



WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 marca 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Władysław Pawlak (przewodniczący, sprawozdawca)

SSN Roman Trzaskowski

SSN Dariusz Zawistowski

w sprawie z powództwa B. P.
przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń spółce akcyjnej w W.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym 8 marca 2023 r.
w Izbie Cywilnej w Warszawie,
skargi kasacyjnej pozwanej
od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie
z 25 listopada 2020 r., sygn. akt V Ca 2438/19,

oddala skargę kasacyjną.

UZASADNIENIE

Powódka B. P. domagała się zasądzenia na jej rzecz od pozwanych Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. w W. i T. S.A. w W. solidarnie kwoty 70 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 13 czerwca 2015 r. do dnia zapłaty, względnie z zastrzeżeniem, że spełnienie świadczenia przez któregokolwiek z pozwanych w całości lub części zwalnia w tym zakresie z zobowiązania drugiego z nich.

Wyrokiem z dnia 19 lutego 2019 r. Sąd Rejonowy dla Warszawy-Mokotowa w Warszawie zasądził od pozwanego Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. w W. na rzecz powódki kwotę 19 863 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 13 sierpnia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r., a od dnia 1 stycznia 2016 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie do dnia zapłaty, zaś w pozostałym zakresie powództwo oddalił.

Sąd Rejonowy ustalił, że w dniu 12 czerwca 2012 r. powódka zawarła z pozwanym Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. w W. umowę ubezpieczenia na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „Ś.” (dalej: „umowa ubezpieczenia na życie z UFK”) na okres 10 lat i z tego tytułu wpłaciła jednorazową składkę w kwocie 70 000 zł, która podlegała alokacji w Fundusz Towarzystwu Ubezpieczeń, przy czym w każdym z pierwszych 6 miesięcy polisowych ubezpieczyciel pobierał opłatę transakcyjną w wysokości 4,73% wartości składki jednorazowej, która nie podlegała zwrotowi. Zawarcie umowy nastąpiło na skutek podpisania przez powódkę deklaracji przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej między T. sp. z o.o. sp. kom. a Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. w W.. Ponadto powódka złożyła wniosek o przystąpienie do promocji „Negocjator I” dla osób fizycznych, w ramach której wybrała wariant lokaty stabilnej na okres 12 miesięcy, oprocentowanej na 10% w Banku S.A. Tego rodzaju produkt finansowy stanowi połączenie terminowej lokaty bankowej z jednym z produktów inwestycyjnych. Powódka potwierdziła odbiór Warunków Ubezpieczenia wraz z załącznikami. Ponadto potwierdziła, że została poinformowana o ryzyku inwestycyjnym oraz, że pozwany ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne straty i utracone korzyści, które może ponieść ubezpieczony w wyniku podjętej przez niego decyzji o wyborze inwestycji.

Za środki finansowe pochodzące ze składki ubezpieczeniowej nabywane były udziały jednostkowe Funduszu ewidencjonowane na rachunku udziałów. Celem Funduszu było powiększanie wartości jego aktywów w wyniku wzrostu wartości lokat, a w szczególności ochrona 100% kwoty odpowiadającej składce jednorazowej na koniec okresu ubezpieczenia. Pozwane Towarzystwo Ubezpieczeniowe nie gwarantowało osiągnięcia tego celu inwestycyjnego. Środki Funduszu były lokowane w depozyty terminowe, instrument pochodny oraz środki pieniężne.

Przed zawarciem umowy powódka rozmawiała z doradcą T., z którym podczas pierwszego spotkania omawiany był temat jej potrzeb i wymagań inwestycyjnych. Powódka chciała zainwestować pieniądze tak, aby zapewnić sobie stały zysk, a w razie konieczności mogła wycofać pieniądze. Doradca zaproponował łączoną ofertę - umowę ubezpieczenia na życie z UFK oraz lokatę terminową z preferencyjnymi warunkami oprocentowania wynoszącymi 10%, podczas gdy standardowe lokaty bankowe miały oprocentowanie w wysokości ok. 4,5%. Warunkiem uzyskania promocyjnego oprocentowania na lokacie było jednoczesne zawarcie umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Wcześniej powódka samodzielnie inwestowała pieniądze z pozytywnym skutkiem, grała też na giełdzie.

Przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia lub dożycie przez niego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia. W przypadku śmierci ubezpieczonego suma ubezpieczenia wyniosła 100 zł plus wartość rachunku udziałów.

Z tytułu opłaty transakcyjnej pozwany ubezpieczyciel pobrał łącznie kwotę 19 866 zł.

Bezkosztowa rezygnacja z umowy była możliwa do 4 dnia roboczego po zakończeniu okresu subskrypcji. Natomiast rezygnacja w późniejszym terminie była realizowana za pośrednictwem dyspozycji całkowitej wypłaty wartości wykupu, która zgodnie z zapisami Tabeli Opłat i Limitów stanowi określony procent wartości rachunku udziałów: w 1 miesiącu polisowym 74,1%, w drugim 77,8%, w trzecim 82,1%, w czwartym 87,1%, w piątym 93 %, a od szóstego 100%. W informacjach udzielonych powódce znalazła się symulacja średniorocznego zysku indeksu na poziomie 9,63% (dane za okres od 28 grudnia 2001 r. do 30 grudnia 2011 r.), przy czym wskazano, że wynik ten nie jest gwarancją osiągnięcia podobnych wyników w przyszłości.

Zgodnie z Warunkami Ubezpieczenia ubezpieczony miał prawo do wartości wykupu w każdym czasie trwania ubezpieczenia i złożenie dyspozycji wypłaty wartości wykupu oznaczało rezygnację z ubezpieczenia. Wartość wykupu stanowiła iloczyn wartości rachunku udziałów oraz stawki procentowej wartości rachunku udziałów właściwej dla miesiąca polisowego, w którym nastąpił koniec okresu

ubezpieczenia, określonej w Tabeli Opłat i Limitów, skorygowany o opłatę za ryzyko należną ubezpieczycielowi.

Według postanowień Regulaminu Funduszu wartość aktywów netto Funduszu jest wyceniana w sposób pozwalający na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, a do wyceny tej stosuje się metody i zasady wyceny instrumentów finansowych, które są wykorzystywane na rynku i pozwalają na odzwierciedlenie realnej wartości rynkowej tych aktywów przy zastosowaniu wyceny godziwej.

Pismem z dnia 4 czerwca 2013 r. powódka została poinformowana, że wartość rachunku udziałów i wartość wykupu polisy wyniosła 40 442,58 zł, w związku z pobraniem opłaty transakcyjnej. W kolejnym piśmie z dnia 17 lipca 2014 r. ubezpieczyciel podał, że wartość wykupu polisy wynosi 40 228,86 zł. Następnie pismem z dnia 5 lutego 2015 r. powódka wezwała pozwanych do zapłaty w terminie 7 dni kwoty 70 000 zł, składając oświadczenie o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli o przystąpieniu do ubezpieczenia, z uwagi na działanie pod wpływem błędu wywołanego przez pośrednika, który przed zawarciem umowy nie przedstawił jej rzetelnie charakter tej umowy wywołując mylne przeświadczenie, iż ma ona do czynienia z produktem podobnym do lokaty bankowej, a w szczególności, że w każdej chwili i bez straty będzie mogła wycofać zainwestowane środki pieniężne.

W ocenie Sądu Rejonowego nie zasługiwał na uwzględnienie podniesiony przez powódkę zarzut nieważności umowy ubezpieczenia na życie z UFK ze względu na jej sprzeczność z istotą stosunku zobowiązaniowego, a także z powodu niejasnego sposobu ustalania wyceny jednostek funduszu. Sąd pierwszej instancji wskazał, że dopuszczalność zawierania tego rodzaju umów przewidywała wówczas obowiązująca ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (jedn. tekst: Dz. U. z 2015 r., poz. 1206 ze zm.; dalej: „u.d.u.”), która w art. 13 ust. 4 określa jej obligatoryjne elementy. Jest to umowa mieszana z elementami klasycznego modelu umowy ubezpieczenia na życie i postanowieniami, których celem jest inwestowanie. Charakterystycznym elementem w takich umowach jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, tj. wydzielony fundusz aktywów stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony

w umowie ubezpieczenia. Przewidziana umową ochrona ubezpieczeniowa ma z uwagi na sumę ubezpieczenia wymiar symboliczny, natomiast dominuje w niej aspekt kapitałowy, co oznacza, że celem umowy jest istnienie długotrwałego stabilnego stosunku prawnego łączącego strony w celu gromadzenia jak najwyższego kapitału i wygenerowanie najlepszego efektu ekonomicznego dla ubezpieczonego, co również zapewnia ubezpieczycielowi określone korzyści.

Według Sądu pierwszej instancji Warunki Ubezpieczenia w zakresie ustalania wysokości świadczeń były zrozumiałe i jednoznaczne oraz spełniały wymogi określone w art. 13 ust. 4 u.d.u. W Warunkach Ubezpieczenia oraz w Regulaminie Funduszu, stanowiących składnik umowy ubezpieczenia na życie z UFK, określona została strategia inwestycyjna, a także zasady umarzania jednostek. Żaden przepis nie wymaga natomiast, aby umowa wskazywała szczegółową metodologię wyliczeń wartości jednostek funduszu, w szczególności w sposób umożliwiający samodzielną weryfikację wyliczeń przez konsumenta.

Oceniając oświadczenie powódki o uchyleniu się od skutków prawnych oświadczenia woli o przystąpieniu do umowy ubezpieczenia na życie z UFK, jako złożonego pod wpływem błędu, Sąd Rejonowy wyjaśnił, że uprawnienie powódki w tym zakresie wygasło wskutek upływu terminu przewidzianego w art. 88 § 2 k.c. bowiem już w 2013 r. miała wiedzę na temat wartości rachunku.

Sąd pierwszej instancji nie dopatrywał się stosowania przez pozwanego ubezpieczyciela niedozwolonych praktyk rynkowych w rozumieniu ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (jedn. tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 2070), polegających na wprowadzaniu w błąd konsumentów co do istotnych cech ubezpieczenia na skutek przekazywania nierzetelnych informacji. Powódka została poinformowana, że wartość rachunku udziałów może ulegać znacznym wahaniom i może być znacząco niższa niż kwota wpłacona, a ponadto że z tym produktem wiąże się ryzyko niewywiązania się przez emitenta instrumentów finansowych wchodzących w skład produktu z zobowiązań z wynikających z nich płatności. Była też informowana, iż ten produkt finansowy nie jest lokatą bankową i nie gwarantuje osiągnięcia zysku na podstawie wcześniejszych danych o wynikach funduszu tj. zysku na poziomie 9,63% rocznie.

Za abuzywne w rozumieniu art. 385¹§ 1 k.c. Sąd Rejonowy uznał postanowienia umowne dotyczące tzw. opłaty transakcyjnej, którą pozwany ubezpieczyciel pobrał w kwocie 19 866 zł, gdyż ubezpieczyciel nie wyjaśnił na jaki cel środki z tego tytułu były przeznaczone, zwłaszcza, że opłata ta stanowiła 30% uiszczanej przez powódkę składki.

W ocenie Sądu Rejonowego powództwo w stosunku do drugiego z pozwanych T. S.A. podlegało oddaleniu w całości, a to z uwagi na brak spełnienia przesłanek odpowiedzialności za szkodę powódki.

Apelacje wywiodła powódka i pozwany Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. w W.. Powódka zaskarżyła wyrok Sądu Rejonowego w części oddalającej powództwo ponad kwotę 19 863 zł, zaś pozwany w części uwzględniającej powództwo.

Sąd Okręgowy w Warszawie zmienił wyrok Sądu pierwszej instancji podwyższając zasądzoną kwotę do kwoty 70 000 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 13 sierpnia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r., a od dnia 1 stycznia 2016 r. z ustawowymi odsetkami za opóźnienie do dnia zapłaty. W pozostałym zakresie oddalił apelację powódki i w całości apelację pozwanego.

Sąd drugiej instancji uznał, że nie tylko postanowienia umowy ubezpieczenia na życie z UFK, dotyczące pobranej opłaty transakcyjnej, ale cała ta umowa jest nieważna, a to z powodu sprzeczności z właściwością stosunku zobowiązaniowego oraz zasadami współżycia społecznego (art. 353¹ k.c. w zw. z art. 58 k.c.). Sprzeczność z istotą stosunku zobowiązaniowego wynika z przerzucenia na ubezpieczonego wszystkich obowiązków związanych z ponoszeniem ryzyka, a tym samym godzi w zasadę równości stron oraz uczciwego obrotu i zasadę działania w dobrej wierze. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych. Zdaniem Sądu odwoławczego w stanie faktycznym sprawy umowa ubezpieczenia grupowego na życie z UFK nie realizuje podstawowego celu umowy ubezpieczenia, którym jest przejęcie przez ubezpieczyciela ryzyka związanego z zajściem określonego zdarzenia w życiu ubezpieczonego. W umowie tej nie można bowiem w sposób

jednoznaczny określić świadczenia pozwanego w razie zajścia określonego zdarzenia ubezpieczeniowego, co powoduje, że trudno jest upatrywać w niej elementu ochronnego. W świetle postanowień tej umowy dotyczących ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia lub dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia okresu ubezpieczenia oraz sposobu wyliczenia świadczenia z tego tytułu, pozwany ubezpieczyciel nie ponosił ryzyka, co pozostaje w sprzeczności z istotą umowy ubezpieczenia. W przypadku bowiem śmierci ubezpieczonego odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczała się do zapłaty kwoty 100 zł ponad wartość rachunku udziałów, a zatem obciążenie ubezpieczyciela z tego tytułu było iluzoryczne. Z kolei całe ryzyko inwestycji kapitałowej ponosił ubezpieczony, przy czym skutek regulacji odnośnie do świadczenia z tytułu wykupu ubezpieczyciel tworzy takie rozwiązanie umowne, które skłania ubezpieczonego do inwestowania przez cały okres objęty umową bez względu na efekt tej inwestycji. Korzyść z takiego rozwiązania odnosi wyłącznie ubezpieczyciel, który poprzez tego rodzaju umowy zabezpiecza sobie dopływ kapitału, a przyjęcie konwencji umowy ubezpieczenia pozwala mu na obejście wymogów dla prowadzenia działalności maklerskiej określonych przepisami ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi. Poza tym wskazany w Warunkach Ubezpieczenia sposób wyliczania świadczenia należnego ubezpieczonemu zawiera szereg definicji, które utrudniają zrozumienie tej regulacji. Suma ubezpieczenia na wypadek zgonu powódki obliczana jest według wzoru, który wymaga ustalenia nie tylko wartości składki zainwestowanej, ale również i liczby oraz wartości jednostek uczestnictwa funduszu w dacie śmierci ubezpieczonego, a z kolei suma ubezpieczenia w razie dożycia przez ubezpieczonego ostatniego okresu ubezpieczenia obliczana jest według wzoru, który stanowi wartość rachunku udziałów określoną według wartości udziału jednostkowego z ostatniego dnia okresu ubezpieczenia. Również w zakresie, w jakim umowa przewidywała alokację środków, nie można uznać, aby określała elementy przedmiotowo istotne tzw. części inwestycyjnej, co powoduje, że i w tym obszarze jest ona nieważna. Środki wpłacone przez powódkę miały być alokowane w UFK, a z Regulaminu Funduszu nie wynika na jakich zasadach mogą być alokowane, jaka ich ilość może być alokowana i na jakiej zasadzie środki wpłacone przez powódkę będą rozliczane i zarazem w części kapitałowej jej zwrócone.

Ponadto z treści umowy nie sposób ustalić, która część składki przeznaczona jest na ubezpieczenia, a która na element inwestycyjny. W konsekwencji brak poinformowania powódki w postanowieniach Warunków Ubezpieczenia i Regulaminu Funduszu o metodologii wyceny udziałów funduszu kapitałowego czyniło ubezpieczenie, do którego przystąpiła powódka, sprzecznym z naturą stosunku zobowiązaniowego i zasadami współżycia społecznego, a tym samym realizowało roszczenie powódki o zwrot nienależnego świadczenia na podstawie art. 410 § 2 k.c. w zw. z art. 353¹ k.c. i art. 58 k.c.

W skardze kasacyjnej pozwany Towarzystwu Ubezpieczeń S.A. w W. zaskarżając wyrok Sądu Okręgowego w części orzekającej na jego niekorzyść wniósł o uchylenie tego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania. Zarzucił naruszenie: 1) prawa procesowego tj. art. 387 § 2¹ k.p.c. przez sporządzenie uzasadnienia wyroku w sposób sprzeczny z wymogami tego przepisu, a w szczególności brak uzasadnienia w zakresie oceny, jakoby umowa ubezpieczenia na życie z UFK nie precyzowała w sposób dostateczny zasad wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz zasad wyceny jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, a także wyceny tych udziałów, podczas gdy zawarta przez strony umowa w powyższym zakresie czyni zadość art. 13 ust. 4 i 5 u.d.u.; 2) prawa materialnego, tj. art. 805 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 2 pkt 13 oraz art. 13 ust. 4 i 5 u.d.u. w zw. z art. 353¹ k.c. i art. 58 k.c. przez przyjęcie, iż właściwość (natura) umowy ubezpieczenia na życie z UFK była tożsama z właściwością typowej (klasycznej) umowy ubezpieczenia na życie, w szczególności, że właściwość umowy ubezpieczenia na życie z UFK polegała na udzielaniu przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej na istotnym poziomie na wypadek ryzyka zajścia określonego w umowie wypadku, podczas gdy taka umowa jest umową mieszaną i jej właściwość należy oceniać autonomicznie, a właściwość ta jest wyznaczona przede wszystkim przez inwestycyjny (oszczędnościowy) charakter tej umowy, a nie funkcję ochronną, które to naruszenie skutkowało błędnym uznaniem zawartej umowy za nieważną z powodu jej rzekomej sprzeczności z właściwością umowy ubezpieczenia i zasadami współżycia społecznego; art. 805 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. 2 pkt 13 oraz art. 13 ust. 4 i 5 u.d.u. przez przyjęcie, iż umowa ubezpieczania z UFK powinna określać szczegółowo

metodologię wyceny funduszu stanowiącego podstawę określenia świadczenia zakładu ubezpieczeń (w szczególności wartości rachunku udziałów), podczas gdy z przytoczonych przepisów interpretowanych z uwzględnieniem szczególnego charakteru prawnego (istoty) tego typu umowy wynika, że wystarczające jest, aby określała ona zasady, które pozwolą w sposób jednoznaczny i obiektywny ustalić wysokość należnego świadczenia zakładu ubezpieczeń w momencie jego spełnienia; art. 65 k.c. w zw. z art. 13 ust. 4 i 5 u.d.u. i art. 58 k.c. wskutek dokonania błędnej wykładni zawartej między stronami umowy ubezpieczenia na życie z UFK przez przyjęcie, że umowa ta nie określała zasad alokowania składki ubezpieczeniowej w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz zasad wyceny tych jednostek, a wartość świadczenia zakładu ubezpieczeń określała w sposób nieprecyzyjny i arbitralny, co skutkowało błędnym uznaniem, iż umowa jest nieważna, podczas gdy umowa ta określała zasady ustalania wysokości świadczeń pozwanego w tym zasady alokowania składki w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz zasady ich wyceny w sposób dostatecznie precyzyjny i jednoznaczny, wskazując podstawy do ustalenia wysokości tych świadczeń, które poddają się obiektywnej weryfikacji na każdy dzień wyceny, w oparciu chociażby o księgi i dokumenty księgowe prezentujące wartość poszczególnych aktywów (np. sald depozytów), co definitywnie wyłącza możliwość dowolnego kształtowania przez pozwanego wysokości świadczeń przysługujących ubezpieczonemu z tytułu tej umowy.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

1. Pomimo zawartego w skardze kasacyjnej wniosku o rozpoznanie jej na rozprawie, ostatecznie rozpoznanie jej nastąpiło na posiedzeniu niejawnym. Zgodnie bowiem z art. 15zzs⁷ ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID - 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (dalej: „ustawa covidowa”) - w wersji obowiązującej od dnia 3 lipca 2021 r. - (por. art. 4 ustawy z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania cywilnego oraz niektórych innych ustaw, Dz. U. poz. 1090), w okresie obowiązywania stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii ogłoszonego z powodu COVID - 19 oraz w ciągu roku od odwołania ostatniego z nich Sąd Najwyższy nie jest związany

wnioskiem skarżącego o rozpoznanie skargi kasacyjnej na rozprawie również w przypadku występowania w sprawie istotnego zagadnienia prawnego, bez względu na datę wniesienia skargi, przy czym przepisu art. 15zzs¹ ust. 1 pkt 3 ustawy covidowej nie stosuje się.

2. Odnosząc się do zarzutu naruszenia art. 387 § 2¹ k.p.c. należy w pierwszej kolejności wskazać, że w orzecznictwie na gruncie poprzedniego stanu prawnego (art. 328 § 2 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. w brzmieniu przed nowelizacją kodeksu postępowania cywilnego ustawą z dnia 4 lipca 2019 r., Dz. U. poz. 1469 ze zm) wyjaśniono, iż uchybienie temu przepisowi może wyjątkowo stanowić usprawiedliwioną podstawę kasacyjną wtedy, gdy skutek uchybienia wymaganiom stawianym uzasadnieniu, zaskarżone orzeczenie nie poddaje się kontroli kasacyjnej. Zatem nie każde uchybienie w zakresie konstrukcji uzasadnienia sądu drugiej instancji może stanowić podstawę dla skutecznego podniesienia zarzutu kasacyjnego, lecz tylko takie, które uniemożliwia Sądowi Najwyższemu przeprowadzenie kontroli prawidłowości orzeczenia (zob. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 7 października 2005 r., IV CK 122/05 nie publ., z dnia 28 listopada 2007 r., V CSK 288/07, nie publ, z dnia 21 lutego 2008 r., III CSK 264/07, OSNC - ZD 2008 Nr D, poz. 118, postanowienie z dnia 23 lipca 2015 r., I CSK 654/14, nie publ.).

Wbrew jednak stanowisku skarżącego uzasadnienie zaskarżonego orzeczenia w zakresie podstawy prawnej nie uniemożliwia przeprowadzenia kontroli kasacyjnej. Sąd drugiej instancji wskazał powody, które zadecydowały o tezie, iż sporna umowa ubezpieczenia na życie z UFK nie precyzowała w sposób dostateczny zasad wyceny jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz zasad wyceny tych udziałów.

3. Bezspornym jest, że powódka przystępując do umowy ubezpieczenia grupowego na życie z UFK miała status konsumenta, a zatem podlegała ochronie prawnej takiej, jak każdy inny konsument niezależnie od konstrukcji prawnej umowy ubezpieczenia, do której przystąpiła, co wynika z art. 809 § 5 k.c., który nie różnicuje zakresu ochrony konsumentów od tego, jaki rodzaj umowy ubezpieczeniowej z ich udziałem został zawarty.

Zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszają jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Zgodnie z art. 385¹ § 2 k.c. niedozwolone postanowienie umowne nie wiąże konsumenta, co uzasadnia jego bezskuteczność od samego początku, którą sąd uwzględnia z urzędu (por. wyroki Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej z dnia 26 października 2006 r., C - 243/08, w sprawie E. M. Mostaza Claro przeciwko Centro Movil Millenium, i z dnia 1 października 2015 r., C - 348/14, w sprawie M. Bucura przeciwko S.C. Bancpost SA; uchwała Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 2007 r., III CZP 62/07, OSNC 2008, nr 7-8, poz. 87, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 maja 2014 r., III CSK 204/13, nie publ.).

W świetle art. 385¹ § 1 k.c. postanowienie umowne jest sprzeczne z dobrymi obyczajami, jeżeli kontrahent konsumenta, traktujący go w sposób sprawiedliwy, słuszny i uwzględniający jego prawnie uzasadnione roszczenia, nie mógłby racjonalnie spodziewać się, iż konsument ten przyjąłby takie postanowienie w drodze negocjacji indywidualnych. Natomiast w celu ustalenia, czy klauzula rażąco narusza interesy konsumenta, należy wziąć przede wszystkim pod uwagę, czy pogarsza ona jego położenie prawne w stosunku do tego, które, w braku odmiennej umowy, wynikałoby z przepisów prawa, w tym dyspozytywnych (por. uzasadnienie uchwały składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 20 czerwca 2018 r., III CZP 29/17, OSNC 2019, nr 1, poz. 2). Rażące naruszenie interesów konsumenta oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję, na niekorzyść konsumenta praw i obowiązków wynikających z umowy, skutkujące niekorzystnym ukształtowaniem jego sytuacji ekonomicznej oraz jego nierzetelne traktowanie (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 3 lutego 2006 r., I CK 297/05, nie publ., z dnia 15 stycznia 2016 r., I CSK 125/15, OSNC - ZD 2017 , nr 1, poz. 9; z dnia 27 listopada 2015 r., I CSK 945/14, nie publ., z dnia 30 września 2015 r., I CSK 800/14, nie publ., z dnia 29 sierpnia 2013 r. I CSK 660/12, nie publ.).

W najnowszym orzecznictwie Sądu Najwyższego zwrócono uwagę, że art. 385¹ i n. stanowią rdzeń systemu ochrony konsumenta przed wykorzystaniem przez przedsiębiorców silniejszej pozycji kontraktowej, związanej z możliwością jednostronnego kształtowania treści wiążących strony postanowień, w celu zastrzegania klauzul niekorzystnych dla konsumenta i wprowadzają instrument wzmożonej - względem zasad ogólnych (w tym art. 353¹ k.c.) - kontroli treści postanowień narzuconych przez przedsiębiorcę, pod kątem poszanowania interesów konsumentów, a także szczególną - w stosunku do zasad ogólnych (art. 58 § 1 k.c.) - sankcję mającą niwelować niekorzystne skutki zastosowania klauzul abuzywnych. Dlatego też w zakresie naruszeń właściwości (natury) stosunku prawnego, które spełniają przesłanki określone w art. 385¹ i n. k.c., reżim niedozwolonych postanowień umownych wyłącza zastosowanie art. 58 § 1 k.c. w zw. z art. 353¹ k.c.

Sądy obu instancji przedstawiły miarodajne przepisy oraz orzecznictwo Sądu Najwyższego, w świetle których nie budzi wątpliwości, że umowy ubezpieczenia na życie z UFK są dopuszczalne przez prawo. Nie oznacza to jednak, że w konkretnym stanie faktycznym, ze względu na: niedochowanie przez przedsiębiorcę w stosunku do konsumenta obowiązków informacyjnych; brak przejrzystości zapisów umownych i wadliwy rozkład pomiędzy stronami takich umów praw i obowiązków, umowy ubezpieczenia na życie z UFK będą wiązały konsumentów. Należy zauważyć, że formalne spełnienie wymogów umowy ubezpieczenia na życie z UFK przewidzianych w art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (która ma zastosowanie w tej sprawie z uwagi na datę zawarcia umowy), nie eliminuje konieczności badania postanowień takich umów w oparciu o art. 385¹ § 1 i n. k.c. Należy podkreślić, że do istoty umowy ubezpieczenia na życie z UFK należą postanowienia, iż przynajmniej część środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych będzie alokowana w jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, tj. tworzonego z tych składek wydzielonego funduszu aktywów, inwestowanego zgodnie z umową i zarządzanego przez ubezpieczyciela, przy czym koniecznym elementem takiej umowy, obok obowiązku świadczeń z tytułu ubezpieczenia na życie, jest możliwość wykupu ubezpieczenia przez ubezpieczonego (art. 13 ust. 4 pkt 2 u.d.u.).

Według postanowień Regulaminu Funduszu wartość aktywów netto Funduszu jest wyceniana w sposób pozwalający na rzetelne odzwierciedlenie ich wartości, a do wyceny tej stosuje się metody i zasady wyceny instrumentów finansowych, które są stosowane na rynku i pozwalają na odzwierciedlenie realnej wartości rynkowej tych aktywów przy zastosowaniu wyceny godziwej. Środki funduszu były lokowane w depozyty terminowe, instrument pochodny oraz środki pieniężne (§ 4 ust. 3, k. 102).

Zgodnie z § 19 ust. 1 i 2 oraz § 20, wydanego na podstawie upoważnienia zawartego w art. 81 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (jedn. tekst: Dz. U. z 2023 r. poz. 120; dalej: „u.r.”) i obowiązującego w czasie przystąpienia powódki do ubezpieczenia grupowego na życie z UFK rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz. U. Nr 226, poz. 1825) zakład ubezpieczeń oraz zakład reasekuracji dokonują, z zachowaniem zasady ostrożności, wyceny lokat na dzień bilansowy aktywów finansowych przeznaczonych do obrotu oraz aktywów finansowych dostępnych do sprzedaży, gdy możliwe jest ustalenie wartości godziwej w sposób wiarygodny - według wartości godziwej, a w przypadku lokat, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są one wyceniane przez zakład ubezpieczeń wykonujący działalność w dziale ubezpieczeń na życie według wartości godziwej. Zakład ubezpieczeń, zarządzając odpowiednio portfelami aktywów finansowych przeznaczonych do obrotu, utrzymywanych do terminu wymagalności, dostępnych do sprzedaży, uwzględnia w szczególności dotychczasowe i prognozowane wpływy i wydatki z tytułu prowadzonej działalności operacyjnej oraz działalności inwestycyjnej, terminy wymagalności zobowiązań wynikających z zawartych umów ubezpieczenia i umów reasekuracji czynnej, w oparciu o przyjętą przez zakład ubezpieczeń strategię inwestycyjną, a w przypadku ubezpieczeń grupy 3 działu I (załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej) w oparciu o zasady określone w regulaminie lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, o którym mowa w art. 13 ust. 4 pkt 3 u.d.u. Jak stanowi § 24 ust. 1 i 2 wydanego na podstawie upoważnienia zawartego w art. 81 u.r. rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 24 grudnia 2007 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości funduszy inwestycyjnych (Dz. U. Nr 249, poz. 1859 ze zm) za

wiarygodnie oszacowaną wartość godziwą składnika lokat uznaje się: 1) cenę z aktywnego rynku (poziom 1 hierarchii wartości godziwej); 2) w przypadku braku ceny, o której mowa w pkt 1, cenę otrzymaną przy zastosowaniu modelu wyceny, gdzie wszystkie znaczące dane wyjściowe są obserwowalne w sposób bezpośredni lub pośredni (poziom 2 hierarchii wartości godziwej); 3) w przypadku braku ceny, o której mowa w pkt 1 i 2, wartość godziwą ustaloną za pomocą modelu wyceny opartego o dane nieobserwowalne (poziom 3 hierarchii wartości). W przypadku gdy składnik lokat jest przedmiotem obrotu na więcej niż jednym aktywnym rynku, wartością godziwą jest kurs ustalony na rynku głównym, a podstawą wyboru rynku głównego są: 1) wolumen obrotu na danym składniku lokat lub 2) liczba zawartych transakcji na danym rynku lokat, lub 3) ilość danego składnika lokat wprowadzonego do obrotu na danym rynku, lub 4) kolejność wprowadzenia do obrotu, lub 5) możliwość dokonania przez fundusz transakcji na danym rynku.

W świetle art. 385¹ § 1 k.c. nie jest wystarczające wskazanie w umowie, że ryzyko ponosi konsument oraz odebranie od niego oświadczenia o standardowej treści, że został poinformowany o ponoszeniu ryzyka inwestycyjnego oraz przyjął je do wiadomości i je akceptuje. Przedkontraktowy obowiązek informacyjny w zakresie ryzyka inwestycyjnego powinien zostać wykonany w sposób jednoznacznie i zrozumiale unaoczniający konsumentowi, że tego rodzaju produkt ubezpieczeniowo-inwestycyjny (oszczędnościowy) jest bardzo ryzykowny. Warunki umowny ubezpieczenia na życie z UFK, które powodują skutek w postaci ponoszenia nieograniczonego ryzyka przez ubezpieczonego, mogą doprowadzić do powstania znaczącej nierównowagi wynikających z takiego stosunku prawnego praw i obowiązków stron ze szkodą dla konsumenta, jeśli przedsiębiorca nie mógłby racjonalnie oczekiwać, przestrzegając wymogu przejrzystości w stosunku do konsumenta, że ten konsument zaakceptowałby, w następstwie indywidualnych negocjacji, nieproporcjonalne ryzyko, które wynika z takich warunków.

4. Sąd drugiej instancji co do zasady trafnie uznał, iż stosunek prawny powstały pomiędzy powódką a pozwanym Towarzystwem Ubezpieczeniowym, na skutek złożenia przez powódkę deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego na życie z UFK, jest nieważny, z tym że nie z powodu sprzeczności z ogólnymi przepisami art. 58 § 1 i 2 w zw. z art. 353¹ k.c., lecz przez wzgląd na

szczególną regulację wynikającą z art. 385¹ § 1 i n. k.c. oraz art. 805 § 1 k.c. Dotyczy to przede wszystkim: - sprzeczności z istotą stosunku prawnego ubezpieczeniowego w postaci braku ponoszenia przez ubezpieczyciela ryzyka ubezpieczeniowego, o którym stanowi art. 805 § 1 k.c.; - znaczącej dysproporcji na niekorzyść powódki jako konsumenta w rozkładzie praw i obowiązków wynikających z ubezpieczenia na życie z UFK; - niewypelnienia przez ubezpieczyciela przedkontraktowych obowiązków informacyjnych nie tylko co do samego ryzyka związanego z tym produktem ubezpieczeniowo-inwestycyjnym, który został powiązany z produktem bankowym w postaci rocznej stabilnej lokaty bankowej, ale przede wszystkim jego zakresu, w sytuacji gdy to na konsumenta zostało przerzucone całe ryzyko ubezpieczeniowo-inwestycyjne; wprowadzenia do tej umowy komponentu w postaci opłacalnego na pierwszy rzut oka produktu bankowego, w kontekście zbyt ogólnej informacji o poziomie średniorocznego zysku indeksu w latach 2001-2011, które to elementy mogły wywołać u konsumenta mylne przekonanie co do możliwości osiągnięcia znaczącego zysku przy marginalizowaniu możliwej straty znacznych rozmiarów, zwłaszcza w przypadku rezygnacji z ubezpieczenia w trakcie umownego okresu ubezpieczeniowego.

Należy też zwrócić uwagę, że wprawdzie art. 385¹ § 1 k.c. przewiduje dwa wyłączenia, a mianowicie dotyczące postanowień określających główny przedmiot umowy oraz odnoszące się do relacji ceny i wynagrodzenia do dostarczonych w zamian towarów lub usług, ale w przypadku świadczeń głównych badanie adekwatności ceny lub wynagrodzenia do dostarczonych w zamian towarów lub usług jest wyłączone spod kontroli, chyba że postanowienia te nie zostały sformułowane jednoznacznie. Zatem jeśli postanowienia umowy dotyczące świadczeń głównych nie zostały sformułowane jednoznacznie, względnie nie wynika z nich za co konkretnie zostały przewidziane, sąd ma obowiązek dokonania ich kontroli z perspektywy abuzywności. W przypadku powódki świadczeniem głównym na rzecz pozwanego Towarzystwa Ubezpieczeniowego była składka w kwocie 70 000 zł, która miała być inwestowana i przez to powiększana, oraz z której pozwany miał prawo pobrać tzw. opłatę transakcyjną stanowiącą opłatę za ryzyko i koszty zarządzania tymi środkami, natomiast w odniesieniu do pozwanego Towarzystwa Ubezpieczeniowego takim świadczeniem była zapłata sumy pieniężnej

w przypadku jej zgonu w okresie trwania ubezpieczenia oraz dożycia przez nią ostatniego dnia trwania ubezpieczenia.

Umowa, do której powódka przystąpiła miała charakter mieszany tj. ubezpieczeniowy i inwestycyjny (oszczędnościowy), a zatem pozwany jako ubezpieczyciel miał prawo do składki ubezpieczeniowej w związku z koniecznością zapewnienia powódce ochrony. Jednak umowa w tym zakresie została ukształtowana w taki sposób, że tego celu w rzeczywistości nie realizowała. Według postanowień umowy w przypadku zgonu powódki w okresie ubezpieczenia świadczenie strony pozwanej zostało określone jako suma kwoty 100 zł plus wartość rachunku udziałów (§ 16 ust. 1 w zw. z § 15 pkt 1 lit a Warunków Ubezpieczenia). Oznacza to, że gdyby do tego zdarzenia ubezpieczeniowego doszło na przykład w lipcu 2014 r., świadczenie strony pozwanej odpowiadałoby kwocie 40 328,86 zł, co zresztą potwierdza sam ubezpieczyciel (k. 48-49), a zatem niecałe 60% zainwestowanej składki. O możliwości wystąpienia aż tak znaczącej dysproporcji powódka nie była informowana. Określony umową sposób ustalania wysokości świadczenia strony pozwanej w razie zgonu ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia był tak skonstruowany, że w ogóle nie realizował celu ochronnego, który należy do istoty umowy ubezpieczenia na życie, gdyż nie przewidywał nawet możliwości uzyskania świadczenia co najmniej równego nominalnej kwocie wpłaconej składki ubezpieczeniowej. Brak realizacji przez taką umowę mieszaną jej komponentu ubezpieczeniowego podważa istotę całej umowy ubezpieczenia na życie z UFK. Ponadto wiek powódki (ur. 1951 r. k. 40) i stosunkowo krótki okres odpowiedzialności pozwanego (2012 - 2022, czyli 10 lat), w kontekście także średniego wieku życia kobiet w Polsce (wynoszącej prawie 80 lat), nie implikowały znacznego ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Tymczasem § 14 ust. 1 Warunków Ubezpieczenia zastrzegał na rzecz pozwanego Towarzystwa Ubezpieczeniowego prawo do pobierania opłaty transakcyjnej, obejmującej opłatę za ryzyko. Według załącznika nr 1 do Warunków Ubezpieczenia grupowego na życie i dożycie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym opłata za ryzyko była wliczona w opłatę transakcyjną i naliczana procentowo za cały okres ubezpieczenia od wartości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci i wynosiła 0,5% w każdym miesiącu polisowym, w którym opłata ta była pobierana (k. 101).

Niezależnie od tego trzeba też zauważyć, że w ramach drugiego aspektu tej umowy - inwestycyjnego, rozkład praw i obowiązków również nie jest sprawiedliwy, gdyż strona pozwana pobierając opłatę transakcyjną obejmującą nie tylko koszty ryzyka ubezpieczeniowego, ale i koszty zarządzania jednostkami uczestnictwa funduszu nie ponosiła jakiegokolwiek ryzyka związanego z nietrafnością swoich decyzji, a przez to brakowało bodźców wymuszających staranność i rozważność jej działań. Pozwane Towarzystwo Ubezpieczeniowe zastrzegło na swoją rzecz prawo - które zrealizowało - do pobrania w pierwszych sześciu miesiącach z uiszczonej przez powódkę kwoty 70 000 zł, kwoty prawie 20 000 zł (po 4,73% miesięcznie z 70 000 zł, czyli po 3 311 zł). Z tym było skorelowane postanowienie umowne uprawniające pozwane Towarzystwo Ubezpieczeniowe do zatrzymania w okresie pierwszych pięciu miesięcy ubezpieczenia części środków z rachunku udziałów na wypadek rezygnacji powódki z ubezpieczenia - odpowiednio w 1 miesiącu polisowym 74,1%, w drugim 77,8%, w trzecim 82,1%, w czwartym 87,1%, w piątym 93 %. Z powyższego wynika, że dodatkowe świadczenie na rzecz pozwanego Towarzystwa Ubezpieczeniowego, w razie rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia w pierwszych pięciu miesiącach, zostało tak skalkulowane, że miało zapewnić mu uzyskanie świadczenia w wysokości odpowiadającej co najmniej sumie opłaty transakcyjnej, pobieranej w pierwszych 6 miesiącach ubezpieczenia (za cały okres umowny wynoszący w stanie faktycznym sprawy 10 lat). Przykładowo w razie rezygnacji w pierwszym miesiącu trwania umowy pozwany był uprawniony do pobrania miesięcznej stawki tej opłaty tj. 4,73% z 70 000 zł, czyli 3 311 zł oraz 25,9% (100% - 74,1%) wartości rachunku udziałów, czyli przy wartości 70 000 zł byłoby to ok. 18 000 zł, tj. łącznie ponad 21 000 zł. Ustalenie takich współczynników przy rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia może świadczyć także i o tym, że ubezpieczyciel zakładał spadek wartości rachunku udziałów poniżej nominalnej kwoty 70 000 zł wpłaconej przez powódkę jednorazowo przy przystąpieniu do umowy ubezpieczenia grupowego na życie z UFK, a zatem już w tak krótkim czasie brał pod uwagę brak sukcesu inwestycyjnego. Natomiast dla ubezpieczonego-konsumenta łączący go stosunek prawny nie przewidywał zabezpieczeń przed utratą zainwestowanych środków na wypadek rezygnacji z ubezpieczenia przed upływem końcowego okresu umownego.

Na dysproporcję w rozkładzie praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta wskazuje także okoliczność, że już po pierwszych 6 miesiącach ubezpieczenia ubezpieczyciel miał w dyspozycji kwotę 20 000 zł, którą mógł dowolnie dysponować i to na własne potrzeby, nie ponosząc jakiegokolwiek ryzyka ubezpieczeniowego (może tylko w zakresie kwoty 100 zł, jako zwiększającej sumę ubezpieczenia w stosunku do wartości rachunku udziałów w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie trwania ubezpieczenia) ani też jakiegokolwiek ryzyka inwestycyjnego, skoro zobowiązany był do wypłaty jedynie kwoty odpowiadającej wartości rachunku udziałów, natomiast przedmiotem dalszej inwestycji pozostaje jedynie kwota 50 000 zł, która zdecydowanie zmniejsza szanse na odzyskanie w pozostałym okresie ubezpieczenia nawet kwoty nominalnej (tj. 70 000 zł). Poza tym, taki sposób pobrania swojego świadczenia ze środków zainwestowanych przez konsumenta (w pierwszym półroczu trwania ubezpieczenia) jest z założenia nieproporcjonalny, skoro umowa miała trwać 10 lat, zaś wynagrodzenie w postaci tzw. opłaty transakcyjnej ubezpieczyciel pobierał nie z wypracowanych wskutek inwestycji środków finansowych konsumenta, lecz z nominalnej sumy zainwestowanych przez niego środków finansowych.

Stan faktyczny sprawy pokazuje, że już po pierwszym roku trwania umowy z zainwestowanej przez powódkę kwoty 70 000 zł została jedynie kwota 40 442,58 zł, a po dwóch latach kwota 40 228,86 zł (k. 48-49), a zatem uległa obniżeniu nie tylko o kwotę opłaty transakcyjnej (wspomniane 20 000 zł), ale o kolejne prawie 10 000 zł. Utrata już w ciągu pierwszego roku ponad 40% zainwestowanych środków jest bez wątpienia znaczącą stratą. Wprawdzie zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczyciel nie gwarantował zysku, ale z drugiej strony nie informował powódki o możliwości tak drastycznej utraty nominalnej wartości zainwestowanych środków finansowych. Wszak do istoty umowy ubezpieczenia na życie z UFK należało prawo ubezpieczonego do wykupu ubezpieczenia w każdym czasie. Oczywiście strona pozwana wskazywała, że jest to produkt o charakterze długoterminowym, ale nie wykazała, że po zakończeniu umowy ubezpieczenia, przy hipotetycznym założeniu jej trwania, wartość rachunku udziałów byłaby znacząco wyższa od stanu z lipca 2014 r. Nie wyjaśniła też jak to się stało, że informowała powódkę przed przystąpieniem do grupowego ubezpieczenia na życie z UFK

o średniorocznym zysku indeksu na poziomie 9,63% w okresie grudzień 2001-grudzień 2011, a tymczasem już w lipcu 2013 r., odliczając nawet kwotę pobranej opłaty transakcyjnej (70 000 zł - 20 000 zł = 50 000 zł), wartość rachunku udziałów spadła dodatkowo o ponad 9 500 zł (do 44 442,78 zł), czyli o 19%. (9 500 zł z kwoty 50 000 zł), tym bardziej, że w tym czasie nie wystąpiły w gospodarce i na giełdzie takie zjawiska, które wyjaśniałyby ten spadek w porównaniu do czasu przed 2011 r. zwłaszcza międzynarodowego kryzysu finansowego w 2008 r. Wprawdzie jak wynika z § 3 ust. 2 Regulaminu Funduszu celem Funduszu była ochrona 100% kwoty składki jednorazowej na koniec okresu ubezpieczenia (k. 51), ale i to nie było gwarantowane, co wynika z ust. 3 tego paragrafu Regulaminu Funduszu (k. 102). Świadek M. G. podał, że w praktyce ochrona ta mogła wynieść 50-70% kapitału (k. 364/2), czyli w przypadku powódki po 10 latach obowiązywania umowy i zainwestowaniu kwoty 70 000 zł mogłaby liczyć na zwrot jedynie kwoty 35 000 - 42 000 zł. Jeśli do tego dodać, że przez 9 i pół roku ubezpieczyciel dysponował na własne potrzeby kwotą 20 000 zł ze składki oraz poziom inflacyjny w ciągu 10 lat nieuczciwy dla konsumenta rozkład praw i obowiązków jawi się jako oczywisty i znaczący ekonomicznie.

Wadliwość w zakresie wypełnienia przez skarżącego przedkontraktowego obowiązku informacyjnego powódki o ryzyku i jego rozmiarze została spotęgowana, po pierwsze, wskutek informacji o średniorocznym zysku indeksu i przez uzależnienie zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego na życie z UFK od złożenia przez powódkę wniosku o przystąpienie do promocji „Negocjator I” dla osób fizycznych, w ramach którego wybrała terminową (roczną) lokatę stabilną dla osób fizycznych co do kwoty 70 000 zł na 10% w skali roku brutto (k. 44). Informacja co do średniorocznego zysku indeksu nie zawierała danych w poszczególnych latach (2001-2011), tak aby można było stwierdzić, czy występuje postępujący spadek czy też inna tendencja (k. 42). Gdyby bowiem na przykład 96,3 % zysk indeksu wystąpił w pierwszym roku, to przecież w pozostałych 9 latach przy 0 poziomie zysku i tak średnia roczna wyniosłaby 9,63%. Ubezpieczyciel przesłał natomiast powódce taki wykres, ale dopiero w trakcie umowy (k. 50-51). Z kolei powiązanie z umową ubezpieczenia na życie z UFK zachęcającej ze względu na wysokość (10%) oprocentowania rocznej lokaty bankowej służyło w istocie pozyskaniu powódki jako kontrahenta. W tym czasie na rynku finansowym nie było tak korzystnie

oprocentowanych lokat bankowych. Przy kwocie 70 000 zł roczne oprocentowanie przynosiło nominalny zysk w kwocie 7 000 zł minus 19% podatek od zysków kapitałowych (tzw. podatek Belki), co ostatecznie dawało kwotę 5 670 zł netto.

Z powyższych względów Sąd Najwyższy orzekł na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c.