



Sygn. akt II CSK 222/17

## **WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 12 stycznia 2018 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Józef Frąckowiak (przewodniczący)  
SSN Paweł Grzegorzczak (sprawozdawca)  
SSN Anna Kozłowska

Protokolant Anna Banasiuk

w sprawie z powództwa A. W.

przeciwko (...) Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółce Akcyjnej  
w W.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 12 stycznia 2018 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej

od wyroku Sądu Apelacyjnego w (...)

z dnia 9 listopada 2016 r., sygn. akt I ACa (...),

**oddala skargę kasacyjną i zasądza od pozwanej na rzecz  
powódki kwotę 2700 (dwa tysiące siedemset 00/100) złotych  
tytułem kosztów postępowania kasacyjnego.**

### **UZASADNIENIE**

Powódka A. W. domagała się od pozwanej (...) Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółki Akcyjnej zapłaty kwoty 100 000 zł z ustawowymi odsetkami tytułem świadczenia z umowy ubezpieczenia.

Sąd pierwszej instancji - Sąd Okręgowy w P. ustalił, że ojciec powódki J. S. zawarł umowę kredytu z Bank (...) S.A. Oddział w Polsce (dalej - „Bank”) i przystąpił w charakterze ubezpieczonego do umowy grupowego terminowego ubezpieczenia na życie oraz do umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, które Bank zawarł z pozwaną. Suma ubezpieczenia w umowie podstawowej wynosiła 100 zł, w umowie dodatkowej - 100 000 zł, a uposażoną w obu umowach była powódka.

W dniu 20 maja 2012 r. w budynku przy ul. W. w M. doszło do zapłonu mieszaniny gazów propan - butan, wydostających się z instalacji gazowej. W następstwie zapłonu J. S. doznał rozległych poparzeń, które skutkowały zapaleniem płuc, a następnie zgonem w dniu 20 czerwca 2012 r. W toku postępowania przygotowawczego prowadzonego przez Prokuraturę Rejonową w Ż. ustalono, że zmarły wynajmował mieszkanie, w którym w jego obecności doszło do wybuchu butli gazowej. Przyczyną zgonu było zapalenie płuc pozostające w ścisłej łączności przyczynowo-skutkowej z oparzeniami całej powierzchni ciała. W pożarze domu, w którym mieszkał J. S., uległy zniszczeniu wszystkie dokumenty związane z umową kredytu zawartą z Bankiem.

Powódka zgłosiła pozwanej wypadek i związane z nim roszczenie w dniu 22 czerwca 2012 r. Pismem z dnia 17 września 2012 r. pozwana odmówiła wypłaty świadczeń powołując się na art. 3 lit. e „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie oraz na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku dla klientów (...) Bank” (dalej – „OW”), który stanowił, że „(...) wypłata nie zostanie dokonana, jeżeli śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo na skutek działania: trucizny, gazów, gazów spalinowych - bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania na ubezpieczonego.”.

Oceniając stan faktyczny Sąd Okręgowy uznał, że umowa, z której roszczenia wywodziła powódka, była umową ubezpieczenia na cudzy rachunek, Bank zajmował pozycję ubezpieczającego, a ubezpieczonymi byli konsumenci - klienci banku. W związku z tym zastosowanie znajdował art. 808 § 5 k.c., zgodnie z którym jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio

z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385<sup>1</sup> - 385<sup>3</sup> k.c. stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Przepis ten wskazuje, że przepisy o niedozwolonych postanowieniach umownych stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych na cudzy rachunek zawsze, jeżeli ubezpieczonym jest konsument, bez względu na to, kto jest podmiotem ubezpieczającym.

W okolicznościach sprawy było bezsporne, że postanowienia zawarte w OW nie były indywidualnie uzgadniane z ojcem powódki, a wypadkiem ubezpieczeniowym był zgon na skutek nieszczęśliwego wypadku. W OW za nieszczęśliwy wypadek uznano „(...) niezależne od woli, nagle i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które nastąpiło w trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa”. Jednocześnie pozwana wyłączyła obowiązek spełnienia świadczenia, gdy śmierć na skutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w wyniku jakiegokolwiek oddziaływania na organizm ubezpieczonego któregośkolwiek z gazów, bez względu na to, czy są to gazy trujące, czy nietoksyczne.

W ocenie Sądu, postanowieniem tym wyłączono odpowiedzialność za najczęstsze, po wypadkach komunikacyjnych ujętych jako osobny wypadek ubezpieczeniowy, przyczyny śmierci spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem - np. pożarem wywołanym wybuchem gazów używanych w gospodarstwie domowym, czy zatruciem tlenkiem węgla. Tak szeroko ujęte ograniczenie odpowiedzialności uchyla w znacznej mierze możliwość wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego innego niż wypadek komunikacyjny, a zatem niweczy cel, w jakim została zawarta umowa ubezpieczenia. Ubezpieczony, przystępując do umowy ubezpieczenia od nieszczęśliwych wypadków, ma prawo oczekiwać, że ochrona ubezpieczeniowa będzie obejmować poza wypadkami komunikacyjnymi również inne nieszczęśliwe wypadki, które są związane z normalnym funkcjonowaniem człowieka w codziennym życiu.

Sąd podkreślił, że w przypadku umowy podstawowej, w której ubezpieczeniem była objęta śmierć ubezpieczonego, a suma ubezpieczenia była symboliczna, OW nie uchylały odpowiedzialności ubezpieczyciela w razie śmierci

spowodowanej oddziaływaniem gazów. Podniósł, że ubezpieczyciele, oferując ubezpieczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, wyłączają odpowiedzialność za zachowania ubezpieczonego nacechowane znacznym stopniem ryzyka, istotnie zwiększające prawdopodobieństwo wypadku, oraz za zachowania niezgodne z prawem. W powszechnym obrocie nie występują natomiast wyłączenia tak szerokie, jak w rozważanej sytuacji, dotyczące zdarzenia niezwiązanego w żaden sposób z podejmowaniem przez ubezpieczonego czynności wykraczających poza zwykły zakres ryzyka codziennych czynności.

Wychodząc z tych założeń, Sąd Okręgowy uznał, że postanowienie zawarte w art. 3 lit. e OW rażąco naruszało interes konsumenta i godziło w dobre obyczaje, a tym samym powinno zostać uznane za niedozwoloną klauzulę umowną, niewiążącą konsumenta. W konsekwencji uznał powództwo za uzasadnione w całości.

Na skutek apelacji pozwanej Sąd drugiej instancji - Sąd Apelacyjny w (...) wyrokiem z dnia 9 listopada 2016 r. oddalił apelację.

Sąd Apelacyjny nie podzielił sformułowanych w apelacji zarzutów dotyczących ustaleń faktycznych. Stwierdził, że kwestionowane przez pozwaną ustalenie, iż działanie gazów jest statystycznie drugą po wypadkach komunikacyjnych najczęstszą przyczyną zgonów na skutek nieszczęśliwych wypadków, pozostawało ostatecznie bez znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, a ponadto stanowiło element rozważań prawnych wyroku. Pozbawione wagi z punktu widzenia wyniku postępowania było również ustalenie co do daty przystąpienia Janusza Stokowskiego do ubezpieczenia, skoro nie ulegało wątpliwości, że ojciec powódki do umowy tej przystąpił.

Przechodząc do rozważań w płaszczyźnie prawa materialnego, Sąd Apelacyjny zestawiał specyficzne cechy umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek z materiałem sprawy i uznał, że możliwość zakwalifikowania umowy zawartej przez pozwaną z Bankiem jako umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek w rozumieniu art. 808 § 1 i 2 k.c. wywołuje zasadnicze wątpliwości. Stwierdził, że umowa ta tworzyła jedynie rodzaj ramy prawnej umożliwiającej klientom Banku objęcie ich ubezpieczeniem. W umowie tej nie występowały *essentialia negotii*

umowy ubezpieczenia (art. 805 § 1 k.c.), nie przewidziano w niej bowiem ani obowiązku zapłaty składki w określonej wysokości ani świadczeń, jakie zobowiązany jest spełnić ubezpieczyciel. Umowa ta wymieniała wprawdzie warianty ubezpieczenia i określała wysokość przypisanej do nich składki, stanowiło to jednak tylko prezentację możliwości w ramach programu ubezpieczenia, a o ostatecznym kształcie relacji umownych decydowały dopiero wybory ubezpieczonych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego, trudno było przyjąć, aby przystąpienie ubezpieczonego stanowiło jedynie zgodę, o której stanowi art. 829 § 2 k.c., skoro ubezpieczający nie przejmował obowiązku uiszczania składki, a jedynie obowiązany był do przekazywania składek pochodzących od ubezpieczonych. Ekonomiczny ciężar ubezpieczenia ojca powódki spoczywał wyłącznie na nim, ubezpieczający nie wydatkował żadnych środków na pokrycie składki należnej w związku z ubezpieczeniem grupowym, a jedynie pośredniczył w przekazywaniu kwot pobranych od ubezpieczonego. Działał on zatem jako pełnomocnik ubezpieczonego, który upoważnił go do pobierania składek i przekazywania ich pozwanej.

Dalej Sąd zauważył, że w opracowanej przez pozwaną deklaracji relacje dotyczące płatności składek określono w ten sposób, iż ubezpieczający jest osobą pośredniczącą w przekazywaniu składek – nie wpłaca pozwanej żadnych własnych środków, które byłyby następnie refundowane, lecz działa w ramach udzielonego przez ubezpieczonego upoważnienia do pobrania środków. Każdy klient Banku z osobna decydował, czy przystąpi do ubezpieczenia, jaki wariant wybierze i jaką składkę zobowiąże się zapłacić. Wskazuje to, że każdy ubezpieczony był w istocie ubezpieczającym, a przystąpienie do ubezpieczenia należało traktować jako przyjęcie oferty ubezpieczyciela. Umowa zawarta przez pozwaną z Bankiem tworzyła natomiast możliwość nawiązywania indywidualnych umów ubezpieczenia w wariantach przewidzianych w programie.

Sąd Apelacyjny podniósł również, że umowa zawarta między Bankiem a pozwaną pozostawałaby „pusta”, gdyby klienci banku nie złożyli oświadczeń woli o przystąpieniu do ubezpieczenia, które kształtowały ostatecznie termin rozpoczęcia i wariant umowy ubezpieczeniowej.

Kierując się tym stanowiskiem, Sąd Apelacyjny doszedł do wniosku, że choć ojciec powódki był osobą trzecią w stosunku do umowy zawartej między pozwaną a Bankiem, to jednak, skoro stosunek ubezpieczenia nie powstał z mocy tej umowy, lecz wymagał wyrażenia woli co do wariantu ubezpieczenia i uiszczania składki, doszło do zawarcia umowy ubezpieczenia między ojcem powódki, a pozwaną. Między tymi osobami zaktualizowały się *essentialia negotii* umowy ubezpieczenia - zdefiniowana została składka i zakres ochrony. W tym stanie rzeczy oczywiste było, że do umowy tej znajdował zastosowanie art. 384 § 1 i 2 k.c. Niedoręczenie ojcu powódki OW przed zawarciem umowy, tj. przystąpieniem do ubezpieczenia, skutkowało tym samym niemożnością powoływania się przez pozwaną na ograniczenia odpowiedzialności wynikające m.in. z art. 3 lit. e OW.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, nawet jednak jeśli przyjąć, że mimo wpływu ubezpieczonego - ojca powódki - na kształt ochrony ubezpieczeniowej i obarczenia go ciężarem zapłaty składki, ojciec powódki nie był stroną umowy ubezpieczenia, należałoby rozważyć zastosowanie art. 384 § 1 i 2 k.c. przez analogię. Jeśli konsument przystępujący do programu ubezpieczenia grupowego oferowanego przez ubezpieczyciela za pośrednictwem banku ponosi w istocie takie same ciężary, jak konsument zawierający indywidualną umowę ubezpieczenia, to powinien mieć zapewniony taki sam poziom ochrony prawnej, w tym rzetelną informację od ubezpieczyciela przed zawarciem umowy. Trudno przy tym znaleźć względy aksjologiczne, które uzasadniałyby pozbawienie konsumenta ochrony wynikającej z art. 384 k.c. tylko z tego powodu, że oferta ubezpieczenia trafia do niego za pośrednictwem banku.

Pozwana nie wykazała, aby doręczyła OW ojcu powódki przed zawarciem umowy. Dowodem takim nie było oświadczenie członka zarządu pozwanej, że OW zostały wysłane listem zwykłym. Faktu tego nie dowodziła również okoliczność, że J. S. w dniu 8 maja 2012 r. zmienił osobę uprawnioną z umowy, wskazując jako uposażoną powódkę. Apelacja okazała się zatem nieuzasadniona, bez potrzeby rozważania zarzutów dotyczących naruszenia art. 385<sup>1</sup>-385<sup>3</sup> i art. 808 § 5 k.c.

Wyrok Sądu Apelacyjnego w całości zaskarżyła skargą kasacyjną pozwana, zarzucając, w ramach pierwszej podstawy kasacyjnej (art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 1 k.p.c.),

naruszenie art. 808 § 1, art. 808 § 2, art. 829 § 2 i art. 805 § 1 oraz art. 384 § 1 k.c., a także, w ramach drugiej podstawy kasacyjnej (art. 398<sup>3</sup> § 1 pkt 2 k.p.c.), naruszenie art. 233 § 1 w związku z art. 391 § 1 k.p.c. oraz art. 232 i 233 § 1 k.p.c. w związku z art. 6 k.c. i art. 391 § 1 k.p.c. Na tej podstawie pozwana wniosła o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi Apelacyjnemu w (...) do ponownego rozpoznania, względnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i zmianę wyroku Sądu Okręgowego przez oddalenie powództwa w całości.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Formułując zarzuty kasacyjne, pozwana zmierzała do wykazania, że umowa zawarta między nią jako ubezpieczycielem a Bankiem, była umową ubezpieczenia zawartą na cudzy rachunek (art. 808 § 1 k.c.), ubezpieczony ojciec powódki nie był jej stroną, a tym samym niedoręczenie mu OW przed zawarciem umowy (przystąpieniem do ubezpieczenia) nie pociągało za sobą niedopuszczalności powoływania się przez ubezpieczyciela na wynikające z OW ograniczenie odpowiedzialności (art. 384 § 1 k.c.). Za miarodajny do oceny tych zarzutów należało uznać stan faktyczny ustalony przez Sądy *meriti*, zważywszy, że postawiony w skardze kasacyjnej zarzut obraży art. 233 § 1 w związku z art. 391 § 1 k.p.c., a także zarzut naruszenia art. 232 i art. 233 § 1 k.p.c. oraz art. 6 k.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. - mając na względzie sposób ujęcia tego zarzutu - okazały się niedopuszczalne, jako dotyczące ustaleń faktycznych i oceny dowodów (art. 398<sup>3</sup> § 3 w związku z art. 398<sup>13</sup> § 2 k.p.c.; por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 23 września 2005 r., III CSK 13/05, OSNC 2006, nr 4, poz. 76 i wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2017 r., I CSK 93/17, niepubl. oraz z dnia 27 kwietnia 2017 r., IV CSK 375/16, niepubl.).

Rozstrzygana sprawa miała swoje źródło w umowie zawieranej w ramach tzw. *bancassurance*, polegającego na współpracy między zakładem ubezpieczeń, a bankiem przy wspólnym oferowaniu ubezpieczeń z wykorzystaniem możliwości dystrybucyjnych banku. Umowy tego rodzaju mogą zakładać oferowanie ubezpieczeń z wykorzystaniem różnych konstrukcji prawnych, w których pozycja banku i ubezpieczonego może być odmienna. Bank może występować jako

pośrednik przy zawarciu umowy ubezpieczenia, której stronami są ubezpieczony klient banku i zakład ubezpieczeń. Bank może jednak być także stroną umowy z ubezpieczycielem, która zakłada objęcie ochroną ubezpieczeniową klientów banku spełniających określone warunki. W drugim wariantcie w sposób zróżnicowany może kształtować się wpływ klientów banku na objęcie ochroną ubezpieczeniową i jej kształt.

Umowa zawarta w niniejszej sprawie między pozwaną a Bankiem została określona jako umowa grupowego ubezpieczenia na życie oraz na wypadek śmierci lub trwałego inwalidztwa. Zgodnie z brzmieniem umowy, jej przedmiotem było objęcie przez pozwaną klientów ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z OW i na zasadach określonych w załączniku do umowy. Warunkiem objęcia ubezpieczeniem była zgoda klienta, który mógł wybrać jeden z dwóch wariantów ubezpieczenia. W obu wariantach suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu na życie wynosiła 100 zł, a w ubezpieczeniu od następstw nieszczęśliwych wypadków - odpowiednio - 100 000 zł lub 150 000 zł. Umowa nakładała obowiązek uiszczania składki na Bank, ekonomiczny ciężar składki spoczywał jednak na ubezpieczonym, obowiązany do uiszczania odpowiedniej opłaty na rzecz Banku, na podstawie umowy kredytu, przy czym zmiana umowy kredytu, umożliwiająca Bankowi naliczanie tej opłaty, stanowiła warunek rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej. W broszurze adresowanej do klientów Banku informowano dodatkowo, że opłata za ochronę ubezpieczeniową będzie pobierana z rachunku bankowego prowadzonego przez Bank. Ubezpieczający Bank był uprawniony na podstawie umowy do wynagrodzenia należnego od pozwanej, obliczanego w określonej proporcji od składek przekazywanych pozwanej w danym miesiącu, powiększonego o podatek VAT, jeżeli okazałby się należny na podstawie przepisów prawa. Pozwana zobowiązała się nie oferować klientom w czasie trwania umowy innych umów ubezpieczenia, z wykorzystaniem bazy danych klientów ubezpieczającego, a po jej rozwiązaniu - nie oferować klientom z wykorzystaniem tej bazy nowych produktów ubezpieczeniowych.

Załącznik regulujący procedury funkcjonowania umowy, stanowiący jej integralną część, obejmował m.in. postanowienia dotyczące promocji produktu. Strony ustaliły, że ubezpieczenie będzie promowane przez telemarketing



wychodzący do klientów ubezpieczającego w celu zachęcenia ich do przystąpienia do ubezpieczenia. Na ubezpieczający Bank nałożono obowiązek zaproponowania ochrony ubezpieczeniowej, z podkreśleniem celu i korzyści z niej płynących. Ubezpieczający zobowiązany został również do przeprowadzenia testowej akcji sprzedaży produktu w drodze telemarketingu grupie nie mniej niż 200 000 klientów, mającej na celu zachęcenie klientów do przystąpienia do ubezpieczenia przez prezentację oferty w formie uzgodnionej między stronami. Strony ustaliły, że będą prowadzić stały monitoring przebiegu i efektów akcji oferowania ubezpieczenia w celu optymalizacji rezultatów i weryfikacji osiąganych celów marketingowych. Zgodnie z omawianym załącznikiem, zgoda klienta miała stanowić dla ubezpieczającego Banku podstawę do obciążenia klienta co miesiąc składką za wybrany wariant ubezpieczenia.

W orzecznictwie przyjęto, że przerzucenie ciężaru finansowego składki ubezpieczeniowej na ubezpieczonego nie przesądza *per se*, że ubezpieczony uzyskuje status ubezpieczającego (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2013 r., IV CSK 91/13, niepubl., i z dnia 12 marca 2015 r., I CSK 165/14, niepubl.). Rozwiązanie takie nie wyklucza zatem kwalifikacji umowy jako umowy ubezpieczenia objętej art. 808 k.c. Stanowisko to należało odnieść odpowiednio do sytuacji, w której ubezpieczonemu przysługują pewne uprawnienia pozwalające kształtować zakres ochrony ubezpieczeniowej. Kwalifikacja prawna konkretnej umowy, jako umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, musi uwzględniać całokształt jej postanowień i rzeczywisty obraz relacji między stronami oraz osobami mającymi uzyskać w ramach tej umowy ochronę ubezpieczeniową, bez względu na stosowane w umowie nazewnictwo, w tym sposób określenia stron. Na obraz ten rzutuje nie tylko ciężar opłacania składki, lecz także kwestia dobrowolności objęcia ubezpieczeniem, obowiązek lojalności wobec ubezpieczonych, który powinien spoczywać na ubezpieczającym, a także obowiązek ubezpieczyciela do zapłaty wynagrodzenia, jeżeli taki obowiązek wynika z umowy.

Oceniając z tej perspektywy umowę zawartą między pozwaną a Bankiem, zgodzić się należało z Sądem Apelacyjnym, że treść tej umowy wskazywała raczej na stworzenie ram prawno-organizacyjnych, służących udzielaniu ochrony

ubezpieczeniowej przez akceptację wariantowej oferty ubezpieczenia kierowanej przez pozwaną do klientów Banku, za pośrednictwem Banku i przy wykorzystaniu jego infrastruktury sprzedażowej. Jakkolwiek umowa nakładała na Bank formalnie obowiązek zapłaty składki (art. 808 § 2 zdanie 1 k.c.), to pomijając, że w rzeczywistości obowiązek ten spoczywał na ubezpieczonym, zastrzeżone w umowie obowiązki Banku koncentrowały się na współdziałaniu z pozwaną w celu wspólnego oferowania ubezpieczeń klientom Banku. Nie wiązały się zaś z podejmowaniem przez Bank działań na rzecz ubezpieczonych i reprezentowaniem ich interesu wobec pozwanej, w celu zapewnienia im korzystnego poziomu ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem jej zakresu i wysokości składki.

Obowiązki umowne Banku polegały m.in., jak wskazano, na prowadzeniu działalności akwizycyjnej wśród swoich klientów, zmierzającej do pozyskiwania klientów dla pozwanej. Przesądzało to o istnieniu i woli realizacji przy wykonywaniu umowy wspólnego interesu pozwanej oraz Banku, nie zaś, co byłoby właściwe w przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, wspólnoty interesów Banku jako ubezpieczającego i grupy ubezpieczonych, na rzecz których powinien działać ubezpieczający. Silniej jeszcze za taką oceną przemawiał obowiązek pozwanej, jako ubezpieczyciela, zapłaty wynagrodzenia na rzecz Banku powiązanego z liczbą osób objętych ubezpieczeniem i wysokością przekazywanej składki, co należało uznać za typowe dla stosunków pośrednictwa ubezpieczeniowego. Takie ukształtowanie relacji umownej koliduje natomiast z założeniem, według którego Bank jest stroną umowy ubezpieczenia i dłużnikiem z tytułu składki, obciążonym powinnością działania w interesie ubezpieczonych oraz na ich rzecz, co odznacza konstrukcję ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej.

Idąc tym torem, należało uznać, że głównym przedmiotem rozważanej umowy była regulacja warunków, na jakich klienci Banku będą mogli w uproszczony sposób skorzystać z ubezpieczenia oferowanego przez pozwaną, w tym sprecyzowanie granic ochrony ubezpieczeniowej w określonych wariantach. Decyzja co do skorzystania z ubezpieczenia i zaciągnięcia z tego tytułu zobowiązania pieniężnego, odpowiadającego w istocie składce, należała do potencjalnego ubezpieczonego. To jego zgoda warunkowała, jak zauważył Sąd

Apelacyjny, powstanie ochrony ubezpieczeniowej, a także jej kontynuację, zważywszy na przyznaną ubezpieczonemu możliwość rezygnacji z ubezpieczenia.

W układzie tym ubezpieczony w istocie ubezpieczał się sam, w ramach możliwości pozostawionych do jego dyspozycji, czyniąc użytek z uproszczonego trybu zawierania umowy uzgodnionej przez Bank i pozwaną. Taka treść umowy koresponduje w większym stopniu z wyróżnionym w piśmiennictwie tzw. rozproszonym stosunkiem ubezpieczenia grupowego, zakładającym istnienie – obok umowy ramowej między ubezpieczycielem a organizatorem grupy ubezpieczonych – indywidualnych umów, zawieranych przez przystąpienie do ubezpieczenia, których treść jest określona *ex ante* w umowie ramowej (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 16 września 2016 r., IV CSK 711/15, niepubl., i wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 8 stycznia 2015 r., I ACa 762/14, niepubl.). Wyodrębnienie tego rodzaju relacji zobowiązaniowej, zmierzającej do udzielania ochrony ubezpieczeniowej określonej grupie osób, znajduje oparcie również w europejskim *soft law* w obszarze prawa ubezpieczeń (por. art. 18:301 Zasad Europejskiego Prawa Ubezpieczeń [PEICL]).

Kwalifikacja taka uzasadniała podzielenie opartego na art. 384 § 1 i 2 k.c. stanowiska Sądu Apelacyjnego co do konsekwencji nedoręczenia OW ojcu powódki. Odmiennej oceny nie uzasadniałoby jednak w okolicznościach sprawy także opowiedzenie się za przeciwnym stanowiskiem, według którego umowa zawarta między pozwaną a Bankiem mieściła się w konstrukcji ubezpieczenia na cudzy rachunek, a ojciec powódki zajmował jedynie pozycję podmiotu stosunku ubezpieczenia.

Odnosząc się do tej kwestii, należało przypomnieć, że analizowana umowa zakładała świadczenie przez Bank czynności akwizycyjnych na rzecz pozwanej i pobieranie przez Bank wynagrodzenia od pozwanej, ustalanego w relacji do składki przekazywanej przez Bank. Obowiązek zapłaty wynagrodzenia strony traktowały jako istotny, zważywszy, że nieosiągnięcie porozumienia co do wysokości wynagrodzenia w razie jego obciążenia podatkiem VAT pociągało za sobą rozwiązanie umowy, ze skutkiem w postaci ustania ochrony ubezpieczeniowej.

Praktyka pobierania wynagrodzenia od ubezpieczycieli przez banki występujące w roli ubezpieczającego w umowach ubezpieczenia zawieranych na cudzy rachunek była od dłuższego czasu krytykowana przez część piśmiennictwa, w którym wskazywano na niekorzystny wpływ tego rodzaju sytuacji na poziom ochrony ubezpieczonych, związany m.in. z ryzykiem konfliktu interesów po stronie ubezpieczającego banku. W doktrynie sygnalizowano również brak należytego dostępu do informacji po stronie ubezpieczonych, w tym do informacji o zakresie ubezpieczenia, w związku z tym, że nie są oni stronami umowy ubezpieczenia i nie znajduje do nich zastosowania art. 384 § 1 k.c. Problemy te podnoszono równolegle w wystąpieniach organów administracji publicznej - Rzecznika Ubezpieczonych (por. Podstawowe problemy bancassurance w Polsce - raport Rzecznika Ubezpieczonych z dnia 13 grudnia 2007 r., s. 14 i n., dostępny na stronie [https://rzu.gov.pl/files/108\\_\\_40\\_\\_Raport\\_bancassurance.pdf](https://rzu.gov.pl/files/108__40__Raport_bancassurance.pdf)), Rzecznika Praw Obywatelskich, a także Przewodniczącego Komisji Nadzoru Finansowego.

W 2014 r. Komisja Nadzoru Finansowego, na podstawie art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 21 lipca 2006 r. o nadzorze nad rynkiem finansowym (jedn. tekst: Dz. U. z 2017 r., poz. 196 ze zm.) i art. 137 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. - Prawo bankowe (jedn. tekst: Dz. U. z 2016 r., poz. 1988 ze zm.), wydała Wytyczne dla zakładów ubezpieczeń dotyczące dystrybucji ubezpieczeń (Dz. Urz. KNF z 2014 r., poz. 13) i Rekomendację U dotyczącą dobrych praktyk w zakresie bancassurance (Dz. Urz. KNF z 2014 r., poz. 12). W obu tych aktach położono nacisk na zapewnienie dostępu ubezpieczonemu w przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek do informacji dotyczącej warunków ochrony ubezpieczeniowej i wyłączeń z jej zakresu, przed wyrażeniem zgody na finansowanie składki ubezpieczeniowej. Wykluczono ponadto występowanie ubezpieczającego w tej samej umowie w charakterze pośrednika ubezpieczeniowego, chociażby miało ono jedynie faktyczny charakter, a także wypłacanie przez zakład ubezpieczeń ubezpieczającemu, w tym bankowi, wynagrodzenia lub ekwiwalentu pieniężnego za czynności związane z obsługą ubezpieczenia.

Rekomendacje te znalazły wyraz w art. 18 i 19 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (jedn. tekst: Dz. U.

z 2017 r., poz. 1170 ze zm., dalej – „u.d.u.r.”). Przepis art. 18 u.d.u.r. zakazuje, z pewnymi wyjątkami, uzyskiwania przez ubezpieczającego, jako stronę umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, wynagrodzenia lub innych korzyści w związku z oferowaniem możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej lub czynnościami związanymi z wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Zgodnie z art. 19 u.d.u.r., jeżeli w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek konieczna jest zgoda ubezpieczonego na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej lub ubezpieczony zgadza się na finansowanie kosztu składki ubezpieczeniowej, nedoręczenie ubezpieczonemu warunków umowy przed wyrażeniem takiej zgody skutkuje tym, że zakład ubezpieczeń nie może powoływać się na postanowienia ograniczające lub wyłączające jego odpowiedzialność. Przepisy te nie mogły jednak znaleźć zastosowania w niniejszej sprawie ze względu na ich czasowy zakres zastosowania (art. 482 u.d.u.r.).

W okresie poprzedzającym wejście w życie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, jako przepis, który miał łagodzić niedostatki informacyjne po stronie ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, wskazywano art. 808 § 4 k.c. Bez względu na to, czy przepis ten, z racji swojego temporalnego zakresu zastosowania, mógł znaleźć zastosowanie w niniejszej sprawie, co było sporne między stronami, jego słabość jako instrumentu ochrony ubezpieczonych powszechnie podnoszono w piśmiennictwie. Należało w szczególności zauważyć, że przepis ten odnosi się do sytuacji, w której umowa została zawarta, i ma umożliwić uzyskanie przez ubezpieczonego informacji pozwalających mu na realizację jego powinności wynikających z umowy w celu uniknięcia ewentualnych zarzutów ze strony ubezpieczyciela. Nie gwarantuje on natomiast realizacji obowiązku informacyjnego na etapie poprzedzającym wyrażenie zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową, jeżeli umowa między ubezpieczycielem a ubezpieczającym zawiera klauzulę *opt-in*. Sytuacja taka koliduje z ideą obowiązku informacyjnego, który zakłada konieczność zapewnienia dostępu do informacji w celu umożliwienia racjonalnej decyzji o związaniu się umową, nie zaś dowiedzenia się o jej treści już po jej zawarciu.

Rozwiązanie przewidziane w art. 808 § 4 k.c. może być uznane za wystarczające, jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana na rachunek

ubezpieczonych, którzy nie mają wpływu na objęcie ich ochroną, względnie nie ponoszą ciężaru składki i nie decydują o kształcie ochrony ubezpieczeniowej. Inna sytuacja występuje wówczas, gdy potencjalny ubezpieczony samodzielnie decyduje o przystąpieniu do ubezpieczenia, zobowiązując się do zapłaty kosztu składki. Dystynkcji tej dał wyraz również prawodawca, wprowadzając art. 19 u.d.u.r., przy zachowaniu bez zmian art. 808 § 4 k.c.

Potrzeba zapewnienia potencjalnemu ubezpieczonemu, który samodzielnie decyduje o ubezpieczeniu, ponosząc jego koszt, dostępu do warunków ubezpieczenia przed podjęciem decyzji o skorzystaniu z ochrony ubezpieczeniowej, staje się szczególnie ważką, gdy legitymuje się on statusem konsumenta (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 16 kwietnia 2015 r., III SK 42/14, niepubl. i z dnia 17 grudnia 2015 r., V CSK 234/15, niepubl., a także uzasadnienie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 9 września 2015 r., III SZP 2/15, OSNP 2017, nr 1, poz. 11). Wagę możliwości rzeczywistego zapoznania się przez konsumenta z treścią postanowień umowy akcentuje art. 385<sup>3</sup> pkt 3 k.c., w którym uznano, w razie wątpliwości, za niedozwolone, klauzule, które ingerowałyby w swobodę wyrażenia decyzji przez konsumenta, wiążąc go postanowieniami, z którymi nie mógł zapoznać się przed zawarciem umowy. Okoliczność, że konsument musi mieć możliwość realnego (*real, tatsächlich, effectivement*) zapoznania się ze wszystkimi postanowieniami umowy przed jej zawarciem wynika również z motywu 20 w związku z art. 3 ust. 3 i w związku z pkt 1 lit. i załącznika do dyrektywy Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz. Urz. UE L 95, s. 29).

Potrzeba, o której mowa, najdobitniej manifestuje się zaś wówczas, gdy zakład ubezpieczeń prowadzi działalność w ten sposób, że po stronie ubezpieczającego powstaje konflikt interesów związany z łączeniem roli ubezpieczającego i *de facto* pośrednika ubezpieczeniowego, działającego w interesie zakładu ubezpieczeń i w celu osiągnięcia zysku. Do sytuacji takiej doszło w niniejszej sprawie, mając na uwadze spoczywający na Banku obowiązek akwizycji ubezpieczeń i wynagrodzenie wypłacane przez pozwaną Bankowi. Taka konstrukcja umowy, z uwagi na zbieżność interesów ubezpieczyciela i ubezpieczającego, implikuje szczególne ryzyko dla konsumenta jako

ubezpieczonego, związane z zakresem i adekwatnością udzielanej mu ochrony ubezpieczeniowej. Problem ten ujawnił się również w sprawie, w której złożono skargę kasacyjną, zważywszy na symboliczny charakter sumy ubezpieczenia w ubezpieczeniu na życie, przy jednoczesnych szerokich wyłączeniach odpowiedzialności pozwanej z tytułu ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków. Nieświadomość zakresu udzielanej ochrony może skutkować m.in. tym, że ubezpieczony nie zapewni sobie ubezpieczenia dającego realne bezpieczeństwo, ufając ubezpieczeniu, do którego przystąpił.

Dostrzegając tę specyfikę, w przypadku w ten sposób ukształtowanych porozumień między ubezpieczycielem a bankiem, za właściwą trzeba uznać interpretację, która z wykorzystaniem analogii z art. 384 § 1 i 2 k.c. i odwołaniem się do racji konstytucyjnych (art. 76 Konstytucji RP) pozwala zapewnić ubezpieczonemu konsumentowi - w zakresie zapoznania się z ogólnymi warunkami umowy - ochronę odpowiadającą sytuacji konsumenta zawierającego umowę ubezpieczenia samodzielnie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 grudnia 2015 r., V CSK 234/15, niepubl.). Ze zwiększonym ryzykiem po stronie konsumenta, wynikającym ze sposobu prowadzenia działalności przez zakład ubezpieczeń, powinien korespondować wyższy standard ochrony w zestawieniu z typową umową ubezpieczenia zawieraną na cudzy rachunek. Istotne jest przy tym nie tyle, na kim w rozważanej konfiguracji spoczywa obowiązek doręczenia konsumentowi wzorca, lecz konieczność jego doręczenia, w celu umożliwienia konsumentowi podjęcia decyzji o skorzystaniu z ochrony ubezpieczeniowej przy znajomości jej rzeczywistego zakresu.

Odnosząc to stanowisko do niniejszej sprawy, należało uznać, że niedoręczenie OW ojcu powódki przed przystąpieniem do ubezpieczenia i zaciągnięciem zobowiązania do świadczenia odpowiadającego składce, skutkowało *in casu* niemożnością powołania się przez pozwaną na ograniczenie jej odpowiedzialności wynikające z OW (art. 384 § 1 i 2 k.c. anlg.).

Dodać należało, że pozwana świadomie ukształtowała swoje relacje z Bankiem w przedstawiony wcześniej sposób, a zarazem od chwili zawarcia umowy posiadała wiedzę, że ciężar finansowy zapłaty składki będzie spoczywał na

ubezpieczonych. Mając na uwadze rzeczywistą pozycję Banku w umowie zawartej z pozwaną, nie można było zasadnie twierdzić, aby interes ubezpieczonych wobec pozwanej reprezentował w wystarczającym stopniu Bank, co mogłoby usprawiedliwiać poprzestanie na dochowaniu wymagań wynikających z art. 384 k.c. wobec Banku jako strony umowy. Nie można było przy tym wskazać innych przekonujących argumentów, które uzasadniałyby zróżnicowanie standardu ochrony potencjalnych ubezpieczonych, skoro w ramach przyjętego przez pozwaną modelu współpracy z Bankiem sytuacja potencjalnego ubezpieczonego - konsumenta - nie różniła się faktycznie od sytuacji konsumenta zamierzającego zawrzeć indywidualną umowę ubezpieczenia.

Z tych względów, na podstawie art. 398<sup>14</sup> k.p.c., Sąd Najwyższy orzekł, jak w sentencji.

jw

r.g.