeń „ubezpieczeniowych” zakładu ubezpieczeń - jest możliwość wykupu „ubezpieczenia”. Lokowanie składek w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym ma cel inwestycyjny (oszczędnościowy), analogicznie do celów innych instrumentów inwestycyjnych (np. uczestnictwa w funduszu inwestycyjnym, prowadzenia rachunku papierów wartościowych czy też rachunku bankowego), i wyraźnie odróżniany od celu w postaci udzielenia ochrony ubezpieczeniowej. Według przytoczonego w tej uchwale orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości UE umowy te zaliczane są do kategorii umów ubezpieczeniowych, co jednakowoż nie zwalnia z konieczności dostrzeżenia, że umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie są zawierane według jednego schematu. Różni je przede wszystkim stopień, w jakim w ramach jednej umowy realizowane są cele inwestycyjne i ochronne. W większości takich umów element inwestycyjny ma charakter dominujący, a element ochrony ubezpieczeniowej jest raczej symboliczny. Jeśli przy tym uwzględni się, że o powodzeniu inwestycyjnym przedsięwzięcia decyduje cały spłot czynników, w tym też rynkowych, to oczywiste jest, że umowa o charakterze

inwestycyjnym nie musi przynieść zawierającej ją osobie samych tylko zysków. Do umów z dominującym elementem inwestycyjnym należy w zasadzie stosować przepisy kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia (ubezpieczenia osobowego, ubezpieczenia na życie), jednakże z wyłączeniem albo ograniczeniem zastosowania tych unormowań, które nie przystają do tego inwestycyjnego charakteru.

W ubezpieczeniu osobowym (art. 829 k.c.) ochrona polega na wypłacie określonej sumy pieniężnej w razie zajścia w życiu osoby ubezpieczonej przewidzianego w umowie wypadku. W umowie ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zwłaszcza takiej, w której dominuje element inwestycyjny, suma ubezpieczenia może być oznaczona z odwołaniem się do czynników, na podstawie których zostanie wyliczona; może ona w szczególności odpowiadać wartości zgromadzonych jednostek funduszu. Zarzut naruszenia przez Sąd Apelacyjny art. 829 § 2 k.c. w związku z oceną postanowień umowy łączącej strony w zakresie, w jakim określona w niej została suma ubezpieczenia nie znajduje zatem uzasadnienia.

W art. 13 ust. 4 u.d.u. ustawodawca wymienił elementy obligatoryjne, które zakład ubezpieczeń jest obowiązany określić lub zawrzeć w umowach ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a w pkt 4 wymienionym przez skarżącego w ramach podstaw skargi kasacyjnej w powiązaniu z art. 36 i pkt A ppkt a 12 załącznika Dyrektywy 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 5 listopada 2002 r. dotyczącej ubezpieczeń na życie, wskazał na zasady i terminy wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Sąd Apelacyjny trafnie wskazał, że art. 13 ust. 4 u.d.u. ma charakter ramowy, a szczegółowe kwestie objęte jego regulacją wynikają z warunków umów i regulaminów funduszy. W kontekście umowy ocenianej w sprawie Sąd Apelacyjny stwierdził, że powodowi zostały wydane wszystkie dokumenty, na podstawie których mógł pozyskać wiedzę o szczegółach stosunku prawnego, który nawiązuje z pozwanym. Gdy chodzi o sposób lokowania kapitału, to ten został szczegółowo przedstawiony w § 4, 5 i 6 regulaminu funduszu. Sąd Apelacyjny przytoczył przepisy regulujące działanie zakładu ubezpieczeń i mające zastosowanie przy

dokonywaniu wyceny, ale także wskazał miejsce, w którym powód na bieżąco mógł pozyskać informacje o wartości indeksu decydującego o wycenach.

Trafnie wprowadzie powód zauważył, że Sąd Apelacyjny nie poczynił ustaleń na temat tego, czy >>pozwany inwestował środki pieniężne w deklarowane w umowie instrumenty „obligacje” i czy zamiast tego nabywał hybrydowy produkt i wprowadzał w błąd Komisję Nadzoru Finansowego odnośnie okoliczności, że rejestrowane obligacje strukturyzowane są „płynnym instrumentem na rynku”, podczas gdy nie są one notowane na żadnym publicznym rynku<<, ale okoliczności te, gdyby wystąpiły, to miałyby znaczenie dla oceny odpowiedzialności pozwanego za nienależyte wykonanie umowy, a nie dla oceny, czy umowa została ważnie zawarta. Sam powód przyznaje w kontekście zarzutu naruszenia art. 65 § 1 i 2 k.c. w związku z art. 385 § 2 k.c., że umowa uprawniała pozwanego do lokowania środków pieniężnych powoda w obligacje, które są ustawowo określonym i bezpiecznym aktywem finansowym.

Jak powiedziano już wyżej, Sąd Apelacyjny nie ocenił roszczenia powoda w kontekście przepisów o niedozwolonych praktykach rynkowych.

Mając powyższe na uwadze, z uwagi na zasadne podniesienie wskazanych wyżej zarzutów naruszenia prawa procesowego, orzeczono jak w sentencji.

jw