

Wyrok
Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów
z dnia 19 września 2011 r.
XVII Amc 145/10

Sygn. akt XVII AmC 145/10

UZASADNIENIE

Powód Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej: Prezes UOKiK) wniósł o uznanie za niedozwolone i zakazanie pozwanemu Towarzystwu (...) spółka akcyjną W.(dalej: (...)) 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” (dalej: **klauzula I**) - jako sprzecznego z [art. 385³ pkt 9 oraz art. 385¹ § 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 ciążyący na ubezpieczycielu będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.” (dalej: **klauzula II**) – jako sprzecznego z [art. 385¹ § 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 (....)” (dalej: **klauzula III**) – jako sprzecznego z [art. 385¹ § 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.” (dalej: **klauzula IV**) – jako sprzecznego z [art. 385³ 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.” (dalej: **klauzula V**) – 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.” (dalej: **klauzula VI**) – jako sprzecznego z [art. 385³ pkt 9](#) oraz [art. 385¹ § 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.” (dalej: **klauzula VII**) – jako sprzecznego z [art. 385³ 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.” (dalej: **klauzula VIII**) – jako sprzecznego z [art. 385³ pkt 22](#) oraz [art. 385¹ § 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 (...).” (dalej: **klauzula IX**) – jako sprzecznego z [art. 385³ pkt 21](#) oraz [art. 385¹ § 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.” (dalej: **klauzula X**) – jako sprzecznego z [art. 385¹ § 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.” (dalej: **klauzula XI**) – jako sprzecznego z [art. 385¹ § 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.” (dalej: **klauzula XII**) – jako sprzecznego z [art. 385¹ § 1 k.c.](#),

oraz o zasądzenie kosztów procesu według norm przepisanych. 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.

Odnosnie do klauzuli I wskazał, że dniem spełnienia świadczenia pieniężnego jest dzień dokonania zapłaty w siedzibie wierzyciela bądź uznania rachunku bankowego wierzyciela. W tym przypadku świadczenia pieniężne (składki ubezpieczeniowe) są wpłacane przez konsumenta

(ubezpieczającego) na rachunek bankowy ubezpieczyciela. Warunki techniczne i informatyczne zapewniają możliwość powiązania rachunku bankowego (subkonta), na które konsument dokonuje wpłaty składki ubezpieczeniowej, z numerem jego polisy ubezpieczeniowej, co zapewnia możliwość jednoznacznego przyporządkowania wpłacanej składki do umowy ubezpieczenia. Nawet, gdyby numer rachunku albo tytuł zapłaty został błędnie wpisany (określony) lub z innych powodów nastąpiło opóźnienie w przyporządkowaniu składki, to i tak wpłacone środki były w posiadaniu ubezpieczyciela, który mógłby już korzystać z nich i pobierać korzyści. Zatem konsument spełnił swoje świadczenie, a dzień faktycznej wpłaty należałoby uznać za dzień zapłaty składki. Pozwany zawarł odstępstwo od tej praktyki, narzucając w we wzorcu umowy korzystne dla siebie postanowienie. Zachodzi wątpliwość, czy dopuszczalny jest brak tytułu wpłaty sytuacji, gdy część numeru rachunku, na który dokonywana jest wpłata, jest jednocześnie numerem polisy ubezpieczeniowej albo czy prawidłowym określeniem tytułu wpłaty jest wpisanie słowa „ubezpieczenie” lub „polisa ubezpieczeniowa”, czy też konieczne jest wskazanie pełnej nazwy ubezpieczenia wraz z jej numerem. Data uznania zapłaty składki może różnić się na niekorzyść konsumenta od daty dokonania faktycznej zapłaty, albowiem ubezpieczyciel, korzystając z wpłaconych środków, może jednocześnie dokonać przypisania wpłaty w późniejszym terminie, a nawet potrącić odsetki za zwłokę.

Odnosnie do klauzuli II wskazał, że przepisy [kodeksu cywilnego](#) dopuszczają możliwość modyfikacji treści postanowień umów ubezpieczenia w zakresie praw i obowiązków stron, w szczególności [art. 812 § 8 i art. 830 § 4 k.c.](#) Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku – ze skutkiem natychmiastowym, w szczególności, jeżeli na skutek zmiany bezwzględnie obowiązujących przepisów zmiana ulegnie zmianie zakres ubezpieczenia. Jednak podstawą do podjęcia przez konsumenta takiej decyzji jest uzyskanie informacji o zmianie zakresu ubezpieczenia i zmianie postanowień umowy. Przedmiotowe postanowienie upoważnia ubezpieczyciela do zmiany swoich obowiązków oraz zakresu ubezpieczenia, bez konieczności zmiany postanowień umowy, czy nawet powiadomienia konsumenta (ubezpieczającego) o tej zmianie, nawet gdy skutkuje to niekorzystną dla konsumenta zmianą. Ubezpieczyciel zawarł postanowienie, które przyznaje mu prawo modyfikacji swoich obowiązków umownych, na skutek zmian przepisów prawa, w sposób korzystny wyłącznie dla siebie i bez wprowadzenia obowiązku poinformowania o takiej zmianie konsumenta.

Odnosnie do klauzuli III wskazał, że wprowadza ona możliwość ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób zbyt daleko idący oraz umożliwia ubezpieczycielowi dokonywanie dowolnej, korzystnej dla niego interpretacji treści umowy i wzorca umowy w przypadku, gdy czas jej obowiązywania kończy się po przekroczeniu przez ubezpieczonego wieku 60 lat. W takim przypadku konsument ma do czynienia z wiążącym go zapisem umowy, na podstawie którego, w przypadku zaistnienia przesłanki warunkującej odpowiedzialność ubezpieczyciela, powinien otrzymać od niego świadczenie określone w umowie. Jednocześnie ubezpieczony – mimo zapłaty pełnej składki ubezpieczeniowej – korzysta z ochrony ubezpieczeniowej jedynie do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez niego 60 lat. Nawet gdyby w umowie podano nieprawdziwą lub omyłkową datę urodzin ubezpieczonego, to i tak należy mieć na uwadze treść [art. 834 k.c.](#)

Odnosnie do klauzuli IV wskazał, że wprowadza ona ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zawarcia dodatkowej 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. Takie ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, będącego świadczeniem głównym ubezpieczyciela, mogłoby zostać uznane za dopuszczalne, gdyby zostało sformułowane w sposób jednoznaczny. Jednak treść postanowienia ustalona przez ubezpieczyciela nie jest jednoznaczna i może być dowolnie interpretowana przy ustalaniu zarówno zasadności, jak i wysokości świadczenia ubezpieczyciela. 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, czy chodzi o wystąpienie objawów tego schorzenia (zachorowania), czy o jego zdiagnozowanie przez lekarza udokumentowane kartą chorobową. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy powinien sprawdzić na co chorował ubezpieczony (dokonać wywiadu medycznego). W sytuacji, gdy poważne zachorowanie, stanowiące podstawę wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie zostało zdiagnozowane przed zawarciem umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może odmówić spełnienia świadczenia, powołując się na wystąpienia przed zawarciem umowy objawów tego zachorowania.

Odnosnie do klauzuli V wskazał, że wprowadza ona możliwość nieuzasadnionego ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Konsument opłaca składki ubezpieczeniowe na podstawie dwóch umów i ma prawo oczekiwać, że w przypadku zaistnienia okoliczności przewidzianych w tych umowach uzyska od ubezpieczyciela świadczenia (odszkodowania) określone w umowie, których wysokość powinna odpowiadać czasowi i zakresowi ubezpieczenia oraz wysokości wpłacanych składek. Jednakże ubezpieczyciel wprowadza tu zastrzeżenie o pomniejszeniu świadczenia z tytułu zgonu zostanie o kwotę wypłaconego już świadczenia, nawet jeżeli brak jest związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zgonem a poważnym zachorowaniem, które było tytułem wypłaty świadczenia. Ponadto postanowienie to narusza fundamentalną dla obrotu konsumenckiego zasadę ekwiwalentności świadczeń stron umowy.

Odnosnie do klauzuli VI wskazał, że treść jej nie określa jednoznacznie, kiedy ubezpieczyciel ma zorganizować transport i kto podejmuje decyzję w tym zakresie. Należy uznać, że decyzję w tym zakresie podejmuje centrum operacyjne assistance, a więc ubezpieczyciel. Oznacza to, że dzięki niejednoznacznemu zapisowi uzyskał on możliwość dokonania dowolnej, korzystnej dla siebie interpretacji treści postanowienia i może odmówić zorganizowania transportu ubezpieczonego w sytuacji, gdy transport taki byłby uzasadniony, co może narazić ubezpieczonego na dodatkowe koszty.

Odnosnie do klauzuli VII wskazał, że termin 5 dni jest zbyt krótki zwłaszcza w sytuacji, gdy zdarzeniem losowym może być wypadek, zachorowanie lub inne zdarzenie skutkujące dłuższą niezdolnością do poruszania się lub koniecznością pobytu w szpitalu lub innej placówce medycznej. Niezgłoszenie się ubezpieczonego w wyznaczonym terminie może skutkować odmową zwrotu kosztów poniesionych przez niego, a do poniesienia których zobowiązany był ubezpieczyciel. Dodatkowo analizowana klauzula zawiera nieostre i niejednoznaczne zapisy, nie precyzuje okoliczności, w których koszty zwracane są w całości, kiedy tylko w części, nie zawiera informacji, jakie dokumenty musi uzyskać ubezpieczony, aby starać się o zwrot tych kosztów.

Odnosnie do klauzuli VIII wskazał, że zachowanie ekwiwalentności należy do dobrych obyczajów, a w przypadku umów ubezpieczenia należy ją interpretować w ten sposób, że

wysokość składki uiszczanej przez ubezpieczającego powinna odpowiadać czasowi i zakresowi odpowiedzialności ubezpieczyciela. Tymczasem postanowienie to dopuszcza możliwość indeksowania składki ubezpieczeniowej, za którą nie podąża indeksacja sumy ubezpieczenia. Powoduje to sytuację, w której osoba, która ukończy 60 lat i wyraża zgodę na indeksację składki, licząc na uzyskanie wyższej sumy ubezpieczenia, uzyska świadczenie odpowiadające wysokości składki przed indeksacją.

Odnosnie do klauzuli IX wskazał, że uzależnia ona spełnienie świadczenia ubezpieczyciela od spełnienia warunku, którego spełnienie jest obiektywnie uciążliwe dla ubezpieczonego, a nawet niemożliwe. Warunek ten jest niezależny od ubezpieczonego, gdyż wymaga złożenia przez instytucję dokonującą transfuzji krwi oświadczenia, w którym uznaje swoją odpowiedzialność za zakażenie, a więc oświadczenia o przyznaniu faktu wyrządzenia ubezpieczonemu szkody na jego osobie. Niezależnie od tego, że postanowienie to nie precyzuje formy tego oświadczenia, to złożenie takiego oświadczenia może stanowić przyznanie się do naruszenia procedur medycznych oraz prawa karnego, z czym wiążą się określone skutki prawne. W tym przypadku jedynym sposobem stwierdzenia odpowiedzialności tej odpowiedzialności jest wyłącznie uzyskania prawomocnego wyroku sądowego.

Odnosnie do klauzuli X wskazał, że wprowadza ona możliwość ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób zbyt daleko idący. Pojedyncze zdarzenie może być podstawą do wypłaty jednego świadczenia, jednakże takie ograniczenie powinno być sformułowane w sposób jednoznaczny, a nadto powinno być uzupełnione dodatkowym zapisem, że nie jest dopuszczalne zawarcie kolejnych umów w zakresie tego ryzyka. Mimo regularnego opłacania składek wynikających z kilku zawartych umów, ubezpieczony otrzyma wyłącznie jedno świadczenie z umowy zawartej najwcześniej, a zatem brak jest ekwiwalentności we wzajemnych świadczeniach stron. Konsument opłacający składki ubezpieczeniowe na podstawie więcej niż jednej umowy ma prawo oczekiwać, że w przypadku zaistnienia okoliczności przewidzianych w tych umowach uzyska od ubezpieczyciela świadczenia (odszkodowania) określone w tych umowach, których wysokość powinna odpowiadać czasowi i zakresowi ubezpieczenia oraz wysokości wpłacanych składek. Jednakże ubezpieczyciel wprowadził zastrzeżenie, że niezależnie od liczby zawartych umów, ubezpieczony otrzyma wyłącznie jedno świadczenie.

Odnosnie do klauzul XI i XII wskazał, że zastosowanie znajdują wywody odnoszące się do klauzuli III.

W odpowiedzi na pozew pozwana spółka (...)wniosła o oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego. W uzasadnieniu pozwany wskazał, że z dniem 1.03.2010 r. postanowił zaniechać stosowania 10 z 12 postanowień, których dotyczy powództwo. Konkretnie postanowienie wzorca umowy poddawane kontroli powinno być oceniane w kontekście treści całego wzorca. 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. Nieważność postanowienia umowy oraz jego abuzywność to dwie oddzielne instytucje prawne. Nieważność postanowienia skutkuje tym, że nie może dojść do uznania tego postanowienia za niedozwolone. Składka jest świadczeniem ubezpieczającego na rzecz ubezpieczyciela, a jej wysokość powiązana jest ściśle z ponoszeniem przez ubezpieczyciela ryzyka ubezpieczeniowego, z tym że ubezpieczyciel nie może kształtować wysokości składek w sposób

dowolny. Błędne jest kwestionowanie przez powoda ograniczenia zakresu ubezpieczenia, że ubezpieczony, który zapłacił składkę, ma prawo oczekiwać wypłaty świadczenia ubezpieczyciela. Twierdzenia takie nie uwzględniają istoty składki jako świadczenia ubezpieczającego. Składka nie jest ekwiwalentem świadczenia ubezpieczyciela wypłacanego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, z uwagi na ekonomiczną dysproporcję obu świadczeń oraz losowość umowy ubezpieczenia. Składka i świadczenie ubezpieczyciela polegające na zapłacie sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia wypadku, ale również świadczenie ochrony ubezpieczeniowej przez ubezpieczyciela są świadczeniami głównymi wynikającymi z zawarcia umowy ubezpieczenia i nie podlegają ocenie pod kątem istnienia przesłanek uznania ich za abuzywne.

Odnosnie do klauzuli I wskazał, że nie jest uzasadnione powoływanie się na „powszechną praktykę obrotu gospodarczego”, utożsamianą przez powoda z treścią [art. 454 k.c.](#), a nadto przepis ten ma charakter dyspozytywny. W pełni dopuszczalne jest inne, bardziej wymagające, określenie miejsca i sposobu spełnienia świadczenia pieniężnego przez dłużnika, w szczególności dopuszczalne jest ustalenie, że dłużnik dokonując zapłaty na rachunek bankowy jest zobowiązany do podania tytułu wpłaty. Powszechnie przyjętą, standardową praktyką jest podawanie tytułu wpłaty w dyspozycji przelewu i wymaganie takie nie może być traktowane jako wygórowane, natomiast w przypadku umowy ubezpieczenia przyporządkowanie składki do umowy ubezpieczenia ma dodatkowe, szczególne znaczenie, bowiem z zapłatą składki wiąże się nie tylko skutek w postaci spełnienia świadczenia przez ubezpieczającego, ale w dalszej konsekwencji także skutek w postaci rozpoczęcia świadczenia ochrony ubezpieczeniowej. To uzasadnia zastosowanie wymogu, aby tytuł płatności dokonywanej na rzecz pozwanego był oznaczony w taki sposób, aby umożliwił przyporządkowanie dokonanej zapłaty do umowy ubezpieczenia. Pozwany nie zamieścił wymagania konkretnego sposobu oznaczenia tytułu wpłaty, wobec czego wymaganie to spełni każdy sposób jej oznaczenia, który tylko pozwoli na przypisanie składki do umowy ubezpieczenia. Nadmierny formalizm w tym zakresie mógłby działać na niekorzyść konsumenta. Regulacja ta nie daje ubezpieczycielowi prawa jednostronnej, korzystnej dla siebie interpretacji umowy, ponieważ to, czy konkretny tytuł płatności pozwala na przypisanie składki do danej umowy ubezpieczenia może być obiektywnie stwierdzone i zweryfikowane. Żaden przepis prawa nie nakłada na ubezpieczyciela obowiązku stosowania szczególnych rozwiązań technicznych, czy informatycznych, które by pozwalały na automatyczne powiązanie numeru rachunku, na który ma być wpłacona składka oraz numeru polisy.

Odnosnie do klauzuli II wskazał, że w zapisie tym, który ma w rzeczywistości charakter informacyjny, mowa o obowiązkach wynikających z przepisów prawa i zmianach dotyczących tych obowiązków również wynikających z przepisów prawa. W konsekwencji nie jest uzasadnione stwierdzenie, że pozwany w ten sposób zarezerwował dla siebie procedurę zmiany treści umowy bez stosowania procedury wymaganej przy zmianie wzorca umownego i to wyłącznie w korzystny dla pozwanego sposób. Zmiany zachodzą *ex lege*, niezależnie od woli pozwanego. Mogą to być zmiany zarówno korzystne, jak i niekorzystne dla ubezpieczającego. Na podstawie obserwacji zmian prawa w ostatnich latach należy zauważyć, że zmiany prawa najczęściej są korzystne właśnie dla ubezpieczającego i ubezpieczonego, a nie dla ubezpieczyciela. Kwestionowane postanowienie przewiduje pewien automatyzm dokonywania się zmian w zawartej umowie ubezpieczenia, które to zmiany następują wraz z zachodzącymi zmianami w przepisach prawa i są zupełnie niezależne od ubezpieczyciela. Nie dochodzi tu do zmiany zakresu ubezpieczenia,

bowiem zakres ubezpieczenia jest szczegółowo uregulowany w OWU i samej umowie ubezpieczenia zawartej z zastosowaniem OWU.

Odnosnie do klauzuli III wskazał, że jest ona jednoznaczna. Jest to samodzielna podstawa ustania odpowiedzialności ubezpieczyciela, niezależna od innych przypadków określonych w umowie ubezpieczenia. Postanowienie definiuje zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej ubezpieczonemu w zakresie ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a więc jest to zapis dotyczący bezpośrednio świadczenia ubezpieczyciela w postaci udzielania ochrony ubezpieczeniowej i jednocześnie jest to element konstrukcji produktu ubezpieczeniowego, jakim jest umowa dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania. Ubezpieczyciel ma prawo zdefiniowania zakresu ubezpieczenia i nie podlega to ocenie biorąc pod uwagę kryterium abuzywności. W ubezpieczeniach na życie wiek ubezpieczonego ma istotne znaczenie dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a ubezpieczyciel może, tworząc produkt ubezpieczeniowy, podjąć decyzję, że danego ryzyka nie obejmuje zakresem ochrony ubezpieczeniowej. Kwestionowany zapis nie wyklucza odmiennego uregulowania kwestii wieku ubezpieczonego, na rzecz którego ma być świadczona ochrona ubezpieczeniowa w danej umowie ubezpieczenia zawartej na rachunek tego ubezpieczonego. W takim przypadku postanowienia umowy ubezpieczenia będą miały pierwszeństwo przed niezgodnymi z nimi postanowieniami wzorca umownego mającego zastosowanie do przedmiotowej umowy ubezpieczenia. Nieuzasadniony jest zarzut, 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 poważnego zachorowania ubezpieczonego pozwany pobiera składkę za okres, w którym udziela ochrony ubezpieczeniowej, oddzielnie za każdy miesiąc polisowy trwania ochrony.

Odnosnie do klauzuli IV wskazał, że jest ona jednoznaczna, definiuje zakres ochrony ubezpieczeniowej. Skoro zapis ten nie zawiera ograniczenia, z którego by wynikało, że chodzi o choroby zdiagnozowane, to mowa w nim jest o chorobach, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezależnie od tego, czy były zdiagnozowane, czy też nie. Biorąc pod charakter poważnych zachorowań trudno jest sobie wyobrazić istnienie poważnego zachorowania, które nie było diagnozowane przez lekarza, ale i tak za dopuszczalne należy uznać wyłączenie z zakresu ochrony ubezpieczeniowej zachorowań, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia, nawet jeśli nie były zdiagnozowane. Nie koliduje to w szczególności z przepisem [art. 834 k.c.](#), który w ogóle nie dotyczy tej kwestii. Istnienie zachorowania przed zawarciem umowy ubezpieczenia jest faktem dającym się obiektywnie stwierdzić, jego ustalenie wymaga wiedzy medycznej, nie zależy natomiast od dowolnej decyzji ubezpieczyciela. Przed zawarciem umowy pozwany przeprowadza szczegółowy wywiad medyczny dotyczący przebytych chorób.

Odnosnie do klauzuli V wskazał, że ma ona znaczenie ściśle biznesowe, określając wysokość świadczenia ubezpieczeniowego oraz zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Postanowienie to dotyczy zatem świadczenia głównego określonego w umowie ubezpieczenia, jest transparentne, a więc nie podlega kontroli pod kątem abuzywności. W przypadku umowy dodatkowej ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, która zawsze występuje jako umowa dodatkowa do umowy ubezpieczenia na życie ubezpieczonego, konstrukcja produktu ubezpieczeniowego jest taka, że w przypadku wystąpienia po sobie w okresie pół roku poważnego zachorowania i zgonu, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe w sumie świadczeniu z tytułu

zgonu. Konstrukcja taka ma odzwierciedlenie w sposobie kalkulacji składki z tytułu objęcia tego ryzyka ochroną ubezpieczeniową, a niezastosowanie takiej konstrukcji produktu musiałoby powodować wzrost składki z tytułu dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia poważnego zachorowania. Powód nie uzasadnił, dlaczego jego zdaniem składka pobierana przez pozwanego nie jest adekwatna do czasu i zakresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel kalkuluje składkę biorąc pod uwagę właśnie zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej (w tym wysokość świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia) oraz czas trwania tej ochrony. Gdyby ochrona ubezpieczeniowa miała być świadczona w szerszym zakresie, to konsekwentnie wysokość składki musiałaby być odpowiednio wyższa. Istnieją poglądy, że umowa ubezpieczenia nie jest umową wzajemną, ponieważ brakuje w niej ekwiwalentności świadczeń obu stron umowy, a więc chybione są zarzuty o naruszeniu ekwiwalentności świadczeń stron umowy.

Odnosnie do klauzuli VI wskazał, że przedstawia ona czytelne i weryfikowalne kryteria, od których rozstrzygnięcia zależy ustalenie czy ubezpieczającemu przysługuje świadczenie z umowy ubezpieczenia. Fakt, że prawo do świadczenia z umowy ubezpieczenia jest ustalane w pierwszej kolejności przez ubezpieczyciela, nie może budzić żadnych wątpliwości i jest standardowym rozwiązaniem wynikającym wprost z przepisów prawa. Przedstawione w klauzuli zdefiniowanie zakresu ubezpieczenia tylko pozornie może wydawać się ogólne, natomiast w konkretnym przypadku, gdy wystąpi zdarzenie ubezpieczeniowe, ustalenie, czy jest ono objęte zakresem ochrony (tj. czy transport medyczny jest organizowany czy też nie) nie wywołuje wątpliwości i przede wszystkim jest dokonywane w oparciu o obiektywne kryteria o charakterze medycznym, a decyzja o przyznaniu takiego świadczenia nie zależy od swobodnego uznania ubezpieczyciela, lecz musi opierać się na przesłankach zdefiniowanych w kwestionowanym zapisie. Kazyistyczne wymienienie przypadków, w których transport jest organizowany, zawęziłoby tylko katalog możliwych przypadków, w których ubezpieczonemu przysługuje ochrona ubezpieczeniowa. Kryterium funkcjonalne, jakie tu zastosowano, jest bardziej elastyczne i korzystne dla ubezpieczonego.

Odnosnie do klauzuli VII wskazał, że określa ono tryb postępowania w przypadku, gdy ubezpieczony nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym ubezpieczyciela i przez to nie mógł skorzystać z świadczenia i musiał ponieść koszty świadczenia assistance medycznego we własnym zakresie. Zapis ten przewiduje więc zupełnie dodatkową i nietypową możliwość uzyskania przez ubezpieczonego świadczenia z umowy ubezpieczenia assistance jako świadczenia pieniężnego, natomiast to, czy ubezpieczony uzyska pokrycie całości, czy części kosztów przez niego poniesionych zależy od tego, czy te koszty przewyższają koszty, jakie by poniósł ubezpieczyciel, gdyby to ubezpieczyciel organizował pomoc assistance. Określenie 5-dniowego terminu wpisuje się w specyficzne cechy ubezpieczenia natychmiastowej pomocy assistance, w którym roszczenia z definicji muszą być szybko zgłaszane i szybko realizowane oraz polegają przede wszystkim na organizacji i pokryciu kosztów usług assistance.

Odnosnie do klauzuli VIII wskazał, że dotyczy ona bezpośrednio składki i świadczenia ubezpieczyciela z umowy ubezpieczenia, a więc tych postanowień, które nie są oceniane pod kątem abuzywności, jeśli tylko są transparentne. Stanowisko powoda nie uwzględnia specyficznych cech umowy ubezpieczenia, w szczególności, że ubezpieczyciel świadczy ochronę ubezpieczeniową w zakresie określonego ryzyka, z tytułu czego oblicza i pobiera składkę ubezpieczeniową. W umowie ubezpieczenia na życie wiek ubezpieczonego jest jednym z istotnych czynników branych pod uwagę przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego. W ubezpieczeniu na życie

z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym kwestionowany zapis prowadzi do ograniczenia opłat z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego i zwiększania wartości polisy. Do czasu ukończenia przez ubezpieczonego 60 roku życia indeksacja składki wraz z podwyższeniem sumy ubezpieczenia ma na celu urealnienie wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia, natomiast po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 roku życia służy urealnieniu wysokości składki w stosunku do znacząco wzrastającego w tym czasie ryzyka ubezpieczeniowego. Dopuszczalność stosowania indeksacji wynika wprost z przepisów prawa.

Odnosnie do klauzuli IX wskazał, że jest to zapis biznesowy definiujący zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej ubezpieczonemu – zapis ten dotyczy więc bezpośrednio świadczenia ubezpieczyciela polegającego na świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej. Postanowienie to jest przy tym jednoznaczne i nie wywołuje wątpliwości interpretacyjnych. Gdy mowa o zapisie określającym zakres ubezpieczenia, kryterium stosowania nadmiernie uciążliwych formalności nie ma znaczenia i nie może być stosowane. Inaczej bowiem niż w przypadku ustalania prawa do odszkodowania, które mieści się w zakresie ubezpieczenia (i kiedy to zakaz stosowania nadmiernie uciążliwych formalności się aktualizuje), w przypadku tego zapisu nie może być mowy o uzależnieniu odpowiedzialności ubezpieczyciela od spełnienia uciążliwych formalności, ponieważ kryterium, o którym mowa w [art. 385³ pkt 21 k.c.](#), w ogóle nie dotyczy warunków stosowanych przez ubezpieczyciela dla określenia zakresu ubezpieczenia.

Odnosnie do klauzuli X wskazał, że jest ona spójna z postanowieniem ust. 9 tego samego paragrafu. Konstrukcja tego produktu ubezpieczeniowego zakłada możliwość zawarcia tylko jednej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego. Nie jest uzasadnione twierdzenie, że postanowienie to jest krzywdzące dla ubezpieczonego, gdyż pozbawia go części świadczenia, jaką mógłby uzyskać na podstawie umowy z najwyższą sumą ubezpieczenia, co wynika z treści wzorca.

Odnosnie do klauzuli XI wskazał, że zastosowanie znajdują tu rozważania dotyczące klauzuli III. Nie można to mówić o dowolnej, korzystnej dla ubezpieczyciela wykładni, treść postanowienia nie wywołuje wątpliwości. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się najpóźniej w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 70 roku życia. Jest to samodzielna podstawa ustania odpowiedzialności ubezpieczyciela, niezależna od innych przypadków określonych w umowie ubezpieczenia. Postanowienie definiuje zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej ubezpieczonemu, a więc jest to zapis dotyczący bezpośrednio świadczenia ubezpieczyciela w postaci udzielania ochrony ubezpieczeniowej i jednocześnie jest to element konstrukcji produktu ubezpieczeniowego, którego dotyczy, a więc nie podlega ocenie biorąc pod uwagę kryterium abuzywności. W ubezpieczeniach na życie wiek ubezpieczonego ma istotne znaczenie dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a ubezpieczyciel może, tworząc produkt ubezpieczeniowy, podjąć decyzję, że danego ryzyka nie obejmuje zakresem ochrony ubezpieczeniowej. Ta umowa ubezpieczenia zawierana jest jako kontynuacja ubezpieczenia grupowego, którego cechami charakterystycznymi są prostota obejmująca również uproszczone zasady kalkulacji składki odpowiadającej stałemu dla całej grupy osób ubezpieczonych zakresowi ochrony. Standardowo w przypadku ubezpieczeń indywidualnych osoby w podobnym wieku nie są obejmowane ochroną ubezpieczeniową, a objęcie ich taką ochroną wymagałoby zapłaty odpowiednio wysokiej składki. Kwestionowany zapis nie wyklucza odmiennego uregulowania kwestii wieku ubezpieczonego, na rzecz którego ma być świadczona ochrona ubezpieczeniowa w danej umowie ubezpieczenia zawartej na rachunek tego ubezpieczonego. Nieuzasadniony jest też zarzut, że ubezpieczony

korzysta z ochrony ubezpieczeniowej jedynie do ukończenia przez niego 70 roku życia mimo opłacenia pełnej składki ubezpieczeniowej.

Odnośnie do klauzul XII, to zastosowanie znajdują rozważania dotyczące klauzul III i XI.

W toku dalszego postępowania strony podtrzymały swoje stanowiska.

Sąd Okręgowy ustalił, co następuje:

(...) w prowadzonej przez siebie działalności gospodarczej posługuje się przygotowanymi przez siebie wzorcami umów, które zawierały następujące postanowienia (OWU k. 9-75):

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” – OWU Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „(...)”,
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 ciążyący na ubezpieczycielu będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.” – OWU Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „(...)”,
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 (....).” – OWU Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania,
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.” – OWU Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania,
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 świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.” – OWU Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania,

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.” – OWU Dodatkowego Ubezpieczenia „(...)”,

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.” – OWU Dodatkowego Ubezpieczenia „(...)”,

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.” – OWU Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne,

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 (...).” – Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań (...),

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.” – OWU Terminowe na życie,

11. „Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie, o którym mowa (...) kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 70 lat.” – OWU Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „Ekstrakontynuacja Wariant 2”,

12. „Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie, o którym mowa (...) kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 65 lat.” – OWU Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „Ekstrakontynuacja Wariant 2”.

Na podstawie uchwały nr 13/2010 z dnia 28.01.2010 r. pozwany zaprzestał stosowania lub zmienił brzmienie 10 z 12 powyższych klauzul (uchwała k. 129-135).

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie wyżej powołanych odpisów dokumentów. Strony nie kwestionowały autentyczności tych dokumentów, ani ich treści, zaś Sąd również nie miał wątpliwości, co do ich wartości dowodowej, stąd były one przydatne dla ustalenia stanu faktycznego.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo podlegało uwzględnieniu w przeważającej części.

Stosownie do treści [art. 479³⁶ k.p.c.](#) i [art. 479³⁸ 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 (por. wyrok SN z dnia 3.10.2008 r., I CSK 70/08, „Glosa” 2009, Nr 3, s. 8). Celem instytucji kontroli wzorców umownych 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 (uchwała SN z dnia 19.12.2003 r., III CZP 95/03, OSNC 2005, Nr 2, poz. 25, wyrok SOKiK z dnia 19.06.2002 r., XVII Amc 34/01, Dz.Urz.UOKiK 2002, Nr 3, poz. 174). Ocenie 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 (wyrok SOKiK z dnia 19.06.2002 r., XVII Amc 34/01, Dz.Urz.UOKiK 2002, Nr 3, poz. 174).

Niedozwolone postanowienia umowne to konstrukcja przewidziana w [art. 385¹ – 385³ k.c.](#), mająca na celu ochronę konsumenta przed niekorzystnymi postanowieniami umowy łączącej go z profesjonalistą. W myśl [art. 385¹ § 1 k.c.](#), za niedozwolone postanowienia umowne uznaje się postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione 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.

Z przytoczonego sformułowania wynika zatem, że możliwość uznania danego postanowienia umownego za niedozwolone i wyeliminowanie go z praktyki stosowania zależna jest od spełnienia następujących przesłanek:

- 1) postanowienie nie zostało uzgodnione indywidualnie, a więc nie podlegało negocjacom,
- 2) ukształtowane w ten sposób prawa i obowiązki konsumenta pozostają w sprzeczności z dobrymi obyczajami,
- 3) ukształtowane we wskazany sposób prawa i obowiązki rażąco naruszają interesy konsumenta,
- 4) postanowienie umowy nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron, w tym ceny lub wynagrodzenia.

Powyższe przesłanki muszą zostać spełnione łącznie, natomiast brak jednej z nich skutkuje, że Sąd nie dokonuje oceny danego postanowienia pod kątem abuzywności.

Przedmiotowe postanowienia w niemal wszystkich przypadkach (poza jedną klauzulą, o czym będzie mowa) 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. W odniesieniu do każdej klauzuli będzie o tym jeszcze mowa, ale w tym miejscu wskazać trzeba, że świadczeniem głównym stron jest: ze strony ubezpieczającego (ubezpieczonego) – zapłata składki, ze strony ubezpieczyciela – zapłata określonej kwoty pieniężnej w przypadku zajścia określonego zdarzenia. Oczywistym jest, jak słusznie podnosiła strona pozwana, że ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, jednak nie stanowi to jego świadczenia głównego – świadczenie główne w postaci świadczenia pieniężnego ziszcza się w przypadku zaistnienia zdarzenia przyjętego w umowie ubezpieczenia, a więc objętego zakresem ubezpieczenia. Jak wynika z treści [art. 805 k.c.](#), ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłaty określonej kwoty pieniężnej w określonych przypadkach, co nie oznacza – jak podnosiła strona pozwana – że zakres ubezpieczenia stanowi właśnie świadczenie główne. Mowa o tym będzie jeszcze poniżej, gdy poruszona zostanie kwestia wzajemności umowy ubezpieczenia.

Przedmiotowe OWU stosowane są przez pozwanego w obrocie z konsumentami, co było bezsporne. Jednocześnie nie budzi wątpliwości okoliczność, że konsumenci nie mieli wpływu na treść zakwestionowanej klauzuli, a zatem nie była ona z nimi uzgadniana indywidualnie. Nieuzgodnione indywidualnie są bowiem te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta ([art. 385¹ § 3 k.c.](#)).

Dodać jedynie trzeba, że bez znaczenia, z uwagi na treść [art. 479³⁹ – 479⁴⁰ k.p.c.](#), pozostawała 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 (k. 129-135).

Do rozstrzygnięcia pozostała więc kwestia, czy zakwestionowane przez powoda postanowienia kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

„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 mogą tu wejść w grę także inne aspekty: zdrowia konsumenta (i jego bliskich), jego czasu zbędnie traconego, dezorganizacji toku życia, przykrości, zawodu itp. Naruszenie interesów konsumenta wynikające z

niedozwolonego postanowienia musi być rażące, a więc szczególnie doniosłe. Pełnię treści tych pojęć, w szczególności w stosunkach umownych między profesjonalistą a konsumentem, nadaje judykatura. Przykładowo, w wyroku z dnia 13.07.2005 r. (I CK 832/04, „Biuletyn SN” 2006, Nr 2, s. 86) Sąd Najwyższy wskazał, że rażące naruszenie interesów konsumenta istotnie można rozumieć jako nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym. Natomiast działanie wbrew dobrym obyczajom (w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego) oznacza tworzenie przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku. Tak w szczególności kwalifikowane są wszelkie postanowienia, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy. Właśnie brak równowagi kontraktowej jest najczęściej wskazywanym przejawem naruszenia dobrych obyczajów drogą zastosowania określonych klauzul umownych (por. wyrok SN z dnia 13.07.2005 r., I CK 832/04, „[Prawo Bankowe](#)” 2006, Nr 3, s. 8). Jednocześnie należy uwzględnić nie tylko interesy o wymiarze ekonomicznym, ale inne, zasługujące na ochronę dobra konsumenta, jak jego czas, prywatność, poczucie godności osobistej czy satysfakcja z zawarcia umowy o określonej treści (por. M. Bednarek [w:] *System prawa prywatnego*, t. 5, Warszawa 2006, s. 663). Sprzeczne z dobrymi obyczajami są zatem, przykładowo, działania wykorzystujące niewiedzę, naiwność czy brak doświadczenia konsumenta, naruszające zasadę równorzędności stron umowy, zmierzające do dezinformacji, wywołujące błędne przekonanie konsumenta. Chodzi więc o działania określane jako nieuczciwe, nierzetelne i odbiegające na niekorzyść konsumenta od przyjętych standardów postępowania.

Obie wskazane w [art. 385¹ § 1 k.c.](#) formuły prawne służą ocenie tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają, mówiąc najogólniej, określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków stron konsumenckiego stosunku obligacyjnego. Wspomniana rzetelność kontraktowa może być, oczywiście, analizowana w ramach określonego (stypizowanego) stosunku obligacyjnego z konsumentem.

Jednocześnie ustawodawca przesądził, które z postanowień mogą być uznane, w razie wątpliwości, za klauzule niedozwolone, tworząc w [art. 385³ k.c.](#) katalog tzw. szarych klauzul stosowanych w obrocie z konsumentem. W wyroku z dnia 3.02.2006 r. (I CK 297/05, „Wokanda” 2006, Nr 7-8, s. 18) Sąd Najwyższy stwierdził, że w [art. 385³ k.c.](#) chodzi o ułatwienie sądowi dociekań, czy rozważane *in casu* postanowienie wzorca kontraktowego stanowi postanowienie niedozwolone, to znaczy takie, które kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy ([art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c.](#)). Lista tych postanowień odpowiada katalogowi typowych klauzul niedozwolonych wskazanych w dyrektywie nr 93/13/WE z dnia 5.04.1993 r. o nieuczciwych warunkach w umowach konsumenckich (Dz.Urz. WE z 1993 r. L 95, s. 29). Oznacza to, że użycie w [art. 385³ k.c.](#) sformułowania „w razie wątpliwości” nie powoduje, że zapisy tego przepisu nie mogą być brane przy wykładni w [art. 385¹ k.c.](#), a więc czy doszło do naruszenia dobrych obyczajów i rażącego naruszenia interesów konsumentów. Zestawienie zawarte w [art. 385³ k.c.](#) określa bowiem najjaskrawsze przykłady niedozwolonych postanowień umownych, które o ile nie zawsze (nie w każdym przypadku) muszą być uznane za niedozwolone, to jednak stanowią wytyczne dla określenia abuzywności postanowień umownych.

Przekładając powyższe na realia niniejszej sprawy należy w pierwszej kolejności wskazać, że wiele kontrowersji zarówno w doktrynie, jak i orzecznictwie budzi kwestia wzajemnego charakteru umowy ubezpieczenia (por. np. A. Chruścicki, Umowa ubezpieczenia po nowelizacji kodeksu cywilnego. Komentarz, Warszawa 2008, s. 21, M. Krajewski, Umowa ubezpieczenia. Komentarz, Warszawa 2004, s. 47, L. Ogiegło [w:] K. Pietrzykowski (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, t. II, Warszawa 2009). W literaturze najczęściej przyznawano umowie ubezpieczenia jedynie dwustronnie zobowiązujący charakter. Celem umowy wzajemnej jest doprowadzenie do wymiany świadczeń, co powoduje silne związanie stron i ich większą współzależność od siebie (por. [art. 487 § 2 k.c.](#)). Świadczenia podlegające wymianie pomiędzy stronami nie muszą być jednorodnjowe. Przy definiowaniu umowy wzajemnej nie wymaga się też, aby świadczenia obu stron były względem siebie równowartościowe – wystarczy stwierdzenie istnienia więzi funkcjonalnej obu świadczeń polegającej na uzależnieniu świadczenia jednej ze stron od świadczenia drugiej strony. Ekwiwalentność świadczeń nie musi być obiektywna, może być jedynie subiektywna.

Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20.10.2006 r. (IV CSK 125/06, OSNC-[ZD 2008](#), Nr 1, poz. 7), na świadczenie ubezpieczyciela można spojrzeć z dwóch punktów widzenia. Według tzw. teorii świadczenia pieniężnego, świadczeniem zakładu ubezpieczeń jest zapłata określonej sumy pieniężnej, a tę zakład świadczy tylko wtedy, gdy zajdzie wypadek ubezpieczeniowy. Przy tej koncepcji ujawnia się losowy charakter umowy, widoczny jest też 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. Według konkurencyjnej tzw. teorii ryzyka, zakład ubezpieczeń, zobowiązując się do ponoszenia ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie wypadku ubezpieczeniowego, „świadczy” ochronę ubezpieczeniową. Świadczeniem zakładu ubezpieczeń jest zatem udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, a ewentualnie – gdy do wypadku dojdzie – także świadczenie pieniężne. Na gruncie przepisów [kodeksu cywilnego](#) o ubezpieczeniach należy się opowiedzieć za pierwszą z wymienionych teorii, znajdującą wyraźne oparcie w przepisie traktującym o zobowiązaniu zakładu ubezpieczeń do spełnienia świadczenia w razie zajścia określonego wypadku ([art. 805 § 1 k.c.](#)). Obowiązek świadczenia nie powstanie zanim nie nastąpi zdarzenie określone w umowie – gdy do wypadku dojdzie, zakład ubezpieczeń wykona swoje zobowiązanie, spełniając świadczenie w postaci zapłaty odszkodowania lub umówionej sumy ([art. 805 § 2 k.c.](#)). Wbrew pogładowi zwolenników tzw. teorii ryzyka, fakt posłużenia się w ustawie zwrotem „w szczególności” nie stanowi przekonującego argumentu na rzecz tezy, że świadczeniem zakładu może być, w rozumieniu przepisu, także samo zapewnianie ochrony ubezpieczeniowej. Według tej teorii, ponoszenie ryzyka stanowi istotę zobowiązania zakładu ubezpieczeń, nieodłączną cechę każdej umowy ubezpieczenia. Nie sposób uznać, aby takie główne „świadczenie” nie zostało ujęte w przepisie, który precyzuje pojęcie świadczeń zakładu. Nie da się to pogodzić z zasadą konstruowania przepisów zawierających katalogi niezamknięte, w których „w szczególności” wymienia się elementy podstawowe, typowe, najczęściej występujące, pozostawiając otwarte pole jedynie dla niedających się stypizować, przewidzieć albo uwzględnić z powodu znacznej liczby. Poza tak ujmowanym katalogiem nie pozostawia się elementu o zasadniczym znaczeniu, a tak miałyby być przy koncepcji, że podstawowym – choć niewymienionym w przepisie – świadczeniem zakładu ubezpieczeń jest świadczenie ochrony ubezpieczeniowej, wyrażające się w gotowości zapłaty świadczenia pieniężnego w razie wystąpienia określonego zdarzenia. Należy także zaaprobować te

wypowiedzi piśmiennictwa, w których akcentuje się, że uznawanie udzielania ochrony ubezpieczeniowej za świadczenie nie daje się pogodzić z klasyczną definicją świadczenia jako zachowania dłużnika zgodnego z treścią zobowiązania ani zharmonizować z istotną cechą zobowiązania, jaką jest możliwość żądania przez wierzyciela przymusowego spełnienia świadczenia. Nie bez znaczenia jest również argument, że w większości przepisy dotyczące wykonania i skutków niewykonania zobowiązań z umów wzajemnych nie mogą znaleźć właściwego zastosowania do umowy ubezpieczenia, zatem ani treść przepisów, ani istotne cechy zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia, ani wreszcie charakter i skutki umów wzajemnych, nie stwarzają dostatecznych podstaw do uznania umowy ubezpieczenia za umowę wzajemną w rozumieniu [art. 487 § 2 k.c.](#)

Powyższy pogląd, jako uzasadniony i mając oparcie w przepisach prawa, należy zaakceptować. Wynikają z niego dwie kwestie: po pierwsze – umowa ubezpieczenia nie jest umową wzajemną, a po drugie – nie stanowi świadczenia ubezpieczyciela objęcie ubezpieczonego ryzykiem ubezpieczeniowym, czy zakres ubezpieczenia, ale wyłącznie spełnienie świadczenia pieniężnego w sytuacji zajścia zdarzenia objętego ochroną, o czym była mowa powyżej.

W związku z powyższym odnieść się należy do poszczególnych klauzul objętych pozwem.

Klauzula I

Jak wynika z [art. 454 § 1 k.c.](#), miejscem spełnienia przez dłużnika świadczenia pieniężnego jest siedziba wierzyciela. W przypadku rozliczenia bezgotówkowego miejscem spełnienia świadczenia jest miejsce, gdzie prowadzony jest bankowy rachunek wierzyciela, dokonanie bowiem wpisu na tym rachunku („uznanie”) jest równoznaczne z uzyskaniem przez wierzyciela możliwości rozporządzania odnośną kwotą, to zaś dopiero może być uznane za równoważne z otrzymaniem należności. Spełnienie świadczenia bezgotówkowego następuje więc w dniu uznania rachunku bankowego wierzyciela, chyba że strony stosunku zobowiązaniowego postanowiły inaczej (por. np. wyrok SN z dnia 12.07.1996 r., II CRN 79/96, Lex nr 465045, uchwałę SN z dnia 4.01.1995 r., III CZP 164/94, OSNC 1995, Nr 4, poz. 62, czy wyrok NSA z dnia 29.08.2002 r., V SA2718/01, „Biuletyn Skarbowy” 2003, Nr 3, s. 31).

Przedmiotowa klauzula dotyczy spełnienia świadczenia pieniężnego (składki ubezpieczeniowej) przez dłużnika będącego konsumenta (ubezpieczającego) na rachunek bankowy ubezpieczyciela. Oczywistym jest, 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, nieściśle 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 poprawieni 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 (k. 12-14). Data uiszczenia składki ma więc niezwykle istotne znaczenie z punktu widzenia konsumenta (ubezpieczonego). Słusznie podnosiła strona pozwana, że tytuł przelewu powinien być określony dokładnie. Nie zmienia to jednak okoliczności, że wpływ środków pieniężnych na rachunek bankowy wierzyciela, niezależnie od tego, czy tytuł przelewu został określony tak, jak sobie życzyłby wierzyciel, oznacza spełnienie świadczenia przez dłużnika (pozostaje ewentualnie kwestia zaliczenia na wcześniejsze zadłużenia – [art. 451 k.c.](#), ale klauzula ta tej kwestii nie dotyczy). Oczywistym jest, że dokładne oznaczenie tytułu przelewu ułatwia przypisanie wpłaty pozwanemu, nie jest jednak w żaden sposób uprawnione uzależnienie przez (...)faktu spełnienia świadczenia przez konsumenta od tego, czy tytuł przelewu jest z punktu widzenia pozwanego wystarczający dla dokonania takiej czynności. Co więcej, nawet gdyby były problemy z „przypisaniem” składki i nastąpiło opóźnienie w jej przyporządkowaniu, to i tak wpłacone środki są już w posiadaniu ubezpieczyciela, który może korzystać z nich i pobierać korzyści (dysponować i obracać tymi środkami). Tymczasem 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.

Już chociażby z tego powodu klauzula I jest abuzywna. Warto jednak również zauważyć, że ubezpieczyciel nie określił, jak powinien brzmieć prawidłowy tytuł wpłaty. Pozwany podnosił w tym przedmiocie, że w takiej sytuacji wymaganie to spełni każdy sposób jej oznaczenia, który tylko pozwoli na przypisanie składki do umowy ubezpieczenia, a nadmierny formalizm w tym zakresie mógłby bardziej działać na niekorzyść konsumenta. Nie zmienia to jednak faktu, że to od decyzji pozwanego zależy uznanie, czy takie, a nie inne określenie tytułu przelewu będzie dla niego wystarczające dla właściwego przypisania składki. (...) ma tu dowolność w tym sensie, że od jej woli uzależnione jest spełnienie świadczenia przez konsumenta. Nie jest w szczególności wiadome, czy wystarczające jest np. właściwe podanie numeru subkonta, czy niezbędne jest podanie numeru polisy, a nawet jeżeli będzie błędne subkonto, to czy prawidłowy numer polisy pozwoli na prawidłowe przypisanie składki. W ten sposób pozwany przyznał sobie *de facto* prawo do wiążącej interpretacji umowy i stwierdzenia, czy dana wpłata została dokonana w prawidłowy sposób. Taki brak jednoznaczności oraz wynikająca stąd swoboda interpretacyjna może powodować, że data uznania zapłaty składki może różnić się na niekorzyść konsumenta (ubezpieczonego) od daty dokonania faktycznej zapłaty, albowiem ubezpieczyciel, korzystając z wpłaconych środków, może jednocześnie dokonać przypisania wpłaty w późniejszym terminie, a pobrać odsetki za zwłokę, jak również odmówić ochrony ubezpieczeniowej. To, że powszechnie przyjętą praktyką jest określanie tytułu wpłaty w dyspozycji przelewu nie oznacza, że pozwany ma prawo uzależniać datę spełnienia świadczenia od okoliczności, które sam uzna za wystarczające.

Na marginesie należy wskazać, jak podkreślił Sąd Apelacyjny w Warszawie, naruszenie dobrych obyczajów polega także na narzucaniu przez przedsiębiorcę we wzorcach umów rozwiązań niezgodnych z przepisami prawa względnie obowiązującymi, czyli takimi, które można ustalić w umowie, ale nie ma takiego obowiązku (por. wyrok SA w Warszawie z dnia 22.11.2005 r. VI ACa 177/2005, niepubl.).

Wobec powyższego przedmiotowe postanowienie należy uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interesy konsumentów, a w konsekwencji za niedozwolone postanowienie umowne, jako że narusza ono art. [art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 9 k.c.](#)

Klauzula II

Postanowienie to 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 nakładły w ogóle na pozwanego określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążyący na nim będzie ustalany na podstawie tych przepisów prawa.

Przepisy [kodeksu cywilnego](#) dopuszczają możliwość modyfikacji treści postanowień umów ubezpieczenia w zakresie praw i obowiązków stron. Jak stanowi [art. 812 § 8 k.c.](#), różnicę między treścią umowy a ogólnymi warunkami ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązany jest przedstawić ubezpieczającemu w formie pisemnej przed zawarciem umowy. W razie niedopełnienia tego obowiązku ubezpieczyciel nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego. Przepisu nie stosuje się do umów ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji. Zgodnie z § 9 tego artykułu, przepis [§ 8](#) stosuje się odpowiednio w razie zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia w czasie trwania stosunku umownego. Z kolei w [art. 830 § 4 k.c.](#) dopuszczono możliwość zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia na życie w czasie trwania stosunku umownego, a ponadto przyznano ubezpieczycielowi możliwość wypowiedzenia umowy jedynie w wypadkach wskazanych w ustawie, odsyłając w tym zakresie do § 3.

W świetle [art. 830 § 1 k.c.](#) ubezpieczający przy ubezpieczeniu osobowym posiada szersze uprawnienia do rozwiązania umowy, gdyż może on wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a w razie jego braku – ze skutkiem natychmiastowym. W szczególności może on wypowiedzieć umowę, jeżeli na skutek zmiany bezwzględnie obowiązujących przepisów zmianie ulegnie zakres ubezpieczenia, zwłaszcza gdy ulegnie on zawężeniu lub zmniejszą się obowiązki ubezpieczyciela. Jednakże podstawą do podjęcia przez konsumenta takiej decyzji jest uzyskanie informacji o zmianie zakresu ubezpieczenia i zmianie postanowień umowy.

W tym przypadku mamy do czynienia z upoważnieniem nadanym ubezpieczycielowi do zmiany jego obowiązków (nie ma tu, co prawda, odniesienia wprost do zakresu ubezpieczenia, jednak obowiązki ubezpieczyciela właśnie z niego wynikają) bez konieczności zmiany postanowień umowy, czy nawet powiadomienia konsumenta (ubezpieczającego) o tej zmianie, nawet gdy skutkuje to niekorzystną dla konsumenta zmianą. Jednocześnie zapis wzorca nie obliguje ubezpieczyciela do poinformowania konsumenta o zmianie umowy, co powoduje, że do momentu spełnienia świadczenia ubezpieczyciela ubezpieczający może działać w przekonaniu, że jego kontrahenta obciążają te same obowiązki, które zostały określone przy zawarciu umowy, podobnie jak i ten sam zakres ubezpieczenia. Bez znaczenia pozostaje podnoszona przez pozwanego okoliczność, że na podstawie obserwacji zmian prawa w ostatnich latach można stwierdzić, że zmiany prawa najczęściej są korzystne właśnie dla ubezpieczającego i ubezpieczonego, a nie dla ubezpieczyciela. Jak już wskazano, kontrola w niniejszej sprawie ma charakter abstrakcyjny, w oderwaniu od praktyki.

Niewątpliwie kwestionowane postanowienie przewiduje 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 (por. wyrok SN z dnia 17.09.2004 r., V CK 54/04, Lex nr 194079). Jednak zmiana warunków ubezpieczenia, jak wskazano, 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 powyższymi przepisami [kodeksu cywilnego](#), wprowadzając „automatyzm” zmian, bez obowiązku ich notyfikacji.

Jak stanowi [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. Ponieważ zapis klauzuli II jest sprzeczny z powołanymi wcześniej przepisami, to trzeba wskazać, jak podkreślono w orzecznictwie Sądu Najwyższego, postanowienie wzorca umowy, sprzeczne z bezwzględnie obowiązującym przepisem ustawy, nie może być uznane za niedozwolone postanowienie umowne ([art. 385¹ § 1 k.c.](#)). Gdy zastrzeżenie w nowo zawieranych umowach postanowienia wzorca umowy uznanego za niedozwolone jest nieważne ([art. 58 § 1 i 3 k.c.](#)), to w razie sprzeczności takiego postanowienia z ustawą jest ono również nieważne. Nie ma zatem potrzeby wszczynania postępowania o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone, skoro od początku jest ono nieważne. Z odpowiedniego zastosowania [art. 385¹ § 1 k.c.](#) wynika, że w ramach kontroli abstrakcyjnej za niedozwolone może być uznane postanowienie wzorca umowy, które kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Postanowienie wzorca umowy sprzeczne z ustawą nie może wywrzeć skutku prawnego ([art. 58 § 1 k.c.](#)) i nie może kształtować praw i obowiązków konsumenta oraz nie jest w stanie rażąco naruszyć jego interesów. Nie może też w konsekwencji podlegać ocenie z punktu widzenia zgodności z dobrymi obyczajami. Nie zawsze zresztą postanowienie wzorca umowy sprzeczne z ustawą musi być jednocześnie uznane za sprzeczne z dobrymi obyczajami. Postanowienie zaś sprzeczne z dobrymi obyczajami w rozumieniu [art. 385¹ § 1 k.c.](#) musi być zgodne z ustawą. Świadczy o tym [art. 385³ k.c.](#), który przykładowo wymienia niedozwolone postanowienia umowne. Wszystkie wymienione w tym przepisie postanowienia są w założeniu zgodne z ustawą, mogą natomiast być uznane za sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumenta. Postanowienie wzorca umownego sprzeczne z ustawą jest więc nieważne, a [art. 385¹ k.c.](#) nie może być traktowany jako przepis, który przewiduje inny skutek w rozumieniu [art. 58 § 1 in fine k.c.](#), w szczególności ten, że na miejsce nieważnych postanowień czynności prawnej wchodzi odpowiednie przepisy ustawy. Odmierna interpretacja oznaczałaby, że w wypadku abstrakcyjnej kontroli wzorca umownego postanowienie sprzeczne z ustawą mogłoby być jedynie uznane za niedozwolone, natomiast w razie zamieszczenia takiego postanowienia w konkretnej umowie byłoby ono nieważne ([art. 58 § 1 i 3 k.c.](#)). Tymczasem, skoro stosunki prawne i czynności prawne mogą być abstrakcyjne albo konkretne, tak samo sankcja nieważności czynności prawnej może być abstrakcyjna albo konkretna (por. uchwałę SN z dnia 13.01.2011 r., III CZP 119/10, „Biuletyn SN” 2011, Nr 1, poz. 6, wyrok SN z dnia 20.01.2011 r., I CSK 218/10, Lex nr 707845).

Z powyższym należy się zgodzić. W konsekwencji, skoro klauzula II jest sprzeczna z przepisami bezwzględnie obowiązującymi, to powództwo w tym zakresie podlegało oddaleniu.

Klauzula III

Klauzula ta określa datę zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania – w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego. Nie ma uzasadnienia stwierdzenie pozwanego, że postanowienie to nie podlega ocenie biorąc pod uwagę kryterium abuzywności ([art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.](#)), jako że nie określa ono świadczenia głównego ubezpieczyciela – czym innym jest zakres ochrony ubezpieczeniowej, a czym innym świadczenie główne ubezpieczyciela (wyplata określonej sumy pieniężnej w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego), o czym była mowa powyżej.

Bez znaczenia pozostaje 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 tracie sens prowadzenie działalności ubezpieczeniowej. Może również ustalić składkę ubezpieczeniową na określonym, satysfakcjonującym go poziomie. Nie oznacza to jednak możliwości stosowania zapisów niezgodnych z prawem konsumenckim.

W tym przypadku jednak, wbrew twierdzeniom strony powodowej, zakończenie ochrony ubezpieczeniowej zostało określone przez pozwanego w sposób jak najbardziej 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 (k. 19). Rocznicą polisy jest rocznica zawarcia umowy ubezpieczenia – definicja ta wynika z § 1 ust. 2 pkt 10 (k. 11). Implikuje to wniosek, że ochrona ubezpieczeniowa trwa 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 był 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 OWU (k. 19v). Opłata ta, jak wynika z § 13 ust. 9 OWU, pobierana jest oddzielnie za każdy miesiąc polisowy trwania ochrony (k. 15). 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.

Nie mamy tu więc do czynienia z interpretacją przez ubezpieczyciela, jako autora wzorca umowy, tego wzorca i zawartej umowy.

W związku z powyższym, klauzula III nie spełnia wymogu abuzynośności, jako że nie kształtuje praw i obowiązków konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. W konsekwencji, powództwo w tym zakresie podlegało oddaleniu.

Klauzula IV

Przedmiotowe postanowienie wprowadza ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zawarcia dodatkowej 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.

Wbrew twierdzeniom stron, klauzula ta nie określa świadczenia głównego, o którym była mowa powyżej, gdyż określa zakres ochrony ubezpieczeniowej, wyłączając te choroby, które już wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem przez niego umowy ubezpieczenia. Tym niemniej, nawet gdyby uznać (co nie ma uzasadnienia), że chodzi tu o świadczenie główne, to i tak rozstrzygnięcie byłoby takie samo. Postanowienia dotyczące świadczeń głównych stron nie podlega kontroli z punktu widzenia abuzynośności, chyba że nie zostały sformułowane jednoznacznie (*argumentum a contrario* z [art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.](#)). Treść przedmiotowego postanowienia ustalona przez jego autora, tj. ubezpieczyciela, nie jest jednoznaczna, przez co może być dowolnie interpretowana. Słusznie wskazała strona powodowa, że zastosowany w klauzuli IV 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.

Jak wskazała strona pozwana, „skoro zapis ten nie zawiera ograniczenia, z którego by wynikało, że chodzi o choroby zdiagnozowane, to nie ulega wątpliwości, że mowa w nim o chorobach, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezależnie od tego czy były zdiagnozowane, czy też nie”. Oczywiście, mając na uwadze katalog poważnych zachorowań (k. 13-15), przyjąć można, że powinno nastąpić zdiagnozowanie choroby przez lekarza, jednak można sobie wyobrazić sytuację, w której chory nie uda się do lekarza. Zatem to od oceny pozwanego będzie zależeć, czy dana choroba „wystąpiła” przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinien przeprowadzić szczegółowy wywiad medyczny dotyczący przebytych chorób przez ubezpieczonego ([art. 815 k.c.](#)), a zebrane w ten sposób informacje służą ocenie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kalkulacji wysokości składki, jednakże fakt wystąpienia danej choroby powinien być w sposób obiektywny stwierdzony. Taki miernik wprowadzony został w pewnym sensie w nowym brzmieniu tej klauzuli, gdzie określono, że wystąpienie zachorowania oznacza jego zdiagnozowanie lub leczenie. Natomiast brak jednoznaczności przedmiotowego postanowienia skutkuje możliwością przyznania sobie przez ubezpieczyciela, który jest zarazem autorem wzorca i jednocześnie zobowiązanym do spełnienia świadczenia określonego umową, prawa do dokonania jego wiążącej interpretacji i dokonania jej w sposób korzystny dla siebie. Nawet w sytuacji, gdy poważne zachorowanie, stanowiące podstawę wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie zostało zdiagnozowane przez właściwego lekarza przed zawarciem umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel może odmówić spełnienia świadczenia,

powołując się na „wystąpienie” przed zawarciem umowy objawów tego zachorowania, a więc bez oparcia w obiektywnym stwierdzeniu tego zachorowania przez lekarza. Skoro kwestionowany zapis nie zawiera odwołania do obiektywnego kryterium stwierdzenia wystąpienia poważnego zachorowania przed zawarciem umowy ubezpieczenia (choćby w postaci dokumentacji lekarskiej), wyłącznie od interpretacji strony pozwanej zależy uznanie bądź nie, czy poważne zachorowanie wystąpiło, czy nie.

Wobec powyższego klauzula IV jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i narusza w sposób rażący interesy konsumentów, a w konsekwencji jest niedozwolonym postanowieniem umownym – jako sprzeczna z [art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 9 k.c.](#)

Klauzula V

W odniesieniu do tej klauzuli, w pozwie została podana nieco inna jego treść niż wynikająca z treści § 7 ust. 5 OWU Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, gdyż w OWU jest zapis, że „(...) wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę (...)”, zaś w pozwie znalazł się zapis o treści: „(...) wówczas ze świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszone jest o kwotę (...)”, jednak uznać należy, że była to oczywista omyłka pisarska i rozpatrzeniu podlegała klauzula w treści wynikającej z OWU.

Postanowienie to zostało zamieszczone we wzorcu umowy, której przedmiotem jest dodatkowe ubezpieczenie ubezpieczonego posiadającego już wykupione ubezpieczenie na życie. W takiej sytuacji konsument opłaca składki ubezpieczeniowe na podstawie dwóch umów i ma prawo oczekiwać, że w przypadku zaistnienia okoliczności przewidzianych w tych umowach uzyska od ubezpieczyciela świadczenia (odszkodowania) określone w umowach, których wysokość powinna odpowiadać czasowi i zakresowi ubezpieczenia oraz wysokości wpłacanych składek. Jednak ubezpieczyciel wprowadził w kwestionowanym postanowieniu zastrzeżenie, że jeżeli wypłacił ubezpieczonemu świadczenie z tytułu wystąpienia u niego poważnego zachorowania, a następnie ubezpieczony zmarł lub zginął w okresie 6 miesięcy od daty doręczenia wniosku o wypłatę tego świadczenia, to świadczenie z tytułu zgonu zostanie pomniejszone o kwotę wypłaconego już świadczenia. Pomijając kwestię ekwiwalentności świadczeń w przypadku umowy ubezpieczenia, o której była mowa powyżej, to zapis tej klauzuli nie tylko narusza interesy ekonomiczne konsumentów (ubezpieczonych), ale przede wszystkim ogranicza wysokość świadczenia nawet w sytuacji, gdy brak jest związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy zgonem a poważnym zachorowaniem, które było tytułem wypłaty świadczenia. Innymi słowy, nawet w sytuacji, gdy zgon ubezpieczonego nie pozostaje w żadnym związku z poważnym zachorowaniem, to ubezpieczyciel jest uprawniony do pomniejszenia odszkodowania.

Natomiast całkowicie bezzasadne i bezprzedmiotowe były wywody pozwanego odnośnie do tego, że umowa ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania jest zawsze umową dodatkową do umowy ubezpieczenia na życie ubezpieczonego, a konstrukcja produktu ubezpieczeniowego jest taka, że w przypadku wystąpienia po sobie w okresie pół roku poważnego zachorowania i zgonu, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe w sumie świadczeniu z tytułu zgonu. Skoro pozwany kalkuluje składkę ubezpieczeniową na określonym poziomie i pobiera składki z tytułu każdej z umów (choćby różnie nazwane), to jest zobowiązany do stosownych

świadczeń, a więc świadczeń wynikających z tychże umów. Nawet jednak gdyby przyjąć, że za dopuszczalne mogłoby zostać uznane takie potrącenie, gdy zgon w tym terminie był skutkiem poważnego zachorowania, tj. istniał związek przyczynowo-skutkowy, jak twierdziła strona powodowa, to i tak klauzula ta takiego zastrzeżenia nie zawiera. I bez znaczenia pozostaje, czy wysokość świadczenia zostaje określona w sposób kwotowy, czy w jakikolwiek inny, ale umożliwiający jego ustalenie w sposób niebudzący wątpliwości. Nie stanowi również przesłanki uznania, że dana klauzula nie stanowi postanowienia abuzywnego okoliczność, że do oceny klienta należy uznanie, czy oferta pozwanego jest dla niego atrakcyjna i stosownie do wyników tej oceny zawrze umowę ubezpieczenia z pozwanym lub stwierdzając, że oferta (...) nie odpowiada jego oczekiwaniom, poszuka innej. Kwestia możliwości wyboru ofert konkurencji nie stanowi podstawy abstrakcyjnej kontroli postanowień umownych.

Tym niemniej zgodzić się należy ze stroną pozwaną, że klauzula ta dotyczy świadczenia głównego z tytułu umowy ubezpieczenia, a mianowicie wypłaty świadczenia pieniężnego i jego wysokości. Jak już wskazano wcześniej, świadczeniem głównym ubezpieczyciela przy ubezpieczeniu osobowym jest zapłata umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Postanowienie to zostało sformułowane w sposób jednoznaczny (co nie jest równoznaczne, że w sposób prawidłowy). Przez pojęcie jednoznaczności należy rozumieć brak wątpliwości co do znaczenia postanowień wzorca. Ich interpretacja nie powinna umożliwiać nadania im różnych znaczeń. Do wieloznaczności może prowadzić używanie terminów nieostrych, które pozwalają na formułowanie kilku (zamiast jednej) różniących się od siebie norm, dotyczących zachowania stron stosunku. Natomiast klauzula V nie pozostawia wątpliwości interpretacyjnych, gdyż w sposób dokładny określa warunki obniżenia wysokości świadczenia. W takiej sytuacji postanowienie to nie podlega kontroli pod kątem jego abuzywności ([art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.](#)), a więc powództwo w tym zakresie z tej właśnie przyczyny podlegało oddaleniu.

Klauzula VI

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, 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 (k. 27). Lekarzem uprawnionym, stosownie do definicji zawartej w § 2 ust. 1 pkt 4, jest lekarz konsultant centrum operacyjnego (k. 27v). Zresztą do takiego samego wniosku doszła strona powodowa wskazując, że należy uznać, że decyzję w tym zakresie podejmuje centrum operacyjne assistance, a więc ubezpieczyciel, będący jednocześnie autorem wzorca umowy.

Nie znajduje jednak żadnego potwierdzenia stanowisko pozwanego, że kwestionowany zapis przedstawia czytelne kryteria, od których rozstrzygnięcia zależy ustalenie czy ubezpieczającemu przysługuje świadczenie z umowy ubezpieczenia, i że kryteria te są weryfikowalne, a zarówno brak konieczności interwencji pogotowia ratunkowego, jak i wynikające ze stanu zdrowia pacjenta utrudnienie w korzystaniu z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu stanowią

przesłanki, których ustalenie powinno być dokonywane osobno w każdym przypadku wystąpienia szkody, z uwzględnieniem wiedzy medycznej.

Przed wszystkim należy zauważyć, że 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). Trudno jest więc tu mówić o „obiektywnych kryteriach medycznych”, gdyż wyłącznie od subiektywnej oceny lekarza konsultanta centrum operacyjnego, podejmującego decyzję bez zbadania ubezpieczonego, zależy uznanie, czy wymagana jest interwencja pogotowia ratunkowego. Co więcej, osoba ta podejmuje decyzję, czy stan zdrowia pacjenta umożliwia skorzystanie ze środka transportu prywatnego lub publicznego. Tu w grę nie będą wchodzić wyłącznie kwestie medyczne, gdyby nawet przyjąć, że obiektywne, ale także takie okoliczności, jak dostępność środka transportu, częstotliwość kursowania środków transportu komunikacji miejskiej, odległość od przystanku, możliwość pomocy ze strony innych osób itd. Nie można więc mówić, że są to kryteria obiektywne o charakterze medycznym. To właśnie od swobodnego uznania ubezpieczyciela zależy decyzja o przyznaniu świadczenia objętego przedmiotową klauzulą.

Powyższe oznacza, 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. Można wyobrazić sobie sytuację, że kazuistyczne wymienienie przypadków, w których transport jest organizowany, mogłoby zawęzić katalog możliwych przypadków, w których ubezpieczonemu przysługuje ochrona ubezpieczeniowa, jednak wcale nie musiałyby tak być, wszystko zależy od sposobu skonstruowania postanowienia. Kryterium funkcjonalne, jakie zastosowane zostało w kwestionowanym postanowieniu, jest elastyczne, jak podnosiła strona pozwana, ale w tym sensie, że pozwala pozwanemu na – tak naprawdę – dowolną interpretację treści umowy, w związku z czym nie można uznać, aby było korzystne dla ubezpieczonego.

Wobec powyższego przedmiotowe postanowienie należy uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów, a w konsekwencji za niedozwolone postanowienie umowne – jako sprzeczne z [art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 9 k.c.](#)

Klauzula VII

Przedmiotowa klauzula przewiduje 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, 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 bowiem, 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 bardzo krótki, szczególnie jeżeli weźmiemy 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 oczywistym jest niemożność skontaktowania się przez ubezpieczonego (jego małżonek lub dziecko) z pozwanym, a skutki tego są – w świetle zapisu klauzuli VII, 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. Warto zauważyć, że to od wyłącznej decyzji pozwanego zależy, czy zwróci on takie koszty, czy odmówi ich zwrotu.

Po trzecie, klauzula ta 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. 385³ pkt 9 k.c.](#) W postanowieniu tym 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. Uznać więc należy, że decyzję w tym przedmiocie podejmuje wyłącznie pozwany, który sam decyduje, bez oparcia o jakies obiektywne kryteria, w jakiej części (i czy w ogóle) zrefunduje ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty. Poza tym, 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 *post factum* 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, że to ubezpieczyciel posiada faktyczną interpretowania umowy, a zwłaszcza tego postanowienia, której może dokonywać z korzyścią dla siebie.

I bez znaczenia pozostaje stwierdzenie pozwanego, że postanowienie to jest niejako konsekwencją specyficznych cech umowy ubezpieczenia w zakresie assistance, w ramach której ubezpieczyciel w przypadkach określonych w umowie zobowiązuje się zorganizować i pokryć koszty usług natychmiastowej pomocy na rzecz ubezpieczonego, który w danej sytuacji, w danym czasie takiej pomocy potrzebuje, a kwestionowany zapis przewiduje więc zupełnie dodatkową i nietypową możliwość uzyskania przez ubezpieczonego świadczenia z umowy ubezpieczenia assistance jako świadczenia pieniężnego. Ewentualne „specyficzne cechy umowy ubezpieczenia” nie oznaczają w żaden sposób dowolności w kształtowaniu sytuacji prawnej i ekonomicznej konsumenta, jako słabszej strony stosunku, i faktycznie możliwości dowolnej interpretacji przez ubezpieczyciela postanowień wzorca umowy. Natomiast stwierdzenie, że to, czy ubezpieczony uzyska pokrycie całości czy części kosztów przez niego poniesionych zależy od tego, czy te koszty przewyższają koszty, jakie by poniósłby ubezpieczyciel, gdyby to on organizował pomoc assistance, nie znajduje żadnego uzasadnienia w treści umowy, w tym kwestionowanej klauzuli – nie wynika z niej

bowiem, aby wpływ na decyzję ubezpieczyciela miała wysokość kosztów (w szczególności w odniesieniu do hipotetycznych kosztów, jakie miałby ponieść pozwany przy organizacji pomocy). Poza tym, bez znaczenia pozostaje dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, w jaki sposób przedsiębiorca interpretuje dane postanowienie umowne, a więc w jaki sposób *de facto* je wykonuje, gdyż jest to jedynie kwestia praktyki, a jak już wskazano, abstrakcyjna kontrola wzorca umowy odbywa się w oderwaniu od faktycznej praktyki. Ani kwestionowana klauzula, ani pozostałe postanowienia wzorca nie określają żadnych kryteriów, jakimi miałyby kierować się ubezpieczyciel przy podejmowaniu decyzji w tym przedmiocie. Oznacza to, że kryteria te ustala pozwany i nie są one znane ubezpieczonemu.

Natomiast podnoszona przez pozwanego okoliczność, że termin 5 dni, o jakim mowa w tej klauzuli, wynika z tego, że ze specyfiki ubezpieczenia natychmiastowej pomocy assistance wynika, że roszczenia powinny być szybko zgłaszane i realizowane, nie ma żadnego uzasadnienia przynajmniej z dwóch powodów. Przede wszystkim, specyfika ubezpieczenia nie może mieć decydującego wpływu na prawa i obowiązki konsumenta, a w szczególności nie może pozbawiać go uprawnień umownych. Poza tym, przedmiotowa klauzula dotyczy sytuacji, w której ubezpieczony poniósł już koszty realizując pomoc we własnym zakresie, zaś pozwany miałby je jedynie zrefundować, a więc bez znaczenia z punktu widzenia świadczenia pomocy pozostaje termin refundacji tychże kosztów.

Wobec powyższego przedmiotowe postanowienie należy uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów, a w konsekwencji za niedozwolone postanowienie umowne – jako sprzeczne z [art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 9 k.c.](#)

Klauzula VIII

Klauzula ta 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 – k. 31), na sumę ubezpieczenia i górny limit sumy ubezpieczenia począwszy od rocznicy polisy następującej po osiągnięciu przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

Klauzula ta nie określa, wbrew twierdzeniom strony pozwanej, świadczenia głównego. Przede wszystkim, nie dotyczy ono 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 (k. 31). 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. Odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia majątkowego nie może być wyższe od poniesionej szkody (por. wyrok SA w Poznaniu z dnia 17.11.1994 r., I ACr 377/94, „Wokanda” 1995, Nr 8, s. 48).

Z powyższego 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. Jest ona zazwyczaj deklarowana przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Nie jest to więc pojęcie równoznaczne ze świadczeniem ubezpieczyciela, gdyż suma ubezpieczenia wyznacza maksymalny poziom tego świadczenia lub daje podstawę do ustalenia takiego świadczenia (w OWU zostało rozbite to na dwa pojęcia, o jakich mowa w przedmiotowej klauzuli). Natomiast świadczenie pozwanego stanowi określoną sumę pieniężną i jest każdorazowo ustalone w sytuacji zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, a suma ubezpieczenia ma na nie o tyle wpływ, że świadczenie ubezpieczyciela nie może jej przewyższać. W tym przypadku odnosi się to do górnego limitu sumy ubezpieczenia, zaś sama suma ubezpieczenia daje jedynie podstawę określenia świadczenia pozwanego. Są to jednak pojęcia odrębne, których nie można ze sobą utożsamiać.

Faktem jest, że dopuszczalność stosowania indeksacji wynika z [art. 12a pkt 8 i art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22.05.2003 r. o działalności ubezpieczeniowej](#) (t.j. Dz.U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66 ze zm.). 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. Jednak okoliczność, że 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. To, że umowa ubezpieczenia nie ma charakteru ekwiwalentnego w rozumieniu, o jakim była mowa wcześniej, to jednak wysokość składki uiszczanej przez ubezpieczającego powinna odpowiadać czasowi i zakresowi odpowiedzialności ubezpieczyciela i tak zresztą jest ustalana przez ubezpieczycieli, którzy ustalając składkę biorą pod uwagę m.in. te okoliczności. Sam pozwany wskazał, że ubezpieczyciel świadczy ochronę ubezpieczeniową w zakresie określonego ryzyka, z tytułu czego oblicza i pobiera składkę ubezpieczeniową uwzględniającą wyniki oceny tego ryzyka ubezpieczeniowego. Również 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. Jednak 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. Pomimo zwiększania się wraz z wiekiem ryzyka zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie oznacza to wcale, że zdarzenie takie nastąpi, gdyż umowa ubezpieczenia ma charakter losowy, jak była o tym mowa.

Osoba, która ukończy 60 lat i wyraża zgodę na indeksację składki, licząc na uzyskanie wyższej sumy ubezpieczenia, uzyska jednak świadczenie odpowiadające wysokości składki przed indeksacją, pomimo podwyższenia składki. Mamy tu więc do czynienia z zachwianiem równowagi kontraktowej, gdyż pozwany, będący silniejszą stroną stosunku ubezpieczeniowego, wykorzystuje swoją pozycję zawierając z umowie ubezpieczenia zapis, który narusza uzasadniony (w szczególności ekonomiczny) interes konsumenta.

Słusznie więc strona powodowa podniosła, że klauzula ta spełnia wymóg określony w [art. 385³ pkt 22 k.c.](#), które za niedozwolone uznaje postanowienie przewidujące obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta. Przede wszystkim jednak postanowienie to jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów, a w konsekwencji jest niedozwolonym postanowieniem umownym – jako sprzeczne z [art. 385¹ § 1 k.c.](#) I nie ma uzasadnienia stwierdzenie 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 (i w drugą stronę – 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.

Wobec powyższego przedmiotowe postanowienie należy uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów, a w konsekwencji za niedozwolone postanowienie umowne – jako sprzeczne z [art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 22 k.c.](#)

Klauzula IX

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. Klauzula ta nie określa więc głównego świadczenia strony, a jedynie warunki dla uznania odpowiedzialności ubezpieczyciela. Sam pozwany wskazał, że chodzi tu o zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, a nie o ustalanie prawa do świadczenia objętego tym zakresem ubezpieczenia. Nie znajduje tu zatem zastosowania [art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.](#)

Jednym z takich warunków jest okoliczność, że instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność. W związku z tym trzeba zwrócić uwagę na [art. 385³ pkt 21 k.c.](#), zgodnie z którym stanowi postanowienie niedozwolone zapis uzależniający odpowiedzialność kontrahenta konsumenta od m.in. spełnienia przez konsumenta nadmiernie uciążliwych formalności. Kwestionowane postanowienie jest właśnie takim postanowieniem, gdyż uzależnia spełnienie świadczenia ubezpieczyciela od spełnienia warunku, którego 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. Innymi słowy, stosowna instytucja ma złożyć oświadczenie, w którym przyznaje się do naruszenia procedur medycznych, ale przede wszystkim naraża się na odpowiedzialność przewidzianą w prawie karnym. Nie może więc ulegać wątpliwości, że złożenie takiego oświadczenia nie leży w interesie instytucji dokonującej transfuzji krwi, a to z dwóch powodów: po pierwsze – naraża ją na odpowiedzialność odszkodowawczą (cywilną), po drugie – naraża ją również na odpowiedzialność karną. Taką sytuację trudno jest sobie wyobrazić, a więc już w tym momencie mamy do czynienia z nadmiernie uciążliwą formalnością. Tak naprawdę, w odniesieniu do tej konkretnej sytuacji, jedynym sposobem stwierdzenia odpowiedzialności tej instytucji jest postępowanie sądowe i uzyskanie prawomocnego wyroku w tym przedmiocie. Dopiero wówczas ubezpieczyciel – zgodnie z zapisem tego postanowienia – będzie zobowiązany do przyjęcia swojej odpowiedzialności.

Na marginesie tylko można wskazać, że przedmiotowe postanowienie nie precyzuje w żaden sposób formy tego oświadczenia, a więc czy ma być to forma ustna, telefoniczna, pisemna, notarialna itd. Zatem pomijając nawet wcześniejsze wywody, to nawet w sytuacji złożenia stosownego oświadczenia przez instytucję, od decyzji pozwanego zależy, czy, przykładowo, ustne przyznanie się instytucji do zaistniałego zdarzenia uzna za wystarczające czy nie. Również z tej przyczyny nie miałyby zastosowania [art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.](#), nawet gdyby uznać, że klauzula ta określa główne świadczenie stron (co nie ma uzasadnienia, jak wskazano powyżej).

Reasumując, postanowienie w takim brzmieniu wyłącza lub ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, uzależniając ją od stanowiska podmiotu trzeciego w przedmiocie dobrowolnego uznania jego odpowiedzialności za szkodę na osobie. Jest więc ono sprzeczne z [art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 21 k.c.](#)

Klauzula X

Klauzula ta 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. Nie ma tu zastosowania [art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.](#), gdyż postanowienie to nie określa w żaden sposób głównego świadczenia strony pozwanej, a wyłącza jego odpowiedzialność (zwalnia z obowiązku zapłaty) z tytułu kolejnych umów w sytuacji, gdy zawarta została więcej niż jedna umowa.

Jak wynika z § 4 ust. 9 OWU, ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko na podstawie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tych OWU (k. 48). Zgodzić się więc należy ze stroną pozwaną, że konstrukcja tego produktu ubezpieczeniowego zakłada możliwość zawarcia tylko jednej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego. Okoliczność, że wynika stąd, jak wyjaśniła strona pozwana, że multiplikacja umów ubezpieczenia zawartych na rachunek tego samego ubezpieczonego powodowałaby skutek równoznaczny z zawarciem umowy ubezpieczenia z rażąco wysoką sumą ubezpieczenia (będącą sumą sum ubezpieczenia z poszczególnych umów ubezpieczenia), podczas gdy ubezpieczyciel szacował ryzyko ubezpieczeniowe tylko dla niższej sumy ubezpieczenia

występującej w jednostkowych umowach ubezpieczenia, jest bez znaczenia z tego punktu widzenia.

Pojedyncze zdarzenie powinno być podstawą do wypłaty jednego świadczenia. Co prawda, OWU zawierają zapis o objęciu ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na podstawie jednej umowy ubezpieczenia, nie wyłącza to jednak możliwości zawarcia kilku takich umów, a jeżeli do tego dojdzie, pobierana jest od konsumenta składka ubezpieczeniowa od każdej z zawartych umów i nie można uznać, aby kolejne umowy były nieważne. Z treści § 5 nie wynika, aby składka była pobierana od jednej umowy, a wręcz przeciwnie – w ust. 1 mowa jest o tym, że z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia (k. 48v). Zatem pomimo 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, że umowa ubezpieczenia jest nie jest umową ekwiwalentną w powyższym rozumieniu. Tak naprawdę klauzula ta przewiduje obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania zobowiązania przez jego kontrahenta, w wyniku czego jest klauzulą niedozwoloną w rozumieniu [art. 385³ pkt 22 k.c.](#) Konsument opłacający składki ubezpieczeniowe na podstawie więcej niż jednej umowy ma prawo oczekiwać, że w przypadku zaistnienia okoliczności przewidzianych w tych umowach uzyska od ubezpieczyciela świadczenia (odszkodowania) określone w tych umowach, których wysokość powinna odpowiadać czasowi i zakresowi ubezpieczenia oraz wysokości wpłacanych składek. Jednakże ubezpieczyciel – będący autorem wzorca umowy – wprowadził tu zastrzeżenie, że niezależnie od liczby zawartych umów, ubezpieczony otrzyma wyłącznie jedno świadczenie. I bez znaczenia pozostaje tu konstrukcja tego produktu ubezpieczeniowego, gdyż jeżeli pozwany zawarłby z konsumentem kilka umów ubezpieczenia dotyczących tego samego zdarzenia i pobierałby z tego tytułu składki ubezpieczeniowe, to jest zobowiązany do spełnienia świadczenia wzajemnego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Poza tym postanowienie to jest krzywdzące dla ubezpieczonego również dlatego, że pozbawia go części świadczenia, jaką mógłby uzyskać na podstawie umowy z najwyższą sumą ubezpieczenia, za którą ubezpieczający i tak opłaca składki. Zasadą, wynikającą z klauzuli X, jest wypłata świadczenia z umowy zawartej najwcześniej. Natomiast w sytuacji regulowanej w § 4 ust. 12 OWU, do którego odwołuje się kwestionowana klauzula, a więc jeżeli na rzecz ubezpieczonego zawarta została więcej niż jedna umowa ubezpieczenia, ale z tym samym początkiem obowiązywania, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie umowy ubezpieczenia z najwyższą sumą ubezpieczenia. Zatem jedynie w sytuacji, gdy zostaną zawarte co najmniej dwie umowy ubezpieczenia z tym samym początkiem obowiązywania, ubezpieczony otrzyma świadczenie na podstawie umowy ubezpieczenia z najwyższą sumą ubezpieczenia. W każdej innej sytuacji, podstawą wypłaty świadczenia jest data zawarcia umowy. W konsekwencji możliwa i całkowicie realna jest sytuacja, że świadczenie będzie wypłacane z umowy, która gwarantuje najniższą sumę ubezpieczenia. Nie ma żadnych podstaw, aby ubezpieczyciel odmówił ochrony ubezpieczeniowej i wypłaty świadczenia w wyższej wysokości, jaka może wynikać z jednej z kilku umów, a więc arbitralnie przyjmował, że świadczenie przysługuje wyłącznie na podstawie umowy zawartej najwcześniej.

W konsekwencji przedmiotowe postanowienie należy uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz naruszające rażąco interesy (w tym ekonomiczne) konsumentów. Jest więc ono sprzeczne z [art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 22 k.c.](#)

Klauzule XI i XII

Klauzule te mają dokładnie taką samą treść, zaś różnice dotyczą jedynie następujących kwestii:

- zakresu ochrony: klauzula XI dotyczy trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, zaś klauzula XII – zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu (ta kwestia nie była jednak przedmiotem sporu),

- wieku ubezpieczonego, w którym kończy się odpowiedzialność ubezpieczyciela: w klauzuli XI mowa jest o 70 latach, zaś w klauzuli XII o 65 latach.

Z uwagi na to klauzule te można rozpatrywać jednocześnie.

Przede wszystkim, nie ma uzasadnienia stwierdzenie pozwanego, że postanowienia te nie podlegają ocenie biorąc pod uwagę kryterium abuzywności ([art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c.](#)). Klauzule te nie określają bowiem świadczenia głównego ubezpieczyciela – jak już wskazano, czym innym jest zakres ochrony ubezpieczeniowej, a czym innym świadczenie główne ubezpieczyciela (wypłata określonej sumy pieniężnej w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego), o czym była mowa powyżej.

Bez znaczenia pozostaje 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 tracie 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.

Takimi właśnie niedozwolonymi postanowieniami są te dwie klauzule. Są one skonstruowane nieco inaczej niż klauzula III, do której odwoływały się obie strony. Przede wszystkim odpowiedzialność ubezpieczyciela nie kończy się w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu określonych urodzin ubezpieczonego (jak zostało to określone w klauzuli II), ale w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego określonego wieku (70 lat lub 65 lat). Bez znaczenia 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 najmniejszego wpływu na ustalenie abuzywności klauzul umownych. Istotne jest zaś to, że

odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie niektórych ryzyk wygasa w trakcie trwania umowy ubezpieczenia grupowego i w jaki sposób jest ta kwestia uregulowana, gdyż tego dotyczą te dwie przedmiotowe klauzule. Oczywistym jest, o czym była już mowa, że wraz z wiekiem rozmiar pewnych ryzyk objętych ochroną, szczególnie ryzyka zgonu ubezpieczonego, znacząco wzrasta. Nie uzasadnia to jednak takiego zapisu, jaki został zawarty w klauzulach XI i XII. Jak bowiem wynika z § 4 ust. 5 OWU, umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku (k. 65). Generalnie odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, o czym stanowi § 6 ust. 2 OWU (k. 66), zaś te dwie klauzule zawierają zapis o innym zakończeniu tej odpowiedzialności. Jednocześnie trzeba zwrócić 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, z zastrzeżeniem, że w przypadku wyboru miesięcznej częstotliwości opłacania składek ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia pierwszej składki za 3 miesiące. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest we wniosku (k. 65v). To jest kolejna różnica w stosunku do klauzuli III, gdyż w przypadku ubezpieczenia, którego ona dotyczy, opłata za ryzyko pobierana jest oddzielnie za każdy miesiąc polisowy trwania ochrony. W odniesieniu do klauzul XI i XII 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. Nie znajduje więc żadnego uzasadnienia stwierdzenie pozwanego, że składka pobierana z tytułu mowy ubezpieczenia uwzględnia w każdym przypadku datę końcową udzielania tej ochrony, gdyż nie wynika to w żaden sposób z treści wzorca umowy. To ubezpieczający, a nie pozwany, wybiera okres, za jaki płaci składkę ubezpieczeniową i jedynie niczym nieudowodnionym twierdzeniem strony pozwanej pozostaje ([art. 6 k.c.](#)), że ubezpieczyciel nie pobiera składki za okres, w którym nie udziela ochrony ubezpieczeniowej. Poza tym, jak już wskazano, kontrola w niniejszej sprawie ma charakter abstrakcyjny i istotne jest, że wzorzec umowy pozwala pozwanemu na uzyskanie składki pomimo tego, że ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie wcześniej niż upłynie okres, za który może ta składka być pobrana. Spełnia to przesłanki przewidziane w [art. 385³ pkt 22 k.c.](#)

W konsekwencji oba przedmiotowe postanowienia należy uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz naruszające rażąco interesy (w tym ekonomiczne) konsumentów. Są więc one sprzeczne z [art. 385¹ § 1](#) i [art. 385³ pkt 22 k.c.](#)

Na marginesie warto zauważyć, że w nowym wzorcu umowy klauzule XI i XII mają już brzmienie analogiczne do klauzuli III (k. 131v), a więc prawidłowo sformułowanej.

Z powyższych względów 9 z 12 klauzul objętych pozwem stanowi klauzule niedozwolone, w wyniku czego Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał je za takie i zakazał jego stosowania na podstawie [art. 479⁴² § 1 k.p.c.](#) W pozostałym zakresie, a więc w odniesieniu do 3 pozostałych klauzul, powództwo – z przyczyn wcześniej wskazanych – podlegało oddaleniu.

Mając powyższe na względzie należało orzec jak w punktach I i II sentencji.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie [art. 100 k.p.c.](#), rozdzielając je stosunkowo pomiędzy stronami. Na koszty stron składały się: wynagrodzenia ich pełnomocników procesowych będących radcami prawnymi, ustalone na podstawie § 14 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.09.2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz.U. Nr 163, poz. 1349 ze zm.), opłata skarbową od dokumentu pełnomocnictwa strony pozwanej i opłata za odpis z KRS. Sprawa sprowadzała się do napisania jednego pisma procesowego (pozwu lub odpowiedzi na pozew, gdyż pismo z dnia 7.09.2011 r. nie wносиło nic nowego do sprawy) i udziału w jednej rozprawie, a więc nie było uzasadnienia dla zastosowania stawki wyższej niż minimalna (nie uzasadnia tego ilość klauzul, z reguły krótkich). Ponieważ powód wygrał sprawę w 75% (co do 9 z 12 klauzul), zaś pozwany w 25%, w takim też stosunku podlegały rozliczeniu koszty procesu.

O wysokości opłaty od pozwu i obciążeniu nią pozwanego na rzecz Skarbu Państwa – w 3/4 części (w jakiej pozwany przegrał sprawę) – orzeczono na podstawie [art. 26 ust. 1 pkt 6](#) w zw. z [art. 113 ust. 1](#) oraz [art. 96 ust. 1 pkt 3](#) i [art. 94 ustawy z dnia 28.07.2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych](#) (t.j. Dz.U. z 2010 r., Nr 90, poz. 954 ze zm.), przy uwzględnieniu zasady wynikającej z [art. 100 k.p.c.](#) Powód nie miał obowiązku uiszczenia opłat sądowych, w związku z treścią art. 96 ust. 1 pkt 3 tej ustawy.

Publikację prawomocnego wyroku zarządzono na podstawie [art. 479⁴⁴ k.p.c.](#) – w 3/4 części na koszt pozwanego, zaś w 1/4 części na koszt Skarbu Państwa (z uwagi na stopień, w jakim strony sprawę przegrały).