

Sygn. akt VIA Ca 1472/11



WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 lutego 2012 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SA – Agata Zając

Sędzia SA – Małgorzata Manowska (spr.)

Sędzia SO del. – Jacek Tyszka

Protokolant – sekr. sąd. Agnieszka Janik

po rozpoznaniu w dniu 9 lutego 2012 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów
przeciwko [...] "[...]" Spółka Akcyjna w W.

o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji
i Konsumentów

z dnia 19 września 2011 r.

sygn. akt XVII AmC 145/10

I oddala apelację;

**II zasądza od [...] "[...]" Spółka Akcyjna w W. na rzecz Prezesa Urzędu
Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwotę 270 zł (dwieście**

siedemdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

VI ACa 1472/11

Uzasadnienie

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wniósł o uznanie za niedozwolone i zakazanie pozwanemu [...] „[...]” S.A. w W. stosowania w obrocie z konsumentami postanowień wzorców umowy o treści:

1. „Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień, w którym spełnione są łącznie warunki: (...) i ubezpieczyciel otrzymał informację (prawidłowo określony tytuł wpłaty) pozwalającą na przyporządkowanie składki do umowy ubezpieczenia” - jako sprzecznego z art. 385 [3] pkt 9 oraz art. 385 [1] § 1 k.c.,

2. „Wszelkie obowiązki ubezpieczyciela wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązki informacyjne, będą realizowane zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego obowiązku. W szczególności w przypadku, gdy przepisy prawa obowiązujące na dzień realizacji danego obowiązku będą przewidywały węższy zakres zobowiązań, niż wynikający z niniejszych OWU, lub nie będą nakładały na ubezpieczyciela określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążący na ubezpieczycielu będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.”- jako sprzecznego z art. 385 [1] § 1 k.c.,

3. „Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego (...).” - jako sprzecznego z art. 385 [1] § 1 k.c.,

4. „Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania." - jako sprzecznego z art. 385 [3] pkt 9 k.c. oraz art. 3851 § 1 k.c.,

5. „Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszone jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego." - jako sprzecznego z art. 3851 § 1 k.c.,

6. „Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudni skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu." - jako sprzecznego z art. 385 [3] pkt 9 oraz art. 385 [1] § 1 k.c.,

7. „W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego (...) ubezpieczyciel może zwrócić (...) w całości bądź częściowo poniesione przez nich koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po

zaakceptowaniu przez centrum operacyjne." - jako sprzecznego z art. 385 [3] pkt 9 k.c. oraz art. 3851 § 1 k.c.,

8. „Podwyższenie składki regularnej w wyniku indeksacji nie powoduje podwyższenia sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia począwszy od rocznicy polisy następującej po osiągnięciu przez ubezpieczonego wieku 60 lat." - jako sprzecznego z art. 385 [3] pkt 22 oraz art. 385 [1] § 1 k.c.,

9. „Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) - (...). Wszystkie poniższe warunki muszą być spełnione, aby uznać zasadność świadczenia (...) instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność (...)." - jako sprzecznego z art. 385 [3] pkt 21 oraz art. 385 [1] § 1 k.c.,

10. „W przypadku, gdy na rzecz ubezpieczonego zawarta została i w tym samym czasie obowiązuje więcej niż jedna umowa ubezpieczenia, o której mowa w ust. 9, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność i wypłaca świadczenie wyłącznie na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej najwcześniej, z zastrzeżeniem ust. 12. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pozostałych umów ubezpieczenia zawartych na rzecz ubezpieczonego jest wyłączona." - jako sprzecznego z art. 385 [1] § 1 k.c.,

11. „Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie, o którym mowa (...) kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 70 lat." - jako sprzecznego z art. 385 [1] § 1 k.c.,

12. „Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie, o którym mowa (...) kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 65 lat." - jako sprzecznego z art. 385 [1] § 1 k.c.,

W uzasadnieniu wskazał, że pozwany zamieścił w przedmiotowym wzorcu postanowienia sprzeczne z obowiązującymi przepisami w oczekiwaniu, że konsumenci, których świadomość prawna z reguły nie jest wysoka, nie odkryją, że wiążące ich postanowienia umowy zawierają uregulowania sprzeczne z prawem i nie będą dochodzić swoich roszczeń.

[...] S.A. wniosło o oddalenie powództwa. W uzasadnieniu pozwany wskazał, że z dniem 1.03.2010 r. postanowił zaniechać stosowania 10 z 12 postanowień, których dotyczy powództwo. Zaprzeczył, aby zamieścił we wzorcu postanowienia sprzeczne z obowiązującymi przepisami w oczekiwaniu, że konsumenci nie odkryją, że wiążące ich postanowienia umowy zawierają uregulowania sprzeczne prawem i nie będą dochodzić swoich roszczeń.

Sąd Okręgowy w Warszawie wyrokiem z dnia 19 września 2011 r. uznał za niedozwolone i zakazał wykorzystywania w obrocie z konsumentami [...] „[...]” S.A. w W. postanowień wzorca umowy o treści:

1) „Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień, w którym spełnione są łącznie warunki: (...) i ubezpieczyciel otrzymał informację (prawidłowo określony tytuł wpłaty) pozwalającą na przyporządkowanie składki do umowy ubezpieczenia.”,

2) „Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.”,

3) „Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudni skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.”,

4) „W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie

mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego (...) ubezpieczyciel może zwrócić (...) w całości bądź częściowo poniesione przez nich koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne.",

5) „Podwyższenie składki regularnej w wyniku indeksacji nie powoduje podwyższenia sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia począwszy od rocznicy polisy następującej po osiągnięciu przez ubezpieczonego wieku 60 lat.",

6) „Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) - (...). Wszystkie poniższe warunki muszą być spełnione, aby uznać zasadność świadczenia (...) instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność (...).",

7) „W przypadku, gdy na rzecz ubezpieczonego zawarta została i w tym samym czasie obowiązuje więcej niż jedna umowa ubezpieczenia, o której mowa w ust. 9, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność i wypłaca świadczenie wyłącznie na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej najwcześniej, z zastrzeżeniem ust. 12. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pozostałych umów ubezpieczenia zawartych na rzecz ubezpieczonego jest wyłączona.",

8) „Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie, o którym mowa (...) kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 70 lat.",

9) „Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie, o którym mowa (...) kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 65 lat.".

W pozostałym zakresie powództwo zostało oddalone.

Sąd Okręgowy ustalił, że [...] S.A. w W. w prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej posługuje się przygotowanymi przez siebie wzorcami umów, które zawierały postanowienia o treści określonej w pozwie.

Na podstawie uchwały nr 13/2010 z dnia 28.01.2010 r. pozwany zaprzestał stosowania lub zmienił brzmienie 10 z 12 powyższych klauzul.

Sąd Okręgowy uznał powództwo za częściowo uzasadnione. Wskazał, że stosownie do treści art. 479 [36] k.p.c. i art. 479 [38] k.p.c., przedmiotem postępowania prowadzonego przed SOKiK nie jest kontrola i analiza postanowień konkretnej, zawartej przez strony umowy, lecz kontrola abstrakcyjna wzorca umownego stosowanego przez przedsiębiorcę w obrocie z konsumentami, którego postanowienia mogłyby kształtować treść stosunku prawnego w przypadku zawarcia umowy konsumenckiej. Celem tej kontroli jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania mechanizmu podejmowania decyzji przez słabszą stronę umowy (uczestnika obrotu). Cel ten realizowany jest poprzez konkretną i abstrakcyjną kontrolę wzorców umownych. Kontrola incydentalna wzorców polega na kontroli treści umowy zaczerpniętej z wzorca. Natomiast kontrola abstrakcyjna polega na kontroli wzorca jako takiego, w oderwaniu od konkretnej umowy, której wzorzec dotyczy. Ocenie przy tym podlega treść postanowienia wzorca, a nie sposób jego wykorzystania, czy jego powszechność w analogicznych wzorcach umowy firm konkurencyjnych. Ocena znaczenia postanowień wzorca umowy następuje w oderwaniu od warunków ekonomicznych i gospodarczych działalności prowadzonej przez przedsiębiorcę. Nieistotne są również kwestie sposobu organizacji lub specyfiki działalności prowadzonej przez przedsiębiorcę, którego wzorzec podlega kontroli w tym trybie.

Następnie Sąd I instancji wskazał, że niedozwolone postanowienia umowne to konstrukcja przewidziana w art. 385 [1] – 385 [3] k.c., mająca na celu ochronę konsumenta przed niekorzystnymi postanowieniami umowy

łączącej go z profesjonalistą. W myśl art. 385 [1] § 1 k.c., za niedozwolone postanowienia umowne uznaje się postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Sąd Okręgowy uznał, że zakwestionowane postanowienia we wszystkich przypadkach, poza klauzulą opisaną w pkt. 5 pozwu nie dotyczą głównych świadczeń stron umowy, gdyż należą do nich tylko takie elementy konstrukcyjne umowy, bez uzgodnienia których nie doszłoby do jej zawarcia (*essentialia negotii*). Przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę (art. 805 § 1 k.c.). Natomiast w art. 805 § 2 pkt 2 k.c. mowa jest o tym, że przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Świadczeniem głównym stron jest: ze strony ubezpieczającego (ubezpieczonego) - zapłata składki, ze strony ubezpieczyciela - zapłata określonej kwoty pieniężnej w przypadku zajścia określonego zdarzenia. Zdaniem Sądu I instancji nie zalicza się do świadczenia głównego natomiast udzielenia przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. Obowiązek spełnienia świadczenia ziszcza się dopiero w przypadku zaistnienia zdarzenia przyjętego w umowie ubezpieczenia, a więc objętego zakresem ubezpieczenia.

Sąd Okręgowy wskazał, że zakwestionowane OWU stosowane są przez pozwanego w obrocie z konsumentami, co było bezsporne. Nie budziła

również wątpliwości okoliczność, że konsumenci nie mieli wpływu na treść spornych klauzul, a zatem nie były one z nimi uzgadniane indywidualnie.

Bez znaczenia, zdaniem Sądu I instancji, z uwagi na treść art. 479 [39] – 479 [40] k.p.c., była okoliczność, że na podstawie uchwały nr 13/2010 z dnia 28.01.2010 r. pozwany zaprzestał stosowania lub zmienił brzmienie 10 z 12 zaskarżonych klauzul.

Rozstrzygając, czy sporne klauzule kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy Sąd Okręgowy wyjaśnił, że dobre obyczaje to reguły postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać także działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności, a więc o działanie potocznie określane jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające od przyjętych standardów postępowania. Pojęcie „interesów konsumenta” należy rozumieć szeroko, nie tylko jako interes ekonomiczny, ale jako interes występujący również w innych aspektach: zdrowie konsumenta (i jego bliskich), jego czas zbędnie traconego, dezorganizacja toku życia, przykrość, zawód itp. Naruszenie interesów konsumenta wynikające z niedozwolonego postanowienia musi być rażące, a więc szczególnie doniosłe.

W oparciu o art. 805 k.c. Sąd Okręgowy uznał, że świadczeniem zakładu ubezpieczeń jest zapłata określonej sumy pieniężnej, a tę zakład świadczy tylko wtedy, gdy zajdzie wypadek ubezpieczeniowy. Oznacza to, że umowa ma charakter losowy i cechuje ją brak ekwiwalentności świadczeń, gdyż albo ubezpieczający spełniając swe świadczenie nie otrzyma nic w zamian, gdy do wypadku nie dojdzie, albo świadczenie zakładu ubezpieczeń z reguły znacznie przewyższy świadczenie ubezpieczającego, gdy wypadek się zdarzy. W żadnej zatem sytuacji nie wystąpi równowaga świadczeń stron ani

czasowa zbieżność w ich spełnieniu. Brak zatem przesłanek do uznania umowy ubezpieczenia za umowę wzajemną w rozumieniu art. 487 § 2 k.c.

Sąd I instancji uznał, że klauzula opisana w pkt. 1 pozwu sprzeczna jest z dobrymi obyczajami i narusza interesy konsumentów, a w konsekwencji narusza art. 385 [1] § 1 i art. 385 [3] pkt. 9 k.c. Dotyczy ona spełnienia świadczenia pieniężnego (składki ubezpieczeniowej) przez dłużnika będącego konsumentem (ubezpieczającego) na rachunek bankowy ubezpieczyciela. Oczywistym jest, według Sądu Okręgowego, że istnieją techniczne i informatyczne warunki zapewniające możliwość powiązania rachunku bankowego (subkonta), na które konsument dokonuje wpłaty składki ubezpieczeniowej z numerem jego polisy ubezpieczeniowej, co zapewnia możliwość szybkiego i jednoznacznego przyporządkowania wpłacanej składki do umowy ubezpieczenia. Może jednak się zdarzyć, że np. dane w przelewie dokonany przez konsumenta, a który wpłynął na konto [...], będą niepełne, nieścisłe czy po prostu błędne. W takiej sytuacji, pomimo powyżej wskazanych zasad dotyczących momentu spełnienia świadczenia, pozwany moment ten niejako „przesuwa”, uzależniając prawidłowość zapłaty składki od tego, czy otrzymał „prawidłowo określony tytuł wpłaty”.

Jak wynika z § 4 ust. 9 i § 9 ust. 1 OWU, ochrona ubezpieczeniowa trwa od dnia doręczenia ubezpieczycielowi poprawnie wypełnionego i podpisanego wniosku wraz z dowodem opłacenia pierwszej deklarowanej składki i z zastrzeżeniem tego przepisu, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty pierwszej składki deklarowanej w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia. Data uiszczenia składki ma więc, zdaniem Sądu Okręgowego niezwykle istotne znaczenie z punktu widzenia konsumenta (ubezpieczonego). Niezależnie natomiast od tego, czy tytuł przelewu został określony tak, jak sobie życzyłby wierzyciel, wpływ środków na konto pozwanego oznacza

spełnienie świadczenia przez dłużnika. Nie jest zatem uprawnione uzależnienie przez [...] faktu spełnienia świadczenia przez konsumenta od tego, czy tytuł przelewu jest z punktu widzenia pozwanego wystarczający dla dokonania takiej czynności. Na podstawie natomiast zakwestionowanego postanowienia wzorca umowy, pomimo wpłaty składki ubezpieczeniowej przez konsumenta, [...] może uznać, że nie doszło do spełnienia świadczenia, nie obejmuje więc ochroną ubezpieczeniową klienta, a może „obracać” wpłaconymi kwotami.

Ponadto ubezpieczyciel nie określił, jak powinien brzmieć prawidłowy tytuł wpłaty.

Odnosnie do klauzuli opisanej w pkt. 2 pozwu, to Sąd I instancji uznał, że jest ona sprzeczna z przepisami bezwzględnie obowiązującymi, nie podlega zatem stwierdzeniu jej abuzywność. Postanowienie objęte tą klauzulą określa, że ubezpieczyciel ma wykonywać wszelkie obowiązki wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego obowiązku, jednak w sytuacji, gdy przepisy te będą przewidywały węższy zakres zobowiązań, niż wynikający z OWU, lub nie będą w nakładały w ogóle na pozwanego określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciężący na nim będzie ustalany na podstawie tych przepisów prawa.

Kwestionowane postanowienie przewiduje, jak wskazał Sąd I instancji pewien automatyzm dokonywania się zmian w zawartej umowie ubezpieczenia, które to zmiany następują wraz z zachodzącymi zmianami w przepisach prawa. Żaden z przepisów tytułu XXVII k.c. regulujących umowę ubezpieczenia nie zawiera zakazu wprowadzenia do ogólnych warunków ubezpieczenia postanowień określających przypadki, w których następuje wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, o ile wyłączenia te nie pozostają w sprzeczności z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa. Jednak zmiana warunków ubezpieczenia może mieć miejsce jedynie w

przypadkach wskazanych w ustawie, a o takiej zmianie konsument powinien być poinformowany. Tymczasem pozwany ustalił w tej klauzuli swoje uprawnienie w sposób sprzeczny z przepisami kodeksu cywilnego, wprowadzając „automatyzm” zmian, bez obowiązku ich notyfikacji. Zgodnie natomiast z art. 807 § 1 k.c., postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia lub postanowienia umowy ubezpieczenia sprzeczne z przepisami tytułu dotyczącego umowy ubezpieczenia są nieważne, chyba że dalsze przepisy przewidują wyjątki.

Klauzula opisana w pkt. 3 pozwu określa datę zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania - w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego. Zdaniem Sądu I instancji wymieniona klauzula nie jest abuzywna. Wbrew bowiem twierdzeniom strony powodowej, zakończenie ochrony ubezpieczeniowej zostało określone przez pozwanego w sposób prawidłowy. Jak wynika z § 3 ust. 5-6, dodatkowa umowa ubezpieczenia, której dotyczy ta klauzula, zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia na czas określony, na okres 5 lat, z tym że nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia. Rocznicą polisy jest rocznica zawarcia umowy ubezpieczenia - definicja ta wynika z § 1 ust. 2 pkt 10. Ochrona ubezpieczeniowa trwa zatem dokładnie przez taki okres czasu, na jaki została zawarta umowa z klientem, czyli do pierwszej rocznicy umowy ubezpieczenia przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 roku życia. Umowa ubezpieczenia jest zawierana najdłużej dokładnie do tego dnia.

Nieuzasadniony okazał się także, zdaniem Sądu I instancji zarzut strony powodowej, że ubezpieczony korzysta z ochrony ubezpieczeniowej jedynie do pierwszej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez niego 60 roku życia mimo opłacenia pełnej składki ubezpieczeniowej. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko

ubezpieczeniowe, liczoną stosownie do treści § 5 O W U. Opłata ta, jak wynika z § 13 ust. 9 OWU, pobierana jest oddzielnie za każdy miesiąc trwania ochrony. Nie ma więc możliwości, że pozwany pobierze składkę z góry za długi okres, a następnie nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej na podstawie kwestionowanego zapisu. Natomiast powołany przez powoda art. 834 k.c. nie ma tu w ogóle zastosowania, gdyż reguluje on zupełnie inną kwestię, zaś przedmiotowa klauzula w żaden sposób nie wyłącza zastosowania tego przepisu.

Klauzula opisana w pkt. 4 pozwu uznana została przez Sąd Okręgowy za sprzeczną z dobrymi obyczajami i naruszającą w sposób rażący interesy konsumentów, a w konsekwencji - sprzeczną z art. 385 [1] § 1 i art. 385 [3] pkt. 9 k.c.

Sporne postanowienie wprowadza ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania w sytuacji, gdy choroba - należąca do katalogu poważnych zachorowań, których ryzyko wystąpienia jest objęte ubezpieczeniem - wystąpiła u ubezpieczonego przed zawarciem przez niego umowy ubezpieczenia. Treść tego postanowienia ustalona przez ubezpieczyciela, nie jest, zdaniem Sądu I instancji jednoznaczna, przez co może być dowolnie interpretowana. Zastosowany w klauzuli zwrot „zachorowania, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia” nie jest precyzyjny i nie określa na czym ma polegać „wystąpienie” poważnego zachorowania. W szczególności brak jest sprecyzowania, czy należy to rozumieć jako wystąpienie objawów tego schorzenia (zachorowania), czy też jako jego zdiagnozowanie przez lekarza udokumentowane kartą chorobową.

Sąd Okręgowy uznał, że klauzula przytoczona w pkt. 5 pozwu dotyczy świadczenia głównego z tytułu umowy ubezpieczenia, to znaczy wypłaty świadczenia i jego wysokości. Nie pozostawia ona wątpliwości

interpretacyjnych, gdyż w sposób dokładny określa warunki obniżenia wysokości świadczenia. W takiej sytuacji, zdaniem Sądu I instancji postanowienie to nie podlega kontroli pod kątem jego abuzywności (art. 3851 § 1 zd. 2 k.c.).

Postanowienie wzorca umowy opisane w pkt. 6 pozwu uznane zostało przez Sąd I instancji za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów, a w konsekwencji za niedozwolone - jako sprzeczne z art. 385 [1] § 1 i art. 385 [3] pkt 9 k.c.

W świetle tego postanowienia ubezpieczyciel jest zobowiązany zorganizować transport ubezpieczonego, który na skutek zaistnienia zdarzenia losowego ma skorzystać z pomocy medycznej. W klauzuli znalazł się jednak warunek o organizacji transportu, a mianowicie - o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudni skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Wbrew twierdzeniom strony powodowej, zdaniem Sądu Okręgowego w OWU zostało określone, kto podejmuje decyzję w tym zakresie. Jak bowiem wynika z § 7 ust. 4 OWU, o zasadności organizacji i pokrycia kosztów wszystkich świadczeń, o których mowa w ust. 3, decyduje lekarz uprawniony. Lekarzem uprawnionym, stosownie do definicji zawartej w § 2 ust. 1 pkt 4, jest lekarz konsultant centrum operacyjnego.

Kwestionowany zapis, zdaniem Sądu I instancji nie zawiera czytelnych kryteriów, od których rozstrzygnięcia zależy ustalenie czy ubezpieczającemu przysługuje świadczenie z umowy ubezpieczenia. Od oceny pozwanego zależy, czy nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i czy stan zdrowia pacjenta utrudni skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Skoro weryfikacji takiej dokonuje lekarz konsultant centrum operacyjnego, to weryfikacja tych przesłanek odbywa się „na odległość”, bez kontaktu bezpośredniego z osobą, która potrzebuje pomocy (ubezpieczonym). Od subiektywnej zatem oceny lekarza konsultanta

centrum operacyjnego, podejmującego decyzję bez zbadania ubezpieczonego, zależy uznanie, czy wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego. Osoba ta podejmuje również decyzję, czy stan zdrowia pacjenta umożliwia skorzystanie ze środka transportu prywatnego lub publicznego. W grę wchodzi tu nie tylko kwestie medyczne, ale także takie okoliczności, jak dostępność środka transportu, częstotliwość kursowania środków transportu komunikacji miejskiej, odległość od przystanku, możliwość pomocy ze strony innych osób itd.

Powyższe oznacza, zdaniem Sądu Okręgowego, że dzięki niejednoznacznemu zapisowi pozwany uzyskał możliwość dokonania dowolnej, korzystnej dla siebie interpretacji treści postanowienia i może on odmówić zorganizowania transportu ubezpieczonego w sytuacji, gdy transport taki był uzasadniony, co może narazić ubezpieczonego na dodatkowe koszty, ale przede wszystkim trudności.

Za abuzywną i sprzeczną z art. 385 [1] § 1 i art. 385 [3] pkt 9 k.c. uznał Sąd Okręgowy klauzulę opisaną w pkt 7 pozwu. Przewiduje ona możliwość zwrotu przez pozwanego kosztów świadczeń assistance medycznego w sytuacji, gdy na skutek zdarzenia losowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli takie koszty. Jednak klauzula ta zawiera kilka obostrzeń.

Po pierwsze, jak wskazał Sąd I instancji ubezpieczyciel może, a nie musi zwrócić takie koszty - w klauzuli nie określono żadnego obowiązku refundacji kosztów w przypadku zaistnienia opisanych w niej sytuacji, a jedynie pewną możliwość postępowania ubezpieczyciela, na którą nie ma żadnego wpływu ubezpieczony, poza kwestią zgłoszenia się w wyznaczonym terminie.

Po drugie, zwrot kosztów uwarunkowany jest obowiązkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od

daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Termin ten jest, zdaniem Sądu Okręgowego bardzo krótki, szczególnie biorąc pod uwagę, że zdarzeniem losowym uniemożliwiającym kontakt z centrum operacyjnym [...] może być wypadek, zachorowanie lub inne zdarzenie skutkujące dłuższą niezdolnością do poruszania się lub koniecznością pobytu w szpitalu lub innej placówce medycznej. W takich sytuacjach brak jest możliwości skontaktowania się przez ubezpieczonego (jego małżonka lub dziecko) z pozwanym, a skutki tego są - w świetle zapisu spornej klauzuli, daleko idące dla niego, gdyż brak zgłoszenia się ubezpieczonego w wyznaczonym terminie może skutkować odmową zwrotu kosztów poniesionych przez niego, a do poniesienia których zobowiązany był - stosownie do umowy - ubezpieczyciel. To od wyłącznej decyzji pozwanego zależy, czy zwróci on takie koszty, czy odmówi ich zwrotu.

Po trzecie, jak wskazał Sąd Okręgowy zakwestionowana klauzula zawiera nieostre i niejednoznaczne zapisy, przez co narusza ona art. 3851 § 2 zd. 1 k.c., a więc nawet w sytuacji, gdyby uznać, że określa świadczenie główne ubezpieczyciela (co nie może mieć miejsca, gdyż dotyczy jedynie warunków, w jakich mają być zrefundowane ewentualne koszty ubezpieczonemu, a nie określa samego świadczenia), to i tak nie zachodzi wyłączenie badania abuzywności postanowienia umownego, określone w tym przepisie. Klauzula ta stanowi bowiem niedozwolone postanowienie umowne również w rozumieniu art. 385 [3] pkt 9 k.c. W spornej klauzuli nie sprecyzowano w żaden sposób okoliczności, w których koszty zwracane są przez pozwanego w całości, a kiedy tylko w części. Wskazano w nim jedynie, że ubezpieczyciel może zwrócić całość lub część kosztów, zaś nie ma mowy o tym, co decydować ma czy te koszty są zwracane w całości czy w części, a jeżeli w części, to w jakiej. Decyzję w tym przedmiocie podejmuje wyłącznie pozwany. Ponadto, jak wskazał Sąd Okręgowy, postanowienie to nie zawiera

informacji, jakie dokumenty musi uzyskać ubezpieczony, aby starać się o zwrot tych kosztów. W takiej sytuacji, to centrum operacyjne assistance ubezpieczyciela informuje już po zdarzeniu ubezpieczonego, jakie dokumenty są wymagane i decyduje o akceptacji wniosku i załączonych do niego dokumentów potwierdzających poniesione koszty. Tak nieprecyzyjne i niejednoznaczne zapisy przedmiotowego postanowienia powodują, według Sądu I instancji, że to ubezpieczyciel posiada faktyczną możliwość interpretowania umowy.

Sąd Okręgowy uznał, że klauzula przytoczona w pkt 8 pozwu sprzeczna jest z dobrymi obyczajami i narusza interes konsumentów, a w konsekwencji stanowi niedozwolone postanowienie umowne - jako sprzeczne z art. 385 [1] § 1 i art. 385 [3] pkt 22 k.c.

Sporna klauzula dotyczy wpływu podwyższenia - w wyniku indeksacji - składki regularnej, czyli składki płatnej w terminach i wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia (§ 1 ust. 2 pkt 13 OWU), na sumę ubezpieczenia i górny limit sumy ubezpieczenia począwszy od rocznicy polisy następującej po osiągnięciu przez ubezpieczonego wieku 60 lat. Zdaniem Sądu I instancji nie określa ona, wbrew twierdzeniom strony pozwanej, świadczenia głównego. Nie dotyczy bowiem składki ubezpieczeniowej, ale kwestii braku podwyższenia sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia pomimo podwyższenia składki ubezpieczeniowej poprzez działanie instrumentu indeksacji. Natomiast jak wynika z § 1 ust. 2 pkt 6-7 OWU, suma ubezpieczenia jest to suma pieniężna określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela, zaś górny limit sumy ubezpieczenia jest to maksymalna suma ubezpieczenia, obliczona przy uwzględnieniu wysokości i częstotliwości płatności składki regularnej, wieku, płci, ubezpieczonego, zakresu ochrony, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określoną w umowie.

Jednocześnie z art. 824 § 1 k.c. wynika, że jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia ustalona w umowie stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Suma ubezpieczenia nie jest więc identyczna z wartością ubezpieczeniową. Suma ubezpieczenia jest to kwota pieniężna, na którą zawarto ubezpieczenie. Stanowi ona górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela i jest podstawą do obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Suma ta nie musi być więc równa wartości ubezpieczeniowej, może być od niej niższa, ale nie powinna jej przewyższać. W razie nastąpienia wypadku ubezpieczeniowego zakład ubezpieczeń jest obowiązany wypłacić odszkodowanie, a nie sumę ubezpieczenia.

Z powyższego, według Sądu Okręgowego wynika, że suma ubezpieczenia z jednej strony stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, z drugiej zaś jest podstawą do obliczenia składki należnej zakładowi z tytułu umowy ubezpieczenia. Z OWU wynika również, że w tym przypadku stanowi również podstawę ustalenia wysokości świadczenia pieniężnego.

Dopuszczalność stosowania indeksacji wynika z art. 12a pkt 8 i art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22.05.2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Zgodnie z tymi przepisami, ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują. Zakład ubezpieczeń może dokonywać indeksacji składki ubezpieczeniowej oraz innych opłat pobieranych od ubezpieczającego lub należnych ubezpieczającemu z tytułu zawartej umowy, pod warunkiem przedstawienia w umowie ubezpieczenia metod i terminów, według których dokonuje się indeksacji. Sąd Okręgowy wskazał, że okoliczność, iż przepisy prawa nie zawierają zapisu określającego wprost wpływ indeksacji składki ubezpieczeniowej na indeksację sumy ubezpieczenia (jej górnego limitu), nie oznacza a limine braku abuzywności przedmiotowej klauzuli. Pomimo, że umowa ubezpieczenia nie ma charakteru ściśle ekwiwalentnego, to jednak

wysokość składki uiszczanej przez ubezpieczającego powinna odpowiadać czasowi i zakresowi odpowiedzialności ubezpieczyciela. Bezsporne jest, że wraz z wiekiem osoby fizycznej sukcesywnie wzrasta ryzyko zgonu. Jak wyjaśnił pozwany, do czasu ukończenia przez ubezpieczonego 60 roku życia indeksacja składki następująca jednocześnie z podwyższeniem sumy ubezpieczenia ma na celu przede wszystkim urealnienie wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia, natomiast po ukończeniu tego wieku przez ubezpieczonego służy urealnieniu wysokości składki w stosunku do znacząco wzrastającego w tym czasie ryzyka ubezpieczeniowego, wpływając jednocześnie na wartość polisy. Sąd Okręgowy uznał, że w ten sposób, bez zmiany umowy i informowania o tym klienta, pozwany dokonuje podwyższenia składki ubezpieczenia (co samo w sobie jest dozwolone), bez zmiany sumy ubezpieczenia i jej górnego limitu, a więc de facto zwiększa w taki sposób obciążenie finansowe konsumenta, bez zapewnienia mu jakiegokolwiek rekompensaty. Osoba, która ukończy 60 lat i wyraża zgodę na indeksację składki, licząc na uzyskanie wyższej sumy ubezpieczenia, uzyska świadczenie odpowiadające wysokości składki przed indeksacją, pomimo podwyższenia składki. Dochodzi więc do zachwiania równowagi kontraktowej, gdyż pozwany, będący silniejszą stroną stosunku ubezpieczeniowego, wykorzystuje swoją pozycję zawierając z umowie ubezpieczenia zapis, który narusza uzasadniony interes konsumenta.

Słusznie więc, zdaniem Sądu Okręgowego strona powodowa podniosła, że sporna klauzula spełnia przesłanki określone w art. 385 [3] pkt 22 k.c.

Sąd I instancji uznał, że zakwestionowane postanowienie jest sprzeczne także z dobrymi obyczajami i narusza interes konsumentów. Według Sądu Okręgowego bezzasadne jest twierdzenie pozwanego, że w ubezpieczeniu „Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne”, które jest ubezpieczeniem na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stosownie do OWU tego produktu kwestionowany zapis prowadzi do ograniczenia opłat z tytułu ryzyka

ubezpieczeniowego (składki w rozumieniu przepisu art. 805 k.c.) i zwiększania wartości polisy. Stosownie bowiem do treści § 1 ust. 2 pkt 20 OWU, wartość polisy oznacza kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki regularne, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa. To, że wartość polisy zwiększa się wraz ze wzrostem wartości jednostek uczestnictwa (a maleje wraz ze spadkiem wartości tych jednostek), stanowi wyłącznie ustaloną konstrukcję funkcjonowania umowy ubezpieczenia i polisy, ale nie dotyczy kwestii indeksacji sumy ubezpieczenia czy jej górnego limitu.

Sąd Okręgowy uznał, że klauzula przytoczona w pkt. 9 pozwu wyłącza lub ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, uzależniając ją od stanowiska podmiotu trzeciego w przedmiocie dobrowolnego uznanie jego odpowiedzialności za szkodę na osobie. Jest więc ona sprzeczna z art. 385 [1] § 1 i art. 385 [3] pkt 21 k.c.

Postanowienie to odnosi się do definicji Zakażenia Wirusem HIV/Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) i określa warunki, jakie muszą być spełnione, aby ubezpieczyciel uznał zasadność świadczenia. Jednym z takich warunków jest okoliczność, że instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność. Jego spełnienie jest obiektywnie uciążliwe dla ubezpieczonego, a nawet niemożliwe do spełnienia. Warunek ten jest całkowicie niezależny od ubezpieczonego, a wymaga złożenia przez instytucję dokonującą transfuzji krwi oświadczenia, w którym uznaje ona swoją odpowiedzialność za zakażenie, a więc de facto oświadczenia o przyznaniu faktu wyrządzenia ubezpieczonemu szkody na jego osobie.

Za sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz naruszające rażąco interesy konsumentów jak również sprzeczne z art. 385 [1] § 1 i art. 385 [3] pkt 22 k.c. uznane zostało przez Sąd Okręgowy postanowienie wzorca umowy opisane w

pkt. 10 pozwu. Postanowienie to przewiduje sytuację, w której na rzecz ubezpieczonego zawarta została i w tym samym czasie obowiązuje więcej niż jedna umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie OWU Terminowe na Życie - wówczas ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność i wypłaca świadczenie wyłącznie na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej najwcześniej, z zastrzeżeniem ust. 12, zaś odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pozostałych umów ubezpieczenia zawartych na rzecz ubezpieczonego jest wyłączona. Pomimo zatem regularnego opłacania składek wynikających z kilku zawartych umów, jeżeli oczywiście faktycznie tych kilka umów zostanie zawartych, ubezpieczony - zgodnie z zapisem przedmiotowej klauzuli - otrzymać ma wyłącznie jedno świadczenie z umowy zawartej najwcześniej, a zatem widoczny jest brak ekwiwalentności we wzajemnych świadczeniach stron i nie ma tu znaczenia, zdaniem Sądu Okręgowego, że umowa ubezpieczenia nie jest umową ekwiwalentną. W istocie bowiem sporna klauzula przewiduje obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania zobowiązania przez jego kontrahenta, w wyniku czego jest klauzulą niedozwoloną w rozumieniu art. 385 [3] pkt 22 k.c.

Sąd Okręgowy uznał klauzule opisane w pkt 11 i 12 za sprzeczne z art. 385 [1] § 1 i art. 385 [3] pkt 22 k.c.

Dotyczą one zakresu ochrony (trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego i zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu) jak również wieku ubezpieczonego, w którym kończy się odpowiedzialność ubezpieczyciela (70 lat i 65 lat).

Sąd I instancji wskazał, że bez znaczenia dla oceny spornych klauzul jest podnoszona przez stronę pozwaną okoliczność, że w ubezpieczeniach na życie wiek ubezpieczonego ma istotne znaczenie dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a ubezpieczyciel może, tworząc produkt ubezpieczeniowy, podjąć decyzję że danego ryzyka, w tym wystąpienia poważnego zachorowania u osób w pewnym wieku, nie obejmuje zakresem

ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy z osobami, w stosunku do których ryzyko wystąpienia zdarzenia powodującego wypłatę świadczenia pieniężnego będzie na tyle wysokie, że traci sens prowadzenie działalności ubezpieczeniowej. Może również ustalić składkę ubezpieczeniową na określonym, satysfakcjonującym go poziomie. Swoimi działaniami nie może jednak naruszać prawa konsumenckiego, a w szczególności stosować przepisów, które kształtują prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy, w tym ekonomiczne i finansowe, jak w obu zakwestionowanych klauzulach. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, zgodnie z tymi klauzulami nie kończy się w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu określonych urodzin ubezpieczonego, ale w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego określonego wieku (70 lat lub 65 lat). Bez znaczenia, zdaniem Sądu I instancji, pozostaje okoliczność, że na podstawie OWU Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „Ekstrakontynuacja Wariant 2” umowa ubezpieczenia zawierana jest jako kontynuacja ubezpieczenia grupowego, którego cechami charakterystycznymi jest prostota, obejmująca również uproszczone zasady kalkulacji składki odpowiadającej stałemu dla całej grupy osób ubezpieczonych zakresowi ochrony. Jest to kwestia spoczywająca po stronie pozwanej, w jaki sposób kalkuluje składkę i nie ma wpływu na ustalenie abuzywności klauzul umownych. Istotne jest zaś to, że odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie niektórych ryzyk wygasa w trakcie trwania umowy ubezpieczenia grupowego. Jak wynika z § 4 ust. 5 OWU, umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku. Generalnie odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, o czym stanowi § 6 ust. 2 OWU, zaś obie sporne klauzule zawierają zapis wskazujący na inny moment zakończenia tej odpowiedzialności. Jednocześnie Sąd I instancji zwrócił uwagę, że w § 5 ust. 1-2 zawarto zapisy, że z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający

obowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Składka może być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie - zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Możliwa jest więc sytuacja, w której ubezpieczyciel pobierze składkę ubezpieczeniową za cały rok z góry, a więc za cały okres trwania umowy, bo taki będzie wybór ubezpieczonego, zaś ochrona ubezpieczeniowa ustanie w dacie osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 65 lub 70 lat. W takiej sytuacji, ubezpieczony korzysta z ochrony ubezpieczeniowej jedynie do ukończenia przez niego 70 roku życia (lub 65 roku życia) pomimo opłacenia pełnej składki ubezpieczeniowej.

W konkluzji Sąd Okręgowy uznał klauzule opisane w pkt 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11 oraz 12 i zakazał ich stosowania.

Apelację od wyroku Sądu Okręgowego wniosła strona pozwana, zaskarżając go w zakresie klauzul opisanych w pozwie w pkt 6, 7 i 8 (pkt. I ppkt 3, 4 i 5 wyroku).

W apelacji zarzucono:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 385 kc, art. 385 pkt 9 kc oraz 385 pkt 22 kc przez nieuzasadnione ustalenie, że postanowienia wymienione w punkcie I ppkt 3), 4) oraz 5) zaskarżonego wyroku naruszają te przepisy;
2. Naruszenie art. 385 [2] kc poprzez jego nieuzasadnione niezastosowanie;
3. Naruszenie art. 805 i następnego kodeksu cywilnego oraz art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 22.05.2003 roku o działalności ubezpieczeniowej przez ich niewłaściwą interpretację.

W konkluzji skarżący wnosił o zmianę wyroku w zaskarżonej części poprzez oddalenie powództwa, ewentualnie o uchylenie wyroku w zaskarżonej części i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania sądowi I instancji;

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja nie ma uzasadnionych podstaw prawnych.

Wbrew twierdzeniom skarżącego Sąd Okręgowy dokonał prawidłowej oceny prawnej zgłoszonych roszczeń i zasadnie uznał klauzule opisane w pkt 6, 7 oraz 8 pozwu za abuzywne.

Odnosnie do postanowienia wzorca umowy przytoczonego w pkt 6 pozwu (pkt I ppkt 3 wyroku) to twierdzenia apelacji ograniczają się do kwestionowania stanowiska Sądu I instancji, nie przywołując żadnych nowych argumentów. Wywody skarżącego co do charakteru i funkcji transportu medycznego w żaden sposób nie zmieniają oceny Sądu Okręgowego, że o tym, czy taki transport w danej sytuacji pozostawione jest do wyłącznej decyzji pozwanego, że decyzja ta podejmowana jest przy pomocy jedynie kontaktu telefonicznego, oraz że warunki zapewnienia takiego transportu określone zostały niejednoznacznie.

Uzależnienie transportu medycznego od braku konieczności interwencji pogotowia ratunkowego oraz od istnienia trudności w skorzystaniu z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu nie zawiera precyzyjnych przesłanek, na które mógłby powołać się ubezpieczony żądając spełnienia świadczenia. Już same określenia „trudności” oraz „wymaganie interwencji pogotowia” w świetle stanu wiedzy medycznej oraz wobec różnej kondycji fizycznej i psychicznej ubezpieczonych, jest niejednoznaczne. To na przykład, co dla osoby młodej i sprawnej nie będzie większą trudnością może być niemożliwe dla osoby starszej i dotkniętej innymi dodatkowymi schorzeniami, niż to, które wywołało potrzebę zapewnienia transportu medycznego. Chociaż zatem osoba, która dokonuje oceny zasadności dostarczenia transportu jest lekarzem, to jednak ocena ta dokonywana jest „na odległość”, w sposób arbitralny i przez osobę, która występuje ze strony kontrahenta konsumenta. Ponadto ocenie tego lekarza podlegają nie tylko aspekty medyczne. We wzorcu nie zostało bowiem w ogóle zdefiniowane

pojęcie dostępności publicznego i prywatnego środka transportu, a w szczególności czy dostępność ta jest zależna wyłącznie od stanu zdrowia ubezpieczonego, czy także np. od odległości miejsca docelowego czy stanu majątkowego ubezpieczonego. Zważyć natomiast należy, że dla jednego konsumenta wydatek na przejazd taksówką nie stanowi problemu, a dla innego przejazd taki będzie nieosiągalny. W pełni zatem uprawnione było stwierdzenie Sądu I instancji, że zakwestionowana klauzula została sformułowana w sposób na tyle niejednoznaczny, że umożliwiającą pozwanemu dowolną, korzystną dla siebie interpretację czy zachodzą przesłanki obligujące go do świadczenia ubezpieczeniowego. Prawdłowo również wskazał Sąd Okręgowy, że zgodnie z § 7 ust. 4 OWU, o zasadności organizacji i pokrycia kosztów wszystkich świadczeń, o których mowa w ust. 3, decyduje lekarz uprawniony, którym stosownie do definicji zawartej w § 2 ust. 1 pkt 4, jest lekarz konsultant centrum operacyjnego. Jego decyzje nie zostały uzależnione od jasno określonych kryteriów.

Na ocenę spornej klauzuli nie mają przy tym wpływu takie okoliczności, jak standardowe stosowanie przyjętych przez pozwanego rozwiązań, ani ewentualne trudności w sprecyzowaniu jasnych kryteriów organizacji transportu medycznego. W niniejszym postępowaniu abstrakcyjnej kontroli poddany został wzorzec umowy stosowany przez skarżącego, nie zaś innych przedsiębiorców, a w ramach tej kontroli nie mieści się wskazywanie w jaki konkretnie sposób wzorzec miałby być sformułowany.

Nietrafne są również zarzuty pozwanego odnoszące się do uznania przez Sąd Okręgowy za abuzywną klauzulę opisaną w pkt. 7 pozwu (pkt I ppkt 4 wyroku). Wbrew twierdzeniom skarżącego powyższe postanowienie wzorca umowy sprzeczne jest zarówno z art. 385 [1] par. 1 k.c. jak i art. 385 [3] pkt. 9 k.c. Twierdzenia apelacji w tym zakresie w większości przytaczają pogląd wyrażony przez Sąd I instancji i nie wskazują żadnych istotnych argumentów. W spornej klauzuli dwukrotnie podkreślono możliwość, nie zaś

obowiązek spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego przez skarżącego, pomimo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Nastąpiło to przez użycie sformułowań „ubezpieczyciel może zwrócić” oraz „w całości lub w części poniesione koszty”. Już sama ta okoliczność przesądza, że zakwestionowane postanowienie wzorca umowy kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy jak również jest sprzeczne z art. 385 [3] pkt 9 k.c. Skarżący nie wskazuje przy tym kontekstu, na który powołuje się w apelacji, a z którego miałyby wynikać, kiedy konsumentowi należy się zwrot całości poniesionych przez niego kosztów, a kiedy tylko część. Z pewnością nie stanowi takiego wyjaśnienia zawarte w spornej klauzuli odesłanie do par. 7 ustęp 3 pkt 1 i 3 OWU „[...] Assistance Medyczny”, gdyż w paragrafie tym określono jedynie katalog świadczeń, nie zaś warunki wskazujące, kiedy koszty tych świadczeń zwracane są w całości, a kiedy w części.

Prawidłowo również wskazał Sąd Okręgowy, że rażąco sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interesy konsumenta jest określenie 5 dniowego terminu do zgłoszenia się do centrum operacyjnego, jako warunku wypłaty świadczenia. Termin ten w żadnym razie nie uwzględnia wielu sytuacji życiowych, powodujących, że w tak krótkim terminie konsument nie będzie w stanie spełnić tego wymagania. Nie pozostawiono również konsumentowi żadnej możliwości powołania się na wyjątkowy przypadek uzasadniający nie dochowanie powyższego terminu. Jego wprowadzenie nie może być tłumaczone specyfiką ubezpieczenia natychmiastowej pomocy assistance. Nie jest to bowiem termin przewidziany jedynie na zgłoszenie zdarzenia i to z uwzględnieniem wykorzystania środków porozumiewania się na odległość. 5 dniowy termin przewidziany został do zgłoszenia się w centrum operacyjnym i to wraz ze wskazaną przez to centrum dokumentacją. Zważyć przy tym należy, że jak słusznie wskazał Sąd Okręgowy dokumentacja nie została w żaden sposób z góry określona, a jest

precyzowana już po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Konsument zatem dopiero po zdarzeniu dowiadyuje się, jaką dokumentację ma przedstawić i jest ona określona arbitralnie przez pozwanego. Ponadto istnieje ewentualność, że po zdarzeniu będzie ona już nieosiągalna dla konsumenta. Wszystkie powyższe czynności muszą przy tym zostać przeprowadzone w terminie 5 dni kalendarzowych pod rygorem odmowy wypłaty świadczenia. W tej sytuacji nie sposób uznać, że zakwestionowana klauzula umowna nie narusza art. 385 [1] par. 1 k.c. oraz art. 385 [3] pkt 9 k.c.

Na ocenę zakwestionowanego postanowienia wzorca umowy nie ma znaczenia fakt, że możliwość zwrotu kosztów świadczenia assistance medycznego przewidziana została jako możliwość dodatkowa i nietypowa, jak wskazano w apelacji. Za taką opcję pozwany pobiera składkę. Taka dodatkowa możliwość stanowi również niewątpliwie jeden z elementów wpływających na podjęcie przez konsumenta decyzji co do zawarcia umowy ubezpieczenia. Nie powinna ona zatem rażąco naruszać praw konsumenta, niezależnie od swojego nadzwyczajnego charakteru, do takiego naruszenia niewątpliwie dojdzie, gdy okaże się, że oferowana opcja nie gwarantuje ubezpieczonemu w istocie żadnych uprawnień.

Bezzasadne są wreszcie zarzuty apelacji dotyczące uznania przez Sąd I instancji za abuzywną klauzuli określonej w pkt. 8 pozwu (pkt I ppkt 5 wyroku).

Aczkolwiek Sąd I instancji błędnie przytoczył w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku art. 824 k.c., który rzeczywiście dotyczy ubezpieczeń majątkowych, to uchybienie to nie ma żadnego wpływu na rozstrzygnięcie. Umknęło skarżącemu, że w § 1 ust. 2 pkt 6-7 OWU zdefiniowano sumę ubezpieczenia jako sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela. Określono także górny limit sumy ubezpieczenia, definiując go jako maksymalną sumę ubezpieczenia, obliczoną przy uwzględnieniu wysokości i częstotliwości

płatności składki regularnej, wieku, płci, ubezpieczonego, zakresu ochrony, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określoną w umowie. W ten sposób sam pozwany powiązał proces indeksacji z wysokością sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia. Nadał również tym pojęciom treść uzasadniającą przyjęcie, że nie stanowią one głównych świadczeń stron, ale określają granicę odpowiedzialności skarżącego.

Nie jest również istotna dla rozstrzygnięcia, podnoszona w apelacji kwestia, czy pozwany może indeksować składkę bez powiadamiania o tym konsumenta. Istota problemu tkwi bowiem w tym, że dokonanie tej indeksacji nie powoduje podwyższenia sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia w przypadku konsumenta, który ukończył 60 lat, zwiększając obciążenie finansowe konsumenta i nie zapewniając w zamian żadnego ekwiwalentu. Wzrasta zatem zobowiązanie ubezpieczonego, a maleje zakres odpowiedzialności towarzystwa ubezpieczeń. Jest to tym bardziej istotne, że indeksacja dotyczy tych klientów, których już łączy z pozwanym umową ubezpieczenia. Uiszczali oni przez pewien czas składki, inwestując w ochronę ubezpieczeniową i uiszczają je w coraz większym rozmiarze, a w zamian ochrona ta jest słabsza. Trafnie zatem uznał Sąd Okręgowy, że dochodzi wówczas do zachwiania równowagi kontraktowej, a sama sporna klauzula wypełnia przesłanki określone w art. 385 [3] pkt 22.

Oceny powyższej klauzuli nie zmienia wskazywany przez pozwanego kontekst całego wzorca umowy, a konkretnie par. 21 ustęp 1 OWU. Wskazać bowiem należy, że zakwestionowane OWU nie dotyczą tylko ubezpieczenia na życie. Zgodnie z par. 2 zdanie drugie OWU w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego. Przez brak indeksacji sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia konsument, który uiszczył podwyższoną

składkę nie może liczyć na wyższe świadczenia ze strony pozwanego. W tym wypadku natomiast świadczenie ubezpieczeniowe nie jest wypłacane jedynie w wypadku śmierci konsumenta osobie uposażonej, ale samemu konsumentowi. Dodatkowo wskazać należy, że zasadę wyrażoną w spornej klauzuli pozwany określił arbitralnie bez jakikolwiek indywidualizacji sytuacji zdrowotnej konsumenta.

Na ocenę zakwestionowanego postanowienia wzorca umowy nie ma również wpływu fakt dopuszczalności stosowania indeksacji na podstawie art. 12a pkt 8 i art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22.05.2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Przepis ten bowiem jedynie odsyła do ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie metody i sposobu indeksacji składek. Nie oznacza to jednak, że zastosowana metoda czy sposób zgodne będą z art. 385 [1] k.c.

Mając na uwadze przedstawione wyżej okoliczności Sąd Apelacyjny uznał zarzuty apelacji za bezzasadne i na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł jak na wstępie.

O kosztach postępowania apelacyjnego orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c., gdyż pozwany przegrał proces w drugiej instancji w całości i nie zachodziły żadne okoliczności uzasadniające odstąpienie od obciążenia go tymi kosztami.