



Sygn. akt II CSKP 583/22

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 8 lutego 2023 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marcin Łochowski (przewodniczący)
SSN Krzysztof Wesołowski (sprawozdawca)
SSN Mariusz Załucki

w sprawie z powództwa M. K.
przeciwko T. spółce akcyjnej w W.
o zapłatę,
po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym 8 lutego 2023 r.
w Izbie Cywilnej w Warszawie,
skargi kasacyjnej powoda
od wyroku Sądu Apelacyjnego we Wrocławiu
z 23 stycznia 2020 r., sygn. akt I ACa 1070/19,

**uchyla zaskarżony wyrok i przekazuje sprawę Sądowi
Apelacyjnemu we Wrocławiu do ponownego rozpoznania,
pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach
postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powód M. K. domagał się zasądzenia od pozwanego T. S.A. w W., po
rozszerzeniu powództwa, kwoty 339 175,50 zł (z odsetkami ustawowymi oraz

kosztami procesu).

Sąd Okręgowy we Wrocławiu wyrokiem z 27 marca 2019 r. zasądził od pozwanego kwotę 151 921,50 zł wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie (pkt I), oddalił powództwo w pozostałym zakresie (pkt II), oraz rozstrzygnął o kosztach procesu (pkt III). Sąd pierwszej instancji uznał, że powodowi należny jest zwrot kwot pobranych przez pozwanego jako ubezpieczyciela tytułem opłat likwidacyjnych na podstawie postanowień umownych o abuzywnym charakterze. Sąd pierwszej instancji oddalił natomiast powództwo w części, w jakiej powód żądał zwrotu opłat administracyjnych pobranych przez pozwanego.

Sąd Apelacyjny we Wrocławiu wyrokiem z 23 stycznia 2020 r. oddalił apelację powoda oraz zasądził od powoda zwrot kosztów postępowania apelacyjnego. Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne (po ich uzupełnieniu o niektóre postanowienia zawartej umowy) i przyjął za własną ocenę prawną Sądu Okręgowego.

Istotne z punktu widzenia skargi kasacyjnej ustalenia faktyczne są następujące:

Powód w lipcu 2009 r. przystąpił do dwóch umów ubezpieczenia na życie i dożycie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „P.”, potwierdzonych certyfikatem [...] (wysokość tzw. Składki Zainwestowanej 1 260 000 zł, wysokość składki pierwszej 252 000 zł, wysokość składki bieżącej 6608 zł) oraz certyfikatem [...] (wysokość tzw. Składki Zainwestowanej 1 012 500 zł, wysokość składki pierwszej 202 500 zł, wysokość składki bieżącej 5310 zł), przy czym w charakterze ubezpieczającego występował Bank S.A. w W..

Powód dokonał na rzecz pozwanego wpłat w łącznej wysokości 939 232 zł na polisę potwierdzoną certyfikatem [...] oraz 754 740 zł na polisę potwierdzoną certyfikatem [...].

Pismem z 23 marca 2018 r. powód wniósł o likwidację polis i zwrot całości kwoty wpłaconej tytułem składek.

Rachunek dla deklaracji [...] w dacie jego umorzenia posiadał wartość 676 877,96 zł. Powodowi 16 kwietnia 2018 r. została wypłacona kwota 609 190,16 zł.

Strona pozwana z tego rachunku pobrała opłatę likwidacyjną w wysokości 67 687,80 zł, która wynosiła 10% wartości rachunku. Dla deklaracji [...] w dacie umorzenia rachunek posiadał wartość 842 337,01 zł. Powodowi została wypłacona kwota 758 103,31 zł. Pozwany z tego rachunku pobrał opłatę likwidacyjną w wysokości 84 233,70 zł, która stanowiła 10% wartości rachunku.

Rozdział 1 Warunków Ubezpieczenia „P.” (dalej: „OWU”) przewidywał m.in., że:

- wartość aktywów netto oznacza wartość wszystkich aktywów Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego pomniejszonych o inne zobowiązania wynikające z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, ustalaną zgodnie z zasadami zawartymi w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „P.” (pkt 30),

- wartość jednostki uczestnictwa Funduszu stanowi wartość obliczana zgodnie ze wzorem: $WAU FK \div JUF$, gdzie $WAU FK$ to Wartość aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, a JUF to liczba wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu (pkt 31),

- wartość rachunku stanowi wartość obliczaną zgodnie ze wzorem $BLJUF * WJUF$, gdzie $BLJUF$ to bieżąca liczba jednostek uczestnictwa Funduszu znajdująca się na rachunku, a $WJUF$ to aktualna na dany dzień wartość jednostki uczestnictwa w Funduszu (pkt 32),

- zdarzenie ubezpieczeniowe oznacza zgon ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub dożycie przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności (pkt 34).

Zgodnie z rozdziałem 2 OWU przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez ubezpieczyciela ubezpieczonemu na wypadek zgonu ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela lub dożycia ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności. Ponadto celem ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych ubezpieczonego przy wykorzystaniu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego (dalej: „UFK”).

Zgodnie z Rozdziałem 3 OWU okres odpowiedzialności (okres ubezpieczenia) w stosunku do danego ubezpieczonego rozpoczyna się od 5 dnia roboczego po zakończeniu okresu subskrypcji, w którym klient przystąpił do ubezpieczenia, jeśli spełnione zostaną warunki określone w Rozdziale 4 i trwa przez 180 miesięcy lub kończy się z dniem zgonu ubezpieczonego, z dniem rezygnacji przez ubezpieczonego z ubezpieczenia, z dniem rozwiązania stosunku ubezpieczenia w przypadkach określonych w Rozdziale 5 pkt 7-8, w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.

Zgodnie z Rozdziałem 8 OWU ubezpieczyciel pobiera: opłatę administracyjną, w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko, oraz opłatę likwidacyjną (pkt 1). Opłata Administracyjna naliczana jest procentowo zgodnie z Tabelą Opłat i Limitów Składek od wartości Składki Zainwestowanej i pobierana jest miesięcznie ze Składki Bieżącej (pkt. 3).

Zgodnie z Rozdziałem 10 OWU w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel wypłaci ubezpieczonemu lub uprawnionemu świadczenie ubezpieczeniowe po pobraniu podatku, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa (pkt 1). Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wynosi 100 % wartości rachunku w dacie umorzenia (pkt 2). Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczonego obliczana jest według wzoru: $1\% * \text{składka zainwestowana} + (\text{liczba jednostek uczestnictwa Funduszu w dacie umorzenia} * \text{wartość jednostek uczestnictwa Funduszu w dacie zgonu ubezpieczonego})$.

Zgodnie z Rozdziałem 14 OWU klient w okresie subskrypcji lub ubezpieczony po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej może zrezygnować z ubezpieczenia z zachowaniem formy pisemnej (pkt 1). W razie rezygnacji ubezpieczonego z ubezpieczenia po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel w terminie 14 od dnia otrzymania oryginału oświadczenia w tym zakresie, wypłaca środki z tytułu całkowitego wykupu odpowiednio ubezpieczonemu, na rachunek bankowy wskazany przez niego w oświadczeniu o rezygnacji z ubezpieczenia (pkt 4). W przypadku całkowitego wykupu,

ubezpieczyciel wypłaca kwotę równą wartości rachunku pomniejszoną o opłatę likwidacyjną oraz stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych (w przypadku osiągnięcia dochodu z tytułu inwestowania składki pierwszej oraz składek bieżących – pkt 6).

Zgodnie z Regulaminem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „P.”, o treści na dzień zawarcia umowy z powodem, UFK powstaje ze Składek Pierwszych i Składek Bieżących, wpłacanych przez Ubezpieczonych po pomniejszeniu o Opłatę Administracyjną (§ 3 ust. 1). Celem UFK jest powiększenie wartości Aktywów tego Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat UFK. Jednocześnie Ubezpieczyciel nie gwarantował osiągnięcia tego celu inwestycyjnego (§ 3 ust. 2).

Aktywa netto UFK, będącego wydzieloną częścią aktywów Ubezpieczyciela (podzielone na Jednostki Uczestnictwa Funduszu), są wyceniane wg wartości rynkowej z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny. Środki tego Funduszu są lokowane w 100% w certyfikaty wyemitowane przez BNP [...]gwarantowane przez Bank, z których wypłata oparta jest na indeksie BNP [...]

W § 4 ust. 5 Regulaminu wskazano, że po zakończeniu okresu odpowiedzialności, certyfikaty gwarantują zwrot kwoty odpowiadającej Składce Zainwestowanej powiększonej o ewentualną dodatnią zmianę powyższego indeksu i wskazano wzór dla obliczenia Wartości Rachunku.

UFK podzielony jest na Jednostki Uczestnictwa Funduszu o jednakowej wartości. Jednostki Uczestnictwa Funduszu nabywane są za Składkę Pierwszą oraz Składki Bieżące po pomniejszeniu o Opłatę Administracyjną, alokowane w UFK. Nabyta liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu równa jest ilorazowi kwoty przekazywanej do UFK z tytułu opłacenia przez Ubezpieczonego Składki Pierwszej oraz Składek Bieżących po pomniejszeniu o Opłatę Administracyjną i wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu w Dacie nabycia. Wartość początkowa Jednostki Uczestnictwa Funduszu wynosi 200 zł. Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu zmienia się zgodnie ze zmianą Wartości aktywów netto UFK przypadających na Jednostkę Uczestnictwa Funduszu (§ 7 ust. 1-4).

Sąd Apelacyjny uznał, że sformułowania postanowień umownych dotyczących opłaty administracyjnej nie naruszają prawa powoda jako

konsumenta. Sąd odwoławczy podkreślił, że powód błędnie twierdzi, że wysokość pobranej opłaty administracyjnej ustalono na poziomie 15%, bowiem podstawą do naliczania wysokości opłaty administracyjnej jest składka zainwestowana i w przeliczeniu na cały okres ubezpieczenia opłata wyniosłaby jedynie 0,96% składki zainwestowanej w skali roku. Ponadto wysokość opłaty jest znana ubezpieczonemu z góry, jeszcze przed przystąpieniem do ubezpieczenia i nie może ulec podwyższeniu nawet w wypadku drastycznego podwyższenia kosztów obsługi ubezpieczenia.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego konstrukcja umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym została zawarta w zgodzie z art. 805 k.c., jak i art. 3 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej oraz, że brak podstaw do stwierdzenia jej nieważności na podstawie art. 58 § 1 k.c.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego nie sposób również uznać, aby w świetle treści umów, OWU oraz Regulaminu stanowiących integralną całość nie została przez pozwanego wskazana metoda wyceny aktywów zgromadzonych przez powoda i tym samym, aby nie można było ustalić wysokości należnego mu świadczenia w dacie zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego. W ocenie Sądu odwoławczego analiza treści cytowanych dokumentów, w szczególności zaś rozdziału 10 OWU i § 4 ust. 5 Regulaminu, pozwala na ustalenie na dzień zawarcia umowy, ile dokładnie wyniesie świadczenie należne powodowi w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego. Na podstawie treści warunków ubezpieczenia można w sposób jednoznaczny określić minimalne świadczenia, jakie zostaną wypłacone zarówno w przypadku zgonu, jak i dożycia do końca okresu ubezpieczenia, co wynika wprost z rozdziału 10 OWU oraz § 4 ust. 5 Regulaminu. Suma świadczenia wynosiłaby w przypadku powoda co najmniej równowartość zainwestowanych składek.

Sąd Apelacyjny wskazał, że sposób lokowania kapitału i obliczania wartości funduszu został szczegółowo przedstawiony w § 4, 5, 6 regulaminu UFK. W świetle przewidzianych tam kryteriów wyceny aktywów, niezasadne są jego zdaniem twierdzenia powoda, że ustalenie tych wartości przez ubezpieczyciela miało mieć

charakter dowolny, oderwany od mechanizmów rynkowych. Sąd Apelacyjny stwierdził też, że zasady inwestowania w fundusz nie zostały w sposób szczegółowy określone w art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Ustawodawca wskazał tam jedynie minimalny zakres informacji, które winna mieć umowa, a przepisy prawa zawierają szczegółowe zasady dokonywania wycen aktywów (zob. ustawę z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji, rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych). Tym samym nie jest możliwe dokonywanie wyceny przez ubezpieczyciela w sposób arbitralny.

Sąd Apelacyjny powołał się też na art. 13 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej który obliguje do dokonywania wyceny jednostek uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu, ogłaszania nie rzadziej niż raz w roku, w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim wartości jednostki UFK, ustalonej w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym jest dokonywane zgłoszenie oraz do sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań. Prawidłowość wyceny podlega weryfikacji przez organ nadzoru jakim jest Komisja Nadzoru Finansowego (art. 167 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej).

Sąd drugiej instancji zauważył też, że każdorazowo, aktualna wartość indeksu dostępna jest powszechnie na stronie internetowej serwisu B. Kod tego indeksu, pod jakim notowany jest ona na powyższym serwisie wskazany został w treści umowy. Sąd Apelacyjny przyznał jednak, że 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 (podobnie jak i banku) regulowana jest powołanymi powyżej przepisami prawa, co wyklucza dowolność działania i stanowi dodatkową gwarancję należytego wykonywania umowy. Zdaniem Sądu Apelacyjnego, okoliczność, że metodologia wyceny nie może zostać samodzielnie zweryfikowana przez powoda nie oznacza, że jest nieweryfikowalna w ogóle. Zmiana wartości indeksu wpływającego na wartość świadczenia należnego powodowi oddawała inwestycyjny charakter umowy, którego immanentną cechą jest ryzyko związane z osiągnięciem lub nieosiągnięciem zysku. Jako takie jest w pełni zgodne z naturą stosunku, którego stroną jest powód i który został przez niego dobrowolnie nawiązany. Stąd też ubezpieczenia z UFK, w części inwestycyjnej, wiążą się z tym ryzykiem. Skoro tak, to brak zagwarantowania przez ubezpieczyciela celu inwestycyjnego w postaci zysku nie może zostać uznany za sprzeczny z naturą tego stosunku. Nie można przy tym pominąć, zdaniem Sądu odwoławczego, treści § 4 ust. 5 Regulaminu, w którym zapewniono zwrot wartości nominalnej składki zainwestowanej.

Skargę kasacyjną od wyroku Sądu Apelacyjnego wniósł powód opierając ją na zarzutach naruszenia prawa materialnego, a mianowicie:

1) art. 385 § 2 i art. 385¹ § 1 k.c. przez ich błędną wykładnię, polegającą na przyjęciu, że konsument zawierając umowę na podstawie wzorca umownego związany jest treścią definicji słowa zawartej we wzorcu umownym i nie może opierać się na powszechnym znaczeniu tego słowa,

2) art. 805 § 1, art. 829 § 1 pkt 1 k.c. i art. 13 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej przez ich błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że pobierana przez ubezpieczyciela opłata administracyjna stanowi świadczenie główne stosunku umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;

3) art. 58 § 1, art. 353¹, art. 805 § 1, art. 829 § 1 k.c. przez ich błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że ważna, bo nieprzekraczająca zasady swobody umów, pozostaje umowa ubezpieczenia z inwestycyjnym funduszem kapitałowym, w której w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, jakim jest śmierć ubezpieczonego, wartość świadczenia ubezpieczyciela jest kształtowana

w oderwaniu od wartości pierwszej składki ubezpieczeniowej, gdy ta wielokrotnie przewyższa wartość świadczenia ubezpieczyciela, w konsekwencji czego ryzyko ubezpieczyciela zawiera się w wypłacie na rzecz ubezpieczającego jedynie kwoty 1% składki zainwestowanej.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Skarga kasacyjna co do zasady okazała się zasadna. Nie wszystkie jednak zarzuty skargi zasługują jednak na akceptację.

Nie jest uzasadniony zarzut naruszenia art. 58 § 1, art. 353¹, art. 805 § 1, art. 829 § 1 k.c., zamierzający do uznania zawartych pomiędzy stronami umów za nieważne.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego utrwalony jest pogląd, że zawieranie umów ubezpieczenia z funduszem kapitałowym jest wyraźnie dopuszczone przez ustawodawcę, skoro niektóre przedmiotowo istotne postanowienia i niektóre skutki prawne umów UFK są określone wprost w przepisach prawa, w tym tych obowiązujących w chwili zawarcia spornej umowy oraz przystąpienia do niej powoda, tj. w szczególności w ustawie o działalności ubezpieczeniowej (zob. uchwały SN: z 24 stycznia 2020 r., III CZP 51/19; z 10 sierpnia 2018 r., III CZP 13/18, III CZP 20/18, i III CZP 22/18, oraz wyrok z 25 lutego 2021 r., V CSKP 16/21). Nie oznacza to oczywiście, że każda umowa UFK jest wolna od wad, skoro niektóre z nich były zawierane w sposób naruszający zbiorowe interesy konsumentów nieuczciwymi praktykami rynkowymi (zob. np. wyrok SN z 23 października 2019 r., I NSK 66/18).

Sąd Najwyższy przyjmuje, że umowy UFK ukształtowane są na bazie konstrukcji umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, o której mowa w art. 808 k.c. Umowy takie mają z zasady charakter umów grupowych, ponieważ są zawierane między ubezpieczycielem a ubezpieczającym przedsiębiorcą w celu zaproponowania konsumentom przystąpienia do nich. W stosunku prawnym ukształtowanym na bazie umowy ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się – w myśl art. 829 § 2 k.c. – nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy konsument oświadczył, że chce skorzystać z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego przyjmuje się także, że umowy UFK polegają na tym, iż strony uzgadniają, że przynajmniej część składek będzie alokowana w jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Koniecznym elementem każdej takiej umowy – obok świadczeń ubezpieczeniowych – jest świadczenie inwestycyjne. (oszczędnościowe) związane z możliwością wykupu „ubezpieczenia”. O ile jednak składnik inwestycyjny (oszczędnościowy) umowy, oparty na udzielanym ubezpieczycielowi zleceniu zarządzania wniesionymi środkami i przekazywaniu uzyskanego z tego tytułu zysku, jawi się jako świadczenie główne, to nic nie stoi na przeszkodzie, aby upoważnienie do zarządzania składnikami inwestycji („zlecenie”) zawierało rozbudowane gwarancje dla konsumenta podejmowania przez niego ostatecznych decyzji inwestycyjnych (wyroki SN z 22 listopada 2017 r., IV CSK 61/17, i z 25 lutego 2021 r., V CSKP 16/21).

Prowadzi to do wniosku, że umowa UFK jest umową nienazwaną o charakterze mieszanym (zob. uchwały SN: z 24 stycznia 2020 r., III CZP 51/19; z 10 sierpnia 2018 r., III CZP 13/18, III CZP 20/18, i III CZP 22/18; wyroki SN z 28 marca 2018 r., V CSK 398/17, i z 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13). Z charakteru prawnego umowy „ubezpieczenia” z funduszem kapitałowym zawartej na cudzy rachunek wynika, że suma „ubezpieczenia” nie musi, a nawet nie może być określona kwotowo, ani wprost w oświadczeniu „ubezpieczonego”. Wystarczy, że suma „ubezpieczenia” zostanie oznaczona z odwołaniem się do czynników, na podstawie których zostanie wyliczona, o ile to odwołanie będzie jednoznaczne i transparentne; może ona w szczególności odpowiadać wartości zgromadzonych jednostek funduszu (zob. wyrok SN z 25 lutego 2021 r., V CSKP 16/21).

Dla oceny ważności umów, o których mowa nie bez znaczenia jest też okoliczność, że umowy UFK są szeroko stosowane w państwach członkowskich Unii Europejskiej, w konsekwencji zostały objęte harmonizacją dyrektywą 2002/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 listopada 2002 r. dotyczącą ubezpieczeń na życie (zob. wyroki TSUE: z 5 marca 2002 r., C-386/00, Axa Royale Belge SA przeciwko Georges Ochoa i Stratégie Finance SPRL; z 1 marca 2012 r., C-166/11, Ángel Lorenzo González Alonso przeciwko Nationale Nederlanden Vida Cía de Seguros y Reaseguros SAE; z 19 grudnia 2013 r., C-209/12, Walter Endress przeciwko Allianz Lebensversicherungs AG; z 26 marca 2015 r., C-556/13,

„Litaksa” UAB przeciwko „BTA Insurance Company” SE; z 29 kwietnia 2015 r., C-1/13, Nationale-Nederlanden Levensverzekering Mij NV przeciwko Hubertus Wilhelmus van Leeuwen; z 31 maja 2018 r., C-542/16, Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag przeciwko Dödsboet efter Ingvar Mattsson i Jan-Erik Strobel i in. przeciwko Länsförsäkringar Sak Försäkringsaktiebolag; z 19 grudnia 2019 r., C-355/18, C-356/18, C-357/18 i C-479/18, Barbara Rust-Hackner i in. przeciwko Nürnberger Versicherung Aktiengesellschaft Österreich i in.; z 2 kwietnia 2020 r., C-20/19, kunsthaus muerz gmbh przeciwko Zürich Versicherungs AG; z 8 października 2020 r., C-235/19, United Biscuits (Pensions Trustees) Limited i United Biscuits Pension Investments Limited przeciwko Commissioners for Her Majesty's Revenue and Customs; z 24 lutego 2022 r., C-143/20 i C-213/20, A. przeciwko O. i G.W i E.S. przeciwko A. Towarzystwo Ubezpieczeń Życie S.A.).

Zasadne natomiast okazały się zarzuty naruszenia art. 385 § 2 i art. 385¹ § 1 k.c. dotyczące znaczenia pojęć użytych w umowie (OWU, Regulaminie) oraz art. 805 § 1, art. 829 § 1 pkt 1 k.c. i art. 13 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej dotyczące charakteru postanowień określających tzw. opłatę administracyjną.

Do tego drugiego zarzutu odnieść się należy w pierwszej kolejności. Okoliczność, czy postanowienia umowy regulujące zasady potrącania opłaty administracyjnej dotyczą głównego świadczenia strony rzutuje bowiem na możliwość (przesłanki) badania abuzywności tych postanowień. Postanowienia określające główne świadczenia stron nie podlegają bowiem kontroli pod kątem ich abuzywności, chyba że zostały sformułowane w sposób niejednoznaczny (art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.). Ta ostatnia sytuacja ma, zdaniem Sądu Najwyższego, miejsce. Rację ma bowiem skarżący, że pojęcie „głównego świadczenia stron” należy rozumieć w nawiązaniu do pojęcia elementów przedmiotowo istotnych (*essentialia negotii*) umowy. Zdaniem Sądu Najwyższego w składzie rozpatrującym skargę kasacyjną, o ile postanowienia dotyczące samej składki ubezpieczeniowej dotyczą głównego świadczenia strony (ubezpieczającego), o tyle postanowienia normujące sposób podziału tej składki na poszczególne części i ich przeznaczenie, takiego charakteru nie posiadają. Podział taki dokonywany jest bowiem nie przez ubezpieczonego wpłacającego składkę (spełniającego świadczenie), a przez

samego ubezpieczyciela. On dokonuje pobrania opłaty administracyjnej ze składki wpłacanej przez ubezpieczonego przed jej zainwestowaniem. W orzecznictwie Sądu Najwyższego uznano, że także świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela z tytułu przedterminowego rozwiązania umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie jest natomiast świadczeniem głównym w rozumieniu art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. (zob. uchwałę z 24 stycznia 2020 r., III CZP 51/19, i wyrok z 18 grudnia 2013 r., I CSK 149/13).

Wprawdzie Sąd Apelacyjny – pomimo uznania, że postanowienia dotyczące opłaty administracyjnej określają jedno z głównych świadczeń – wypowiedział się w odniesieniu do tych postanowień w kontekście zarzutu ich abuzywności, uznając je za nienaruszające dobrych obyczajów oraz interesu konsumenta, niemniej jednak oceny tej Sąd Najwyższy w składzie rozpatrującym skargę kasacyjną nie podziela.

Przechodząc do zarzutu naruszenia art. 385 § 2 i art. 385¹ § 1 k.c., należało go rozpatrzyć w kontekście obowiązków informacyjnych ubezpieczyciela i ubezpieczającego banku, pozwalających konsumentowi przystępującemu do umowy w sposób właściwy zrozumieć sens zawartych w umowie i wzorcach umownych postanowień i użytych tam pojęć. Kwestia zakresu tych obowiązków była przedmiotem orzecznictwa TSUE. Największe znaczenie dla oceny rozpoznawanej skargi kasacyjnej ma wyrok TSUE z 24 lutego 2022 r., C-143/20 i C-213/20, A. przeciwko O. i G.W i E.S. przeciwko T. S.A.

W wyroku tym wyjaśniono, że z wymogów zarówno jednolitego stosowania prawa UE, jak i zasady równości wynika, że podstawowe dla dyrektywy 2002/83 pojęcia należy interpretować – jako autonomiczne pojęcia prawa Unii – w sposób jednolity na jej terytorium, z uwzględnieniem nie tylko brzmienia danego przepisu, lecz także kontekstu, w jaki się on wpisuje, oraz celów regulacji, której część on stanowi (pkt 68). Z motywów 2 i 5 tej dyrektywy wynika, że ma ona na celu w szczególności zapewnienie odpowiedniej ochrony ubezpieczonych i beneficjentów we wszystkich państwach członkowskich oraz przyczynienie się do umożliwienia wszystkim ubezpieczającym korzystania z usług wszystkich ubezpieczycieli. Konsument powinien natomiast dysponować niezbędnymi

informacjami w celu dokonania wyboru umowy najlepiej odpowiadającej jego potrzebom, w związku z czym należy skoordynować przepisy podstawowe, aby konsument otrzymał jasną i precyzyjną informację, dotyczącą w szczególności głównych cech charakterystycznych oferowanych mu produktów (pkt 71-72).

Jak dalej podkreśla TSUE, w ramach procedury przystąpienia konsumenta do umowy ubezpieczenia przedsiębiorca działa jako „pośrednik ubezpieczeniowy” w rozumieniu art. 2 pkt 5 dyrektywy 2002/92/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 grudnia 2002 r. w sprawie pośrednictwa ubezpieczeniowego (w związku z jej motywami 9 i 11), a zatem podlega zasadom ustanowionym w tej dyrektywie, zgodnie z jej art. 1 ust. 1 i art. 1 ust. 2 lit. b). Ów ubezpieczający przedsiębiorca wykonuje bowiem za wynagrodzeniem działalność pośrednictwa ubezpieczeniowego w rozumieniu art. 2 pkt 3 tej dyrektywy, polegającą na oferowaniu konsumentom przystąpienia do grupowej umowy unit-linked i zawarcia w ten sposób umowy ubezpieczenia na życie z zakładem ubezpieczeń, a także na świadczeniu doradztwa finansowego w zakresie inwestowania kapitału pochodzącego ze składek ubezpieczeniowych wpłacanych przez tych konsumentów w podstawowe aktywa grupowej umowy unit-linked (pkt 87-88).

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

umowy i sformułowane w sposób jasny i precyzyjny oraz zrozumiały dla tego konsumenta, zgodnie z art. 12 ust. 3 i art. 13 ust. 1 lit. b) dyrektywy 2002/92 (pkt 91).

Trybunał podkreślił także, że cele prawa Unii uzasadniają przypisanie zakładom ubezpieczeń odpowiedzialności za realizację obowiązków informacyjnych względem konsumentów przez tych przedsiębiorców, niezależnie od tego jaką zakład ubezpieczeń formułą biznesową się posługuje. Z istoty umowy ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek należy wnosić, że ubezpieczający konsumenta przedsiębiorca powinien reprezentować jego interesy, ponieważ zawiera umowę na jego rachunek. Jest on zatem zobowiązany do zachowania lojalności względem konsumenta.

Dokonując oceny skuteczności zakwestionowanych przez powoda postanowień dotyczących opłaty administracyjnej, uwzględniać trzeba normatywny model przeciętnego konsumenta, czyli w realiach niniejszej sprawy – przeciętnego klienta banku (wyroki SN: z 3 grudnia 2003 r., I CK 358/02; z 2 października 2007 r., II CSK 289/07; z 21 kwietnia 2011 r., III SK 45/10; z 23 października 2019 r., I NSK 66/18). Sąd Najwyższy wielokrotnie wskazywał, że wzorzec przeciętnego konsumenta nie może być definiowany w oderwaniu od ustalonych – odrębnie dla każdej sprawy – warunków obrotu i realiów życia gospodarczego (zob. wyroki: z 11 lipca 2002 r., I CKN 1319/00; z 2 października 2007 r., II CSK 289/07). Nie można przy tym uznawać, że przeciętny konsument w stosunkach bankowo-ubezpieczeniowych to konsument szczególnie uważny, rozsądny i doświadczony. Niewłaściwe informowanie konsumentów o rzeczywistym charakterze oferowanego produktu grupowego ubezpieczenia z funduszem kapitałowym, może naruszać zbiorowe interesy konsumentów (wyroki Sądu Najwyższego: z 28 września 2018 r., I CSK 179/18; z 23 października 2019 r., I NSK 66/18).

Poczynione w sprawie ustalenia faktyczne, wiążące Sąd Najwyższy, nie dają podstawy do uznania, że powód został w sposób właściwy (zgodny z kryteriami wskazanymi wyżej) poinformowany o istocie zawieranej umowy i treści poszczególnych postanowień, w szczególności postanowień dotyczących opłaty

administracyjnej. Sama formalna akceptacja przedłożonych powodowi obiektywnie nietransparentnych oświadczeń i wzorców umownych, w tym bazujących na wzorach matematycznych i niejednoznacznych definicjach, nie może prowadzić do skutecznego związania powoda umową ubezpieczenia grupowego w zakresie postanowień regulujących opłatę administracyjną. Ubezpieczyciel powinien tak kształtować treść i formę oświadczeń i wzorców umownych oraz inne elementy swojej praktyki kontraktowej, w tym te związane z określeniem roli i obowiązków ubezpieczającego, aby wykluczyć uzasadnione wątpliwości, czy przeciętny konsument przystępujący do ubezpieczenia dysponuje informacjami prawdziwymi, wystarczająco jasnymi, dokładnymi i niezbędnymi (kompletnymi) do prawidłowego zrozumienia głównych cech charakterystycznych produktu ubezpieczeniowego, które umożliwiają mu zrozumienie zarówno korzyści płynących z tego produktu, jak i stopnia przyjmowanego ryzyka, a także do dokonania świadomego wyboru oferowanego produktu spośród innych oferowanych na konkurencyjnym rynku produktów tego rodzaju.

Nie sposób przy tym zgodzić się z Sądem Apelacyjnym, że sposób naliczania opłaty administracyjnej został wskazany w umowie w sposób czytelny i jednoznaczny w rozdziale 6 OWU, a powód został dostatecznie dobrze poinformowany o tym, że podstawą naliczenia opłaty administracyjnej będzie składka zainwestowana, a nie np. składka bieżąca, czy składka pierwsza

Znajdująca się w rozdziale 1 OWU definicja „Składki Zainwestowanej” rzeczywiście wskazuje, że jest to kwota, która zostanie zainwestowana w Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy „P.” w ciągu całego okresu odpowiedzialności, o którym mowa w Rozdziale 3 pkt 1. Okres odpowiedzialności z kolei „rozpoczyna się od 5 dnia roboczego po zakończeniu Okresu Subskrypcji, w którym Klient przystąpił do ubezpieczenia po spełnieniu warunków określonych w Rozdziale 4 i trwa przez 180 miesięcy (...)”.

Użycie trybu dokonanego czasownika „inwestować” z pewnością mogło wprowadzić w błąd powoda, który miał prawo zakładać, że chodzi o kwoty rzeczywiście zainwestowane z wpłaconych już przez niego składek, a nie kwotę zadeklarowaną do zainwestowania w całym zakładanym okresie

odpowiedzialności. Zgodzić się należy ze skarżącym, że jeżeli definicja zawarta we wzorcu umownym nie jest tworzona celem doprecyzowania znaczenia użytego słowa, a stanowi jego zaprzeczenie czy też nadanie innego znaczenia, to konsument winien być o tym poinformowany po to, aby nie został wprowadzonym w błąd co do treści czynności prawnej. Z ustaleń stanu faktycznego nie wynika, aby powodowi zwrócono uwagę przy zawieraniu umowy na odmienne od potocznego znaczenie słowa „zainwestowana” w definicji „Składki zainwestowanej”.

Należy także zwrócić uwagę, na tę część pkt 3 Rozdziału 8 OWU, w myśl którego „Opłata Administracyjna (...) pobierana jest miesięcznie ze Składki Bieżącej (pkt. 3)”. W warunkach ubezpieczenia brak jest przy tym jednoznacznych i niebudzących wątpliwości postanowień, dotyczących tego, kiedy i w jakiej wysokości pozwany mógł pobierać opłatę administracyjną. W szczególności nie wynika z nich, że opłata ta, wyliczona od Składki Zainwestowanej, rozumianej jako pewnej założonej z góry wartości dla umowy trwającej 180 miesięcy, mogła być w całości pobrana z pierwszych wpłaconych przez powoda składek.

Przytoczony pkt 3 Rozdziału 8 OWU mógł być zatem odczytany w taki sposób, że opłata administracyjna jest kwotą narastającą wraz z wpłatą kolejnych składek bieżących, a wskazana podstawa w postaci zdefiniowanej w umowie Składki Zainwestowanej ma wyłącznie charakter informacyjny, w tym sensie, że wskazana wysokość opłaty zostanie osiągnięta w sytuacji, gdy umowa trwać będzie do końca okresu, na jaki została zawarta.

Istotną dla rozumienia pojęcia „składka zainwestowana” i pochodnego pojęcia „opłata administracyjna” jest okoliczność, że „rezygnacja” z ubezpieczenia unormowana została w umowie jako prawo ubezpieczającego. Skoro tak, rezygnacja taka nie może być traktowana w kategoriach niewykonania lub nienależytego wykonania umowy i wiązać się z sankcjami właściwymi dla tej kategorii zachowań. Taki charakter miałoby natomiast potrącenie z należnej powodowi kwoty tej części opłaty administracyjnej, która dotyczy okresu, w którym umowa – ze względu na „rezygnację” powoda – już nie obowiązywała. Na pozwanym nie spoczywało w tym okresie żadne ryzyko, właściwe dla zawartej umowy, nie ponosił także żadnych kosztów związanych z wykonywaniem umów.

Kwestia ma istotne znaczenie ze względu na pkt 1 ust. 1 rozdziału 8 OWU, z którego wynika, że w ramach Opłaty Administracyjnej pobierana jest Opłata za ryzyko przy jednoczesnym braku jakichkolwiek innych postanowień określających przeznaczenie opłaty administracyjnej. Ocena postanowienia przewidującego pobieranie od konsumenta opłaty, będącej ekwiwalentem świadczenia przedsiębiorcy w sytuacji, gdy tego świadczenia nie wykonuje (nie jest już do niego zobowiązany) musi być ocenione jako sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interes konsumenta (zob. art. 385³ k.c.).

Wbrew założeniu przyjętemu przez Sąd drugiej instancji, źródłem konkretyzacji oświadczeń woli stron umowy łączącej strony nie mógł być art. 13 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Obligował on wprowadzić zakład ubezpieczeń do wyceniania jednostek uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu i ogłaszania nie rzadziej niż raz w roku w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim wartości jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ustalonej w miesiącu poprzedzającym miesiąc, w którym jest dokonywane zgłoszenie, oraz do sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań, ale z przepisu tego żadną miarą nie wynika, w jaki sposób przeciętny konsument przy zawieraniu umowy mógłby samodzielnie ustalić co dokładnie z niej wynika i jakiego rodzaju ryzyko świadomie przyjmuje. Jest oczywiste, że z samego faktu ogłaszania przez ubezpieczyciela wartości jednostki uczestnictwa ani z samego przepisu ustawy nie wynika (nie może wynikać), że konkretne postanowienia wiążącej pozwanego umowy UFK wykazują albo nie wykazują abuzywnego charakteru, ani nie wynika, na jakim faktycznie poziomie zostały zrealizowane względem powoda obowiązki informacyjne w chwili przystępowania przez niego do umowy (zob. wyrok SN z 25 lutego 2021 r., V CSKP 16/21).

Powód miał zatem prawo zakładać, że z chwilą rezygnacji z ubezpieczenia otrzymana przez niego kwota świadczenia zostanie pomniejszona wyłącznie o opłatę administracyjną, ustaloną w sposób proporcjonalny do okresu rzeczywistego trwania umowy, a nie opłata naliczona od całej zakładanej w umowie kwoty inwestycji (w sytuacji trwania umowy do końca okresu, na jaki została zawarta).

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