

Sygn. akt VI ACa 1494/12

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 19 czerwca 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:
Przewodniczący - Sędzia SA– Regina Owczarek – Jędrasik
Sędzia SA– Teresa Mróz (spr.)
Sędzia SA – Marzena Miąskiewicz
Protokolant: – sekr. sądowy Beata Pelikańska

po rozpoznaniu w dniu 11 czerwca 2013 r. w Warszawie
na rozprawie sprawy z powództwa A. S.
przeciwko (...) Towarzystwu (...) S.A. w P.

o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone

na skutek apelacji pozwanego
od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów
z dnia 12 czerwca 2012 r. sygn. akt XVII AmC 1039/09

oddala apelację.

UZASADNIENIE

Powódka A. S. wniosła przeciwko pozwanej (...) Towarzystwo (...) S.A. o uznanie za niedozwolone postanowienia wzorca umowy o treści „W okresie sześciu miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Zakład (...) nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to nastąpi pośrednio lub bezpośrednio na skutek urazu, choroby somatycznej lub psychicznej rozpoznanych przed objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową”.

W ocenie powódki regulacja ta jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interesy konsumentów, gdyż w myśl art. 815§1 i 3 k.c. w zw. z art. 834 k.c. w przypadku ubezpieczeń na życie ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, za skutki okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości ubezpieczyciela a o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty alb przed zawarciem umowy w innych pismach, przy czym jeśli do wypadku doszło po

upływie 3 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej. Zdaniem powódki, w sytuacji gdy ubezpieczyciel nie żąda takich informacji, a zamiast tego zastrzega sobie możliwość oceny stanu zdrowia ubezpieczonego ex post to przenosi na uposażonego lub inne zainteresowane osoby niekorzystne skutki decyzji ubezpieczyciela co do nie pozyskiwania informacji pozwalających na prawidłowe oszacowanie ryzyka ubezpieczeniowego przed zawarciem umowy. Zdaniem powódki zakres wyłączeń ze względu na ogólne odwołanie się do chorób somatycznych może doprowadzić do sytuacji, w której zwykły katar, który pośrednio doprowadzi do śmierci ubezpieczonego będzie podstawą do wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Pozwana (...) Towarzystwo (...) S.A. w P. wniosła o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. Pozwana zarzuciła brak legitymacji procesowej po stronie powódki, gdyż kwestionowana klauzula w jej ocenie jest integralną częścią umowy łączącej ubezpieczyciela z Bankiem (...) S.A., zatem powódka nie mogłaby stać się stroną umowy tej treści, która jest umową ubezpieczenia na cudzy rachunek o jakiej mowa w art. 808§1 k.c., a w której ubezpieczony nie staje się stroną umowy. Pozwana kwestionowała legitymację procesową czynną także z powodu braku przymiotu konsumenta po stronie ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia, jaki z kolei jest wymagany przepisem art. 479 38§1 i 2 k.p.c. Pozwana podnosiła, że art. 385 1 -385 3 k.c. mają jedynie odpowiednie zastosowanie do umów ubezpieczenia, co w jej ocenie wyłączało możliwość ochrony na podstawie art. 479 36 -476 45 k.p.c.

Pozwana kwestionowała też możliwość stosowania art. 808§5 k.c. dla ustalenia legitymacji procesowej powoda, z uwagi na fakt, że przepis ten wszedł w życie 10 sierpnia 2007 r. podczas, gdy umowa pozwanej z Bankiem (...) S.A., której integralną część stanowią warunki ubezpieczenia na życie zawierające kwestionowane postanowienie, została zawarta przed tą datą.

Wyrokiem z dnia 12 czerwca 2012 r. Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał za niedozwolone i zakazał (...) Towarzystwo (...) S. A. wykorzystywania w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o treści „W okresie sześciu miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Zakład (...) nie ponosi odpowiedzialności i zwolniony jest z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci ubezpieczonego na skutek urazu, choroby somatycznej lub psychicznej rozpoznanych przez objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową”.

Orzeczenie powyższe zapadło na podstawie następujących ustaleń faktycznych i rozważań prawnych Sądu Okręgowego:

(...) Towarzystwo (...) S.A. łączy z Bankiem (...) S.A. umowa z 4 stycznia 2006 r., na podstawie której udostępniana jest możliwość przystąpienia do ubezpieczenia klientom Banku (...) S.A., którym bank udzielił kredytu gotówkowego. Integralną część umowy stanowią Warunki (...) -klientów Banku (...) S.A., które są doręczane ubezpieczonym. Przedmiotem ubezpieczenia są życie i zdrowie ubezpieczonego, a w ramach ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do zapłaty określonych w umowie świadczeń w razie śmierci ubezpieczonego lub powstania w czasie trwania ubezpieczenia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego.

Paragraf 7 Warunków przewiduje ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Między innymi ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności w okresie sześciu miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia należnego z tytułu śmierci ubezpieczonego, jeżeli zdarzenie to nastąpi pośrednio lub bezpośrednio na skutek urazu, choroby somatycznej lub psychicznej rozpoznanych przed objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

Przystąpienie ubezpieczonego do ubezpieczenia jest dobrowolne i następuje po wyrażeniu zgody przez kredytobiorcę tj. złożeniu stosownego wniosku i złożeniu szeregu oświadczeń.

Sąd na wniosek pozwanej dopuścił dowody z opinii biegłych sądowych z zakresu chorób wewnętrznych, chirurgii i psychiatrii oraz biegłego z zakresu matematyki ubezpieczeniowej (aktuarusza), które uznał za zgodne z zasadami logiki i doświadczenia życiowego.

Sąd pominął dalsze wnioski pozwanego o powołanie kolejnych biegłych w sprawie z tej głównie przyczyny, że już samo brzmienie klauzuli bez zasięgnięcia opinii specjalistów pozwalało Sądowi rozstrzygnąć przedmiotową sprawę. Wnioskowanie przez pozwanego o dowód z opinii kolejnego biegłego nie miało dostatecznego uzasadnienia w treści art. 286 k.p.c.

W tych okolicznościach Sąd Okręgowy uznał, że powództwo jest uzasadnione.

Sąd podkreślił, że sprawa niniejsza została wytoczona w oparciu o przepisy art. 479 36 -476 45 k.p.c., w myśl których Sąd dokonuje abstrakcyjnej kontroli postanowień zawartych we wzorcach umów stosowanych w obrocie z konsumentami pod kątem ich zgodności z interesami konsumenta i dobrymi obyczajami, jak tego wymagają przepisy art. 385 1 – 385 3 k.c.

Konstrukcja niedozwolonych postanowień umownych przewidziana w art. 385 1 – 385 3 k.c. generalnie ma na celu ochronę konsumenta przed niekorzystnymi postanowieniami umowy łączącej go z profesjonalistą. Przepisy te stanowią podstawę incydentalnej kontroli wzorców, ale również kontroli abstrakcyjnej dokonywanej w oparciu o przepisy art. 479 36 -476 45 k.p.c. Z kolei w myśl art. 808§5 k.c. przepisy art. 385 1 – 385 3 k.c. stosuje się odpowiednio

do umów ubezpieczenia na cudzy rachunek jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną, a umowa nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą osoby ubezpieczonej.

Przy takiej konstrukcji prawnych uregulowań dotyczących klauzul abuzywnych nie budzi wątpliwości, że ubezpieczonemu, na którego rzecz umowa ubezpieczenia została zawarta przysługuje prawo do żądania kontroli wzorca w drodze powództwa wytoczonego w sprawie indywidualnej w związku z zawartą umową ubezpieczenia. Powyższe unormowania nie dają jednakże podstaw do tego, aby odmówić osobie fizycznej możliwości żądania kontroli abstrakcyjnej wzorca. Zdaniem Sądu należy przyjąć, że skoro ustawodawca nakazuje stosować odpowiednio przepisy regulujące niedozwolone postanowienia umowne (art. 385 1 -385 3 kc) do ubezpieczonej osoby fizycznej, której praw i obowiązków dotyczy umowa ubezpieczenia na zasadach określonych w art. 808§5 k.c., to osobie tej przysługuje także roszczenie z art. 479 36 i następane k.p.c. Logiczną bowiem konsekwencją traktowania na gruncie prawa materialnego ubezpieczonego, na rzecz którego umowa została zawarta, jak konsumenta jest takie samo traktowanie go na gruncie prawa procesowego, a tym samym nieodzowne staje się przyznanie mu realnej obrony jego praw przed sądem w ramach abstrakcyjnej kontroli wzorców umowy, w tym wypadku warunków ubezpieczenia. Innymi słowy skoro ustawodawca potraktował ubezpieczonego w warunkach art. 808§5 k.c. jak konsumenta, to także jako konsumenta, a w istocie jako potencjalnego konsumenta należy go traktować na gruncie przepisów ustawy kodeks postępowania cywilnego i stosować do niego wprost przepisy art. 479 36 -476 45 k.p.c.

Zdaniem Sądu przepis art. 808§5 k.c. może stanowić podstawę prawną orzekania w niniejszej sprawie pomimo zarzutów pozwanej, że przepis wszedł w życie w dniu 10 sierpnia 2007 r. Bez znaczenia dla dokonania oceny kwestionowanego w pozwie postanowienia jest data zawarcia umowy zawierającej owe postanowienie pomiędzy pozwaną a Bankiem, która miała miejsce w dniu 4 stycznia 2006 r. Z punktu widzenia art. 479 36 i następane k.p.c. istotne jest bowiem stosowanie wzorca w obrocie z konsumentami, tj. czy wzorzec był stosowany w dacie wniesienia pozwu lub w okresie 6 miesięcy przed wytoczeniem powództwa. Bez znaczenia jest więc dla rozstrzygnięcia sprawy data powstania wzorca. Wobec tego, że pozwana nie kwestionowała faktu wykorzystywania spornego postanowienia w umowach ubezpieczenia kredytów konsumenckich w dacie wniesienia pozwu i obejmowania ochroną ubezpieczeniową nowych klientów banku, to oczywistym było, zdaniem Sądu, że powyższe uregulowania mogą stać się podstawą oceny stosowanego przez niego wzorca.

Dalsze zarzuty dotyczące braku legitymacji procesowej powódki z tej racji, że nie jest stroną umowy ubezpieczenia, Sąd również uznał za bezzasadne.

Sąd Okręgowy podniósł jednak, że z formalnoprawnego punktu widzenia powódka nie mogłaby sama zawrzeć z ubezpieczycielem tego typu umowy, do której odnosi się niniejsza

sprawa, jednak jako beneficjent tej umowy powódka odgrywałaby pierwszoplanową rolę w powstałym stosunku zobowiązaniowym, ponieważ to właśnie na ubezpieczonym spoczywa cały ciężar ekonomiczny związany z udzieleniem mu ochrony ubezpieczeniowej. Skoro więc osobą na rzecz której ubezpieczenie jest zawarte jest osobą objętą ochroną ubezpieczeniową to trudno nie przyznać jej statusu strony tego stosunku prawnego, która może domagać się ochrony abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu.

Wobec powyższego Sąd uznał, że także pozwana ma legitymację procesową bierną w niniejszej sprawie, gdyż niewątpliwie stosuje ona, jak tego wymaga przepis art. 479 37 k.p.c., wzorzec w obrocie z konsumentami. Tu podobnie należy odwołać się do odpowiedniego stosowania art. 385 1 – 385 3 k.c. przewidzianego dla umów ubezpieczenia zawartych na rzecz osoby trzeciej (art. 808§5 k.c.). Zdaniem Sądu fakt, że przedmiotowy wzorzec reguluje w istocie rzeczy tylko prawa i obowiązki ubezpieczonego i ubezpieczyciela pozwala na przyjęcie, że to właśnie ubezpieczyciel stosuje ów wzorzec w stosunkach z konsumentami (tu odpowiednio z ubezpieczonymi) skoro ich wzajemnych relacji dotyczą poszczególne postanowienie wzorca. Podobne stanowisko było już wielokrotnie prezentowane w orzecznictwie sądów powszechnych, między innymi podobnie oceniał sytuację ubezpieczonego i legitymację bierną ubezpieczyciela Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyrokach z dnia 14 maja 2010r w sprawie VI Ca 1175/09 i z 8 grudnia 2011r w sprawie VI Ca 617/11.

Sąd nie podzielił także zapatrywania pozwanego, że przedmiotowe postanowienie umowne nie może być przedmiotem oceny Sądu z tego względu, że dotyczy ono świadczenia głównego. Sąd stoi na stanowisku, że głównym świadczeniem ubezpieczyciela jest wypłata określonego świadczenia w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego a tym samym wyłączenie odpowiedzialności pozwanego nie dotyczy głównego świadczenia umowy ubezpieczenia.

Przechodząc do merytorycznej oceny zakwestionowanego postanowienia stwierdzić należy, że w myśl art. 385 1 § 1 k.c. za niedozwolone uznaje się postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Oznacza to, że dla uznania określonego postanowienia umownego za niedozwolone i wyeliminowania go z praktyki stosowania z konsumentami konieczne jest stwierdzenie, że spełnia ono łącznie następujące przesłanki:

1. nie zostało uzgodnione indywidualnie z konsumentem (zostało narzucone konsumentowi),

2. nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron,
3. ukształtowane w ten sposób prawa i obowiązki pozostają w sprzeczności z dobrymi obyczajami,
4. ukształtowane w ten sposób prawa i obowiązki rażąco naruszają interesy konsumenta.

W sprawie niniejszej bezsporne było, że analizowana klauzula umowna nie była uzgadniana indywidualnie z konsumentami.

Zdaniem Sądu zakwestionowane postanowienie nie dotyczy także sformułowanych jednoznacznie głównych świadczeń stron, bowiem reguluje jedynie kwestię wyłączenia odpowiedzialności pozwanego, podczas gdy w myśl art. 805 § 1 k.c. głównym świadczeniem ubezpieczyciela jest zobowiązanie do spełnienia określonego świadczenia pieniężnego, czy to w postaci wypłaty odszkodowania czy też w postaci wypłaty określonej kwoty pieniężnej. Sąd w tej kwestii podziela zapatrywanie prawne wyrażone w wyroku Sadu Najwyższego z dnia 20 października 2006r w sprawie IV CSK 135/06, w którym Sąd Najwyższy opowiedział się za teorią świadczenia pieniężnego, jako świadczenia głównego ubezpieczyciela.

Ustalenia powyższe pozwoliły Sądowi przejść do zasadniczej kwestii - badania klauzuli pod kątem jej ewentualnej sprzeczności z dobrymi obyczajami, jak również ustalenia, czy ukształtowane nią prawa i obowiązki stron nie naruszają rażąco interesów konsumenta.

Sąd wskazał, że „dobre obyczaje” to reguły postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. Istotą dobrych obyczajów jest szeroko rozumiany szacunek do drugiego człowieka. Zatem za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności, a więc o działanie potocznie określane jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające na niekorzyść od przyjętych standardów postępowania. Pojęcie „interesów konsumenta” należy rozumieć szeroko, nie tylko jako interes ekonomiczny. Mogą tu bowiem wejść w grę także inne aspekty, jak choćby zdrowia konsumenta (i jego bliskich), jego czasu zbędnie traconego, dezorganizacji toku życia, przykrości, zawodu itp.

Sąd podkreślił, że klauzula generalna wyrażona w art. 385 1 § 1 k.c. uzupełniona została listą niedozwolonych postanowień umownych zamieszczoną w art. 385 3 k.c. Obejmuje ona najczęściej spotykane w praktyce klauzule uznane za sprzeczne z dobrymi obyczajami, zarazem rażąco naruszające interesy konsumenta. Ich wspólną cechą jest nierównomierne rozłożenie praw, obowiązków lub ryzyka między stronami prowadzące do zachwiania równowagi kontraktowej. Są to takie klauzule, które jedną ze stron (konsumenta) z góry, w

oderwaniu od konkretnych okoliczności, stawiają w gorszym położeniu. Wyliczenie to ma charakter niepełny, przykładowy i pomocniczy. Funkcja jego polega na tym, iż zastosowanie we wzorcu umowy postanowień odpowiadających wskazanym w katalogu znacząco ułatwić ma wykazanie, że spełniają one przesłanki niedozwolonych postanowień umownych objętych klauzulą generalną art. 385 1 §1 k.c.

Dokonując analizy zakwestionowanej klauzuli umownej, Sąd Okręgowy wziął pod uwagę podstawową cechę jaką muszą spełniać wzorce umów czyli, że muszą one być jasne i precyzyjne dla konsumenta. W szczególności ten postulat jest nieodzowny w odniesieniu do okoliczności tak istotnych z punktu widzenia osoby ubezpieczonej, jakimi są okoliczności wyłączające odpowiedzialność ubezpieczonego. Sąd zaznaczył, że znalazło to także potwierdzenie w przepisach ustawy o działalności ubezpieczeniowej z dnia 22 maja 2003 r. (Dz.U. Nr 124, poz. 1151), które w art. 12 ust. 3 i 4, stwierdzają, że ogólne warunki umów ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia niejednoznaczne interpretuje się na korzyść ubezpieczającego.

W ocenie Sądu Okręgowego zaskarżonemu postanowieniu można postawić podstawowy zarzut braku jasności i precyzyjności, gdyż konsument w dacie zawierania umowy niejednokrotnie może nie mieć nawet mglistego pojęcia o tym czy w jego przypadku może zaistnieć przypadek wyłączający odpowiedzialność pozwanego, gdyż nawet przy założeniu, że nie ma on wątpliwości, co do doskonałej własnej kondycji zdrowotnej może się zdarzyć, że pozwany zgon ubezpieczonego potraktuje jako związany pośrednio z przebytą np. w dzieciństwie chorobą, o której ubezpieczony może nie mieć nawet wiedzy.

Konsument-ubezpieczony, w rezultacie zastosowania spornej klauzuli, ponosi przez okres pół roku ryzyko zajścia w danym okresie trudnego lub wręcz niemożliwego do przewidzenia przez medycynę zdarzenia w postaci własnej śmierci, gdyż nie może ocenić ani przewidzieć w dacie zawarcia umowy czy jakakolwiek przebyta i zdiagnozowana u niego kiedykolwiek choroba, nawet w okresie którego nie obejmuje świadomością (tzn. w okresie wczesnego dzieciństwa) nie spowoduje wyłączenia odpowiedzialności pozwanego.

Takie ukształtowanie wyłączenia odpowiedzialności pozwanego jest zdaniem Sądu Okręgowego zbyt daleko idące a owa niemożliwość przewidzenia zajścia zdarzenia przez konsumenta rażąco narusza jego interesy. Jeśli się bowiem weźmie pod uwagę treść przepisu art. 815 § 3 k.c. w którym ustawodawca przewiduje wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości, a który to przepis stanowi także podstawę dla ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego w przypadku ubezpieczeń na życie, to oczywistym jest, że uregulowanie przewidziane w kwestionowanym postanowieniu odbiega in minus na niekorzyść ubezpieczonego. Niewątpliwym jest bowiem, że poprzez zadawanie ubezpieczonemu szczegółowych pytań dotyczących jego zdrowia umożliwia się mu co najmniej uświadomienie sobie istotności poszczególnych chorób dla

skuteczności ochrony ubezpieczeniowej. Bez takiego ukierunkowania dotyczącego zarówno daty diagnozy jak i rodzaju schorzeń konsument może nie mieć świadomości, co do istotności przebytych chorób dla odpowiedzialności pozwanego w razie jego śmierci.

Bez znaczenia jest zdaniem Sądu okoliczność, że w odniesieniu do umów ubezpieczenia grupowego ubezpieczyciel dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego poddając analizie grupę potencjalnie ubezpieczonych, którzy mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową w okresie trwania umowy, gdyż nawet bez indywidualnej weryfikacji ubezpieczonych pożądanym byłoby ze względów opisanych wyżej uzmysłowienie konsumentom potencjalnego wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela za typy schorzeń pozostające w związku z ewentualną śmiercią ubezpieczonego.

Sąd Okręgowy zgodził się z pozwanym, że na tle regulacji kodeksu cywilnego dotyczącej umowy ubezpieczenia dozwolone są postanowienia wyłączające lub ograniczające zakres odpowiedzialności ubezpieczeniowej, jednak ich zakres nie może być tak szeroki, aby ograniczył odpowiedzialność ubezpieczyciela do minimum. Zdaniem Sądu w ocenianym okresie 6 miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia ów zakres wyłączeń ze względu na nawet pośredni związek śmierci ubezpieczonego z jakąkolwiek dolegliwością zdrowotną ubezpieczonego zdiagnozowana w jakimkolwiek czasie, jest na tyle szeroki, że nie odpowiada on celowi ubezpieczenia.

Sąd Okręgowy zwrócił również uwagę, że zarówno opinie biegłych lekarzy jak i specjaliści z dziedziny matematyki ubezpieczeniowej wykazały, że brak jest jakichkolwiek podstaw aby przyjmować okres 6—ciu miesięcy jako adekwatny do wyłączenia odpowiedzialności w związku ze zdiagnozowaniem jakiejkolwiek choroby i to niezależnie od czasu diagnozy. Z wniosków wszystkich opinii wynika, że brak jest takich danych, które uzasadniałyby przyjęcie okresu 6—ciu miesięcy od objęcia ochroną ubezpieczeniową jako uzasadniającego wyłączenie tej ochrony, w szczególności, jeśli się weźmie pod uwagę fakt, że zawarcie umowy ubezpieczenia następuje w bardzo różnych okresach od powstania urazów i zdiagnozowania chorób. Z opinii tych wynika przede wszystkim, że nie jest możliwe przyjęcie jednego statystycznie adekwatnego okresu do przyjętego bardzo rozległego wyłączenia odpowiedzialności. I ustalenie tej adekwatności mogłoby nastąpić jedynie dla konkretnych ubezpieczonych osób, dla których znane byłyby daty rozpoznania choroby i postawione diagnozy. Jak wskazał biegły aktuariusz brak odniesienia do konkretnych osób powoduje, że porównanie ryzyka zgonu w okresie karencyjnym w stosunku do pozostałych okresów jest możliwe tylko przy założeniu, że dany ubezpieczony wykupuje polisę na życie w krótkim czasie po rozpoznaniu choroby lub wystąpieniu urazu (k.443).

Sąd podniósł, że zaskarżona klauzula w sposób nieprecyzyjny określa związek przyczynowy jaki musi zająć pomiędzy śmiercią ubezpieczonego a chorobą lub inną dolegliwością która ją wywołała. Mianowicie zaskarżone postanowienie posługuje się określeniem tego związku

jako związku pośredniego lub bezpośredniego, podczas, gdy w powszechnym użyciu na gruncie prawa cywilnego używane jest pojęcie adekwatnego związku przyczynowego, o czym stanowi art 361 §1 k.c. jako jedyne akceptowanego przez ustawodawcę związku przyczynowego. Takie sformułowanie, jak w ocenianym postanowieniu, może budzić wątpliwości, co do tożsamości z adekwatnym związkiem przyczynowym, co z kolei jest sprzeczne z dobrymi obyczajami, które w stosunkach konsumenckich nakazują posługiwać się pojęciami dookreślonymi i w znaczeniu jakie nadają im przepisy ustaw. Przyjęcie za pozwany, że należy doprecyzować, że chodzi w tym zapisie umownym właśnie o adekwatny związek przyczynowy wskazuje, że dopiero interpretacja umowy dokonana przez ubezpieczyciela pozwala na rozstrzygnięcie ewentualnej wątpliwości co do zakresu wyłączenia. Powyższe jest już za to bardzo zbliżone do abuzywnej klauzuli określonej w art. 385 3 pkt 9 k.p.c. za którą w razie wątpliwości uważa się przyznanie kontrahentowi konsumenta uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy.

Mając na uwadze powyższe Sąd doszedł do przekonania, że sporna klauzula jest abuzywna, gdyż rażąco narusza interesy konsumenta a także pozostaje w sprzeczności z dobrymi obyczajami. Niewątpliwie jest, że na gruncie ubezpieczeń na życie wykształciła się już powszechna praktyka, że ubezpieczony zapoznaje się przed zawarciem umowy z listą chorób, które wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela (okoliczność powszechnie znana). Pozwala to przystępującym do ubezpieczenia racjonalnie ocenić ofertę ubezpieczenia i ewentualnie podjąć decyzję o nieprzystąpieniu do ubezpieczenia. Analizowana klauzula czyni odstępstwo od tej powszechnej praktyki i wbrew dobremu obyczajowi, jakim jest precyzyjne i niebudzące wątpliwości konsumenta określenie warunków umowy, w szczególności dotyczących wyłączenia odpowiedzialności, w sposób bardzo ogólny i niedokładny określa owo wyłączenie, czym rażąco narusza interesy majątkowe konsumenta. W ocenie Sądu ubezpieczyciel, który ma zdecydowaną przewagę w relacjach z konsumentem, w tym także z tej racji, że jego wzorce umów tworzone są przez sztab prawników, powinien zgodnie z dobrym obyczajem tak kształtować te stosunki, aby ubezpieczony konsument miał prawo na etapie zawierania umowy świadomie podjąć decyzję o ubezpieczeniu w tym także, aby wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela były maksymalnie precyzyjne i nie wywołujące wątpliwości interpretacyjnych.

Powyższe przyczyny wskazują zdaniem Sądu, na ukształtowanie obowiązków konsumenta w spornym postanowieniu w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, który narusza rażąco interesy tego konsumenta (art. 385 1 § 1 kc). Wobec tego Sąd zaskarżone postanowienie uznał za niedozwolone i zakazał wykorzystywania w obrocie z konsumentami zakwestionowanej w pozwie klauzuli umownej na podstawie art. 479 42 § 1 k.p.c.

O kosztach postępowania postanowiono na podstawie art. 108 § 1 k.p.c. obciążając nimi pozwanego stosownie do wyniku sporu na podstawie art. 98 § 1 k.p.c.

Apelację od powyższego orzeczenia wywiodła pozwana. Zaskarżając wyrok w całości zarzuciła Sądowi Okręgowemu naruszenie przepisów postępowania mające istotny wpływ na rozstrzygnięcie:

- art. 479 ind. 38 k.p.c. poprzez jego błędną wykładnię i w konsekwencji niewłaściwe zastosowanie polegające na przyjęciu, że na jego podstawie powódka może wytoczyć przeciwko pozwanej powództwo o uznanie za niedozwolone postanowienia § 7 ust.1 Warunków Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców - Klientów Banku (...) S.A. ("WU"), a w konsekwencji przyjęcie przez Sąd Okręgowy, że powódce przysługuje legitymacja procesowa czynna zaś pozwanej przysługuje legitymacja procesowa bierna w niniejszej sprawie, pomimo że według oferty pozwanej powódka nie mogłaby zawrzeć z pozwaną umowy ubezpieczenia, zawierającej kwestionowane postanowienie;

- art. 233 k.p.c. w zw. z art. 278 k.p.c. i 227 k.p.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie tj. dopuszczenie przez Sąd Okręgowy dowodu z opinii biegłego z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, zamiast wnioskowanego przez pozwanego biegłego - specjalisty z dziedziny matematyki ubezpieczeniowej, dopuszczenie przez Sąd Okręgowy dowodu z opinii biegłych sądowych ds. chirurgii, ds. chorób wewnętrznych i ds. psychiatrii na okoliczność nieprecyzyjnie wskazaną i nie mającą istotnego znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, a zarazem wyprowadzenie z tych opinii błędnych wniosków i ustalenie na ich podstawie abuzywności § 7 ust.1 WU,

- art. 233 k.p.c. w zw. z art. 328 § 2 k.p.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie polegające na pominięciu opinii biegłego sądowego z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, pomimo, iż wynikają z niej wnioski istotne dla rozstrzygnięcia sprawy, dokonanie oceny materiału dowodowego z pominięciem wniosków z tej opinii, a w konsekwencji nie ustosunkowanie się do tej opinii w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku,

- art. 233 k.p.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie polegające na przekroczeniu dyrektyw zasady swobody sędziowskiej w ocenie dowodów z opinii biegłych sądowych ds. chirurgii, ds. chorób wewnętrznych, ds. psychiatrii i ds. matematyki ubezpieczeniowej, wskutek błędnego uznania ich za dostarczające w wystarczającym stopniu wiadomości specjalnych, cechujące się wysokim poziomem wiedzy specjalistycznej, szczegółowym umotywowaniem, stanowczymi wnioskami, zgodnością z logiką i zasadami doświadczenia życiowego oraz wiarygodnością,

- art. 227 k.p.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie polegające na niedopuszczeniu przez Sąd Okręgowy wniosków dowodowych pozwanego: o przeprowadzenie dowodu z łącznej opinii biegłych: specjalisty z dziedziny matematyki ubezpieczeniowej i lekarza medycyny, specjalisty z zakresu medycyny ubezpieczeniowej albo z opinii biegłego specjalisty z dziedziny matematyki ubezpieczeniowej na okoliczność ustalenia okresów o statystycznie najwyższej

umieralności pośrednio lub bezpośrednio na skutek urazów, choroby somatycznej i choroby psychicznej, celem ustalenia czy w okresie 6 miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ilość zgonów ubezpieczonych w wyniku zdarzenia powstałego bezpośrednio lub pośrednio na skutek urazów, chorób somatycznych i chorób psychicznych, rozpoznanych przed objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, będzie wyższa niż w późniejszym okresie i ustalenie czy okres, wskazany w postanowieniu § 1 ust.1 Warunków Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców-Klientów Banku (...) S.A., jest adekwatny dla skutku w postaci śmierci, z Raportu Instytutu (...) ze stycznia 2009 r. dot. śmiertelności wśród ubezpieczonych na życie ze schorzeniami i innymi zaburzeniami, z dokumentów: fragmentów opracowań Narodowego Programu Zdrowia, stanowiących załączniki do uchwał Rady Ministrów: Rozdział I Programu na lata 2007-2015 - „Strategiczne cele zdrowotne” - str. 17-23, Rozdział IV Programu na lata 2007-2015, cel operacyjny 14 - str. 50-54; pkt 2 Programu na wcześniejsze lata: „Główne problemy zdrowotne”, opracowania dotyczącego Narodowego Programu Zdrowia str. 124 - 127; pkt 4.5 - „Porównania międzynarodowe” rozdziału IV - „Umieralność i trwanie życia”, raportu dla Rady Ministrów opracowanego przez Rządową Radę Ludnościową - „Sytuacja Demograficzna Polski, Raport 2005-2006”; danych Eurostat dotyczących szacunkowej przeciętnej długości trwania życia kobiet i mężczyzn w krajach Unii Europejskiej - dostępnych na stronach internetowych Eurostat, złożonych przez pozwaną warunków ubezpieczenia ubezpieczeń kredytu gotówkowego oferowanych przez konkurencję pozwanej, pomimo że zgłoszone wnioski dowodowe dotyczyły okoliczności, które w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wskazano jako mające dla sprawy istotne znaczenie, a nie zostały one dostatecznie wyjaśnione na podstawie innych dowodów,

- art. 228 § 1 k.p.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie polegające na błędnym przyjęciu, że okolicznością powszechnie znaną, niewymagającą dowodu, jest praktyka na rynku ubezpieczeń na życie, że „ubezpieczony zapoznaje się przed zawarciem umowy ubezpieczenia z listą chorób, które wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela”, a w konsekwencji przyjęcie przez Sąd Okręgowy, że § 7 ust.1 WU wprowadza w tym zakresie niekorzystne dla ubezpieczonego odstępstwo od powszechnej praktyki rynkowej, pomimo dowodów przedstawionych przez pozwanego oraz opinii biegłego z zakresu ubezpieczeń gospodarczych, które dostarczyły wystarczających dowodów na okoliczność, że zapoznanie ubezpieczonego z listą chorób, wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela, nie jest powszechną praktyką na rynku ubezpieczeń na życie.

Ponadto pozwana podniosła zarzuty naruszenie prawa materialnego:

- art. 808 § 5 k.c. poprzez błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że przyznanie ubezpieczonej osobie fizycznej ograniczonej ochrony konsumenckiej w zakresie art. 385 ind. 1 – 385 ind. 3 k.c. oznacza w konsekwencji przyznanie ubezpieczonej osobie fizycznej prawa do wytoczenia powództwa na podstawie art. 479 ind. 36-479 ind. 45 k.p.c., podczas gdy art.

808 § 5 k.c. nie przewiduje odpowiedniego stosowania przepisów procedury cywilnej do ubezpieczonych,

- art. 384 - 385 k.c. poprzez ich błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że WU stanowią wzorzec umowy w rozumieniu art. 384 k.c., podczas gdy nie są takim wzorcem,

- art. 805 § 1 k.c. poprzez jego błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że głównym świadczeniem ubezpieczyciela jest wyłącznie świadczenie pieniężne spełniane w razie zajścia wypadku przewidzianego w umowie ubezpieczenia, podczas gdy świadczeniem głównym zakładu ubezpieczeń spełnianym w zamian za uiszczaną składkę jest również ponoszenie ryzyka wypłaty świadczenia pieniężnego w razie zajścia wypadku przewidzianego w umowie ubezpieczenia, czyli zapewnienie ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej (ubezpieczyciel spełnia bowiem dwa świadczenia główne na podstawie umowy ubezpieczenia), a ponadto naruszenie art. 65 k.c. i art. 3851 § 1 k.c. poprzez ich błędne zastosowanie polegające na przyjęciu, że § 7 ust. 1 WU nie dotyczy świadczenia głównego ubezpieczyciela, tymczasem w postanowieniach tych wyraźnie mowa jest o zwolnieniu z obowiązku wypłaty świadczenia pieniężnego,

- art. 65 k.c. w zw. z art. 6 k.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i art. 361 § 1 k.c. przez błędną wykładnię, polegające na przyjęciu, że określenie w § 7 ust. 1 WU związku przyczynowego jako pośredniego lub bezpośredniego nie jest tożsame z pojęciem adekwatnego związku przyczynowego w rozumieniu art. 361 § 1 k.c. i że zmienia ono ciężar rozkładu dowodu, podczas gdy wspomniane postanowienie WU nie zmienia rozumienia związku przyczynowego wynikającego z art. 361 k.c., a zgodnie z prawidłową wykładnią art. 361 § 1 k.c. normalny (adekwatny) związek przyczynowy może obejmować zarówno przyczyny pośrednie jak i bezpośrednie, przy czym wystąpienie związku przyczynowego wymaga w każdym przypadku udowodnienia tego faktu przez ubezpieczyciela zgodnie z rozkładem ciężaru dowodu, o którym mowa w art. 6 k.c.,

- art. 65 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie polegające na błędnej wykładni postanowienia § 7 ust.1 WU, poprzez przyjęcie, że ubezpieczony może nie mieć świadomości co do przebytych chorób, czy urazów, których skutek śmiertelny może spowodować wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w okresie 6 miesięcy od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, pomimo, że wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela zostało ograniczone jedynie co do skutków śmiertelnych tych urazów i chorób, które zostały rozpoznane przed objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,

- art. 385 ind. 1 § 1 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i uznanie na jego podstawie za niedozwolone postanowienie umowne § 7 ust.1 WU, pomimo że treść tego postanowienia nie kształtuje praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, nie narusza rażąco interesów konsumenta i jest sformułowane w sposób

jednoznaczny, a także art. 815 k.c. poprzez jego błędną wykładnię polegającą na przyjęciu, że przepis ten nakazuje ubezpieczycielowi dokonywać indywidualnej oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz na pominięciu okoliczności, że przepis ten przewiduje dla ubezpieczonego surowsze sankcje, niż wynikające z § 7 ust. 1 WU.

W konkluzji apelacji pozwana wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości.

Sąd Apelacyjny zważył co następuje:

Apelacja pozbawiona jest uzasadnionych podstaw prawnych i jako taka podlega oddaleniu.

Sąd Apelacyjny akceptuje i przyjmuje za własne, dokonane przez Sąd Okręgowy ustalenia faktyczne oraz ocenę prawną zebranych w sprawie dowodów.

Sąd Apelacyjny nie podziela podniesionych w apelacji pozwanej zarzutów naruszenia prawa procesowego. Niezasadny okazał się zarzut naruszenia przez Sąd Okręgowy art. 479 ind. 38 k.p.c. Powództwo, o jakim mowa w tym artykule, służy realizacji tzw. abstrakcyjnej kontroli abuzywności wzorców umownych. Ocena kryteriów kontroli wzorca jest dokonywana na tej samej podstawie materialnoprawnej co kontrola incydentalna (art. 385 ind. 1, 385 ind. 2, 385 ind. 3 k.c.), odmienne natomiast są przedmiot i charakter tej kontroli. Legitymowany biernie jest oferent, od którego pochodzi wzorzec umowny, legitymowany czynnie - każdy, kto według oferty zawartej we wzorcu mógłby ze składającym ofertę zawrzeć umowę zawierającą niedozwolone postanowienie umowne. W nauce dominuje pogląd (tak m.in. M. Bednarek, R. Flejszar), że powodem dochodzącym abstrakcyjnej kontroli wzorca może być wyłącznie konsument (zob. art. 22 ind. 1 k.c.).

Artykuł 808 § 5 k.c. wprowadzony w życie z dniem 10 sierpnia 2007 r. przewiduje odpowiednie stosowanie art. 385 ind. 1 – 385 ind. 3 k.c. w zakresie, w jakim dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego, w sytuacji, gdy umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej.

Skoro zatem ustawa nakazuje traktować ubezpieczonego, na którego rzecz zawarta została umowa ubezpieczenia jak konsumenta (konsumenta bowiem dotyczą przepisy art. 385 ind. 1 – 385 ind. 3 k.c.), to musi wiązać się to z daniem mu realnej możliwości obrony jego praw w ramach kontroli abstrakcyjnej postanowień wzorców umownych. Zatem rację ma Sąd Okręgowy uznając, że powódka ma w niniejszej sprawie legitymację czynną do wystąpienia z przedmiotowym powództwem przeciwko pozwanej.

Twierdzenia pozwanej zawarte w uzasadnieniu zarzutu naruszenia przez sąd Okręgowy art. 808 § 5 k.c., że przepis ten nie przewiduje odpowiedniego stosowania przepisów procedury

cywilnej do ubezpieczonych nie mogą odnieść zamierzonego przez apelującą skutku. Logiczną bowiem konsekwencją potraktowania ubezpieczonego, na rzecz którego zawarta została umowa ubezpieczenia, jest przyznanie mu możliwości zakwestionowania, mających wpływ na jego prawa i obowiązki, postanowień umowy ubezpieczenia, a to możliwe jest w ramach powództwa wytoczonego w trybie art. 479 ind. 38 k.p.c.. Stanowisko przeciwne nie jest do zaakceptowania, bowiem uprawnienie wynikające z prawa materialnego musi mieć wpływ na uprawnienia procesowe takiej osoby.

Ubocznie jedynie należy wskazać, że bez znaczenia pozostaje dla rozstrzygnięcia fakt, że przepis ten został wprowadzony w życie w dniu 10 sierpnia 2007 r., a więc po zawarciu z bankiem umowy zawierającej Warunki Ubezpieczenia. Istotne bowiem jest to, że po wprowadzeniu w życie powyższego przepisu ubezpieczyciel stosował owe warunki z zakwestionowaną w nim klauzulą w umowach ubezpieczenia kredytów.

Odnośnie do zarzutów naruszenia prawa procesowego wskazanych w punktach b, c, d, e apelacji przede wszystkim należy podkreślić, że stosownie do art. 227 k.p.c. przedmiotem dowodu są fakty mające dla sprawy istotne znaczenie. W tym kontekście Sąd Apelacyjny w całości aprobuje argumentację zawartą w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku wyjaśniającą przyczyny, dla których Sąd ten pominął dalsze wnioski dowodowe pozwanej co do powołania kolejnych biegłych w sprawie. Ponadto w ocenie Sądu Apelacyjnego dla oceny abuzywności konkretnego postanowienia w ogóle nie ma większego znaczenia teoretyczna jedynie ocena ryzyka zgonu w okresie sześciu miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia. Poza tym jak słusznie podkreślił Sąd Okręgowy, skoro pozwana przyznała, że takie ryzyko ubezpieczeniowe oszacowała w sposób przyjęty dla oceny ryzyka w ubezpieczeniach grupowych poddając analizie grupę potencjalnych ubezpieczonych, którzy mogą zostać objęci ochroną ubezpieczeniową, która to ocena stała się podstawą określenia między innymi składki ubezpieczeniowej, to badaniu biegłego powinna być poddana analiza ryzyka dokonana przez pozwaną na potrzeby określonego typu ubezpieczenia, a nie zupełnie abstrakcyjna, oderwana od przyjętych przez pozwaną założeń, generalna analiza ryzyka ubezpieczeń grupowych, do czego w istocie sprowadzały się wnioski pozwanej o powołanie biegłych.

Zarzut naruszenia art. 233 k.p.c. nie jest zasadny, nie tylko dlatego, że pozwana w apelacji nie wykazała konkretnych naruszeń przez Sąd Okręgowy zasad logicznego rozumowania czy sprzeczności wyciąganych wniosków z doświadczeniem życiowym, ale również dlatego, że w ocenie Sądu Apelacyjnego ocena abuzywności, a więc zaistnienia przesłanek, o jakich mowa w art. 385 ind. 1 k.c. nie jest uzależniona od częstotliwości wystąpienia zdarzenia, o jakim mowa w zakwestionowanym postanowieniu.

Z powyższych względów uznać należy za nieistotne dla rozstrzygnięcia sprawy pozostałe wnioski dowodowe oferowane przez pozwaną, a pominięte przez Sąd Okręgowy.

Odnosnie do zarzutów naruszenia prawa materialnego podnieść należy, że nie jest zrozumiałym zarzut naruszenia art. 384 – 385 k.c. Po pierwsze brak jest jakiegokolwiek uzasadnienia twierdzenia, że Warunki Ubezpieczenia nie są wzorcem umownym.

Stanowisko to sprzeczne jest z przyjętą linią orzecniczą, zgodnie z którą wzorce (w tym regulaminy) są to klauzule, opracowane przed zawarciem umowy i wprowadzane do stosunku prawnego przez jedną ze stron w ten sposób, że druga strona (adherent) nie ma wpływu na ich treść. Są one zwykle opracowywane w oderwaniu od konkretnego stosunku umownego i w sposób jednolity określają one treść przyszłych umów, stąd strona która wyraziła zgodę na stosowanie wzorca nie może według swojej woli i wiedzy zmieniać jego treści (vide wyrok Sądu Apelacyjnego w Katowicach z dnia 29 listopada 2011 r., sygn. akt V A Ca 546/11). Ponadto judykatura (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 26 marca 2010 r., sygn. akt I CSK 444/09) prezentuje stanowisko, że wzorzec umowy cechuje to, że zawiera postanowienia powtarzalne w umowach, dla których został przewidziany. Takie postanowienia zawiera wzorzec o nazwie „Warunki Ubezpieczenia”.

W ocenie Sądu Apelacyjnego również zarzut naruszenia art. 805 § 1 k.c. również nie jest zasadny. Sądowi Apelacyjnemu znane jest prezentowane w doktrynie i orzecnictwie stanowisko, że głównym świadczeniem ubezpieczyciela wobec ubezpieczonego jest ryzyko wypłaty świadczenia pieniężnego w razie zajścia wypadku przewidzianego w umowie. Pozwana prezentuje pogląd, również pojawiający się w doktrynie, że głównymi świadczeniami ubezpieczyciela jest po pierwsze ryzyko wypłaty świadczenia, a po drugie samo świadczenie pieniężne.

Przepis art. 385 ind. 1 § 1 k.c. stanowi, że badanie pod względem abuzywności nie dotyczy postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Sąd Apelacyjny jednak stoi na stanowisku, że nawet przy przyjęciu, wbrew pogładowi prezentowanemu przez Sąd Okręgowy w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia, że głównym świadczeniem ubezpieczyciela wobec ubezpieczonego w zamian za uiszczoną przez niego składkę ubezpieczeniową jest ryzyko wypłaty świadczenia, to i tak zakwestionowane postanowienie dotyczy świadczenia głównego, a nie określa go, zatem nie wymyka się spod kontroli abstrakcyjnej. W tym kontekście również zarzut naruszenia art. 65 k.c. i art. 385 ind. 1 § 1 k.c. nie jest trafny.

Co do zarzutu naruszenia art. 65 k.c. w zw. z art. 6 k.c. oraz naruszenia art. 361 § 1 k.c., Sąd Apelacyjny stwierdza, że użycie w zakwestionowanej klauzuli pojęć „pośrednio bądź bezpośrednio” istotnie nieprecyzyjnie określają związek przyczynowy między śmiercią ubezpieczonego a chorobą, mając na uwadze akceptowany przez ustawodawcę a określony w art. 361 k.c. adekwatny związek przyczynowy. Przyjęcie przez pozwaną przyczyn pośrednich i bezpośrednich zgonu ubezpieczonego powoduje rozciągnięcie tych przyczyn nawet na te, które nie pozostają w związku adekwatnym ze zdarzeniem.

Nie są zasadne również pozostałe zarzuty naruszenia prawa materialnego. W ocenie Sądu Apelacyjnego, Sąd Okręgowy dokonał prawidłowej wykładni paragrafu 7 Warunków Ubezpieczenia. Rozpoznanie choroby, która według tego postanowienia powoduje wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela mogło bowiem nastąpić również w okresie (np. wczesne dzieciństwo), którego ubezpieczony nie obejmuje swoją świadomością. Słusznie zatem Sąd ten przyjął, że tak ukształtowane wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela jest zbyt daleko idące, z niemożliwością przewidzenia przez konsumenta w takiej sytuacji zajścia zdarzenia, rażąco narusza jego interesy.

W konsekwencji należało uznać, że nie ma racji apelująca zarzucając Sądowi naruszenie art. 385 ind. 1 § 1 k.c. Brak jasności i precyzji w sformułowaniu zakwestionowanego postanowienia w szczególności w zakresie zwolnienia ubezpieczyciela z odpowiedzialności wobec ubezpieczonego wyczerpuje przesłankę sprzeczności tej klauzuli z dobrymi obyczajami.

Mając powyższe na uwadze, Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. orzekł jak w sentencji wyroku