

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 czerwca 2012 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie Wydział XVII Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów
w składzie:

Przewodnicząca: Sędzia SO Małgorzata Perdion-Kalicka

Protokolant: protokolant sądowy – stażysta Piotr Hołyś

po rozpoznaniu w dniu 15 maja 2012 r. w Warszawie na rozprawie
sprawy z powództwa A. S.
przeciwko (...) Towarzystwo (...) S.A. w P.

o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone

I. uznaje za niedozwolone i zakazuje (...) Towarzystwo (...) S.A. w P. wykorzystywania w obrocie z konsumentami 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”;

II. nakazuje pobrać od (...) Towarzystwo (...) S.A. w Poznaniu na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Warszawie kwotę 600 zł (sześćset złotych) tytułem opłaty od pozwu, od uiszczenia której powód był zwolniony;

III. zarządza publikację prawomocnego wyroku w Monitorze Sądowym i Gospodarczym na koszt (...) Towarzystwo (...) S.A. w P.

XVII AmC 1039/09

UZASADNIENIE

A. S. pozwem z 7 lipca 2009 r wносиła 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 uzasadnieniu pozwu powódka podniosła, że w myśl powołanej klauzuli zawartej w warunkach ubezpieczenia na życie kredytobiorców (...) Banku (...) S.A. w W., ubezpieczyciel zastrzega wyłączenie swojej odpowiedzialności niezależnie od tego jakie informacje zostały podane przez ubezpieczającego w formularzu oferty lub na żądanie ubezpieczyciela przed zawarciem umowy. W ocenie powódki regulacja taka jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interesy konsumentów, gdyż w myśl regulacji zawartych w art. 815§1 i 3 kc w zw z art. 834 kc 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 zarzut, 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.

Pozwany (...) Towarzystwo (...) S.A. w P. w odpowiedzi na pozew wnosił o oddalenie powództwa i zasądzenie kosztów procesu. W uzasadnieniu pozwany zarzucał brak legitymacji procesowej po stronie powódki, gdyż kwestionowana klauzula w ocenie pozwanego 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 kc a w której ubezpieczony nie staje się stroną umowy. Pozwany kwestionował 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 kpc. Przy tym pozwany podnosił, że art. 385 1 -385 3 kc mają jedynie odpowiednie zastosowanie do umów ubezpieczenia, co w jego ocenie wyłączało możliwość ochrony na podstawie art. 479 36 -476 45 k.p.c.

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

Sąd ustalił następujący stan faktyczny:

Pozwanego (...) Towarzystwo (...) S.A. łączy z Bankiem (...) S.A. umowa z 4 stycznia 2006r, 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 (ogólne warunki k.42). 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 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. (deklaracja w sprawie udostępnienia ubezpieczeń k.45v)

Powyższy stan faktyczny był bezsporny między stronami i został ustalony w oparciu o dowody z dokumentów przedłożone przez strony które nie budziły wątpliwości sądu co do ich prawdziwości ani też nie były kwestionowane przez strony postępowania.

Sąd w sprawie niniejszej na wniosek pozwanego dopuścił także dowody z opinii biegłych sądowych z zakresu medycyny (chorób wewnętrznych, chirurgii i psychiatrii) oraz biegłego z zakresu matematyki ubezpieczeniowej (aktuarusza). Opinie te Sąd wziął pod uwagę przy badaniu abuzywności klauzuli, o czym w dalszym ciągu rozważań. Dokonując oceny opinii biegłych przy zastosowaniu art. 233 § 1 k.p.c. – Sąd uznał wszystkie sporządzone przez biegłych opinie za wiarygodne dowody w sprawie. Zdaniem Sądu opinie cechował wysoki poziom wiedzy specjalistycznej biegłych i szczegółowo umotywowane i stanowcze wnioski. Przy czym bez znaczenia było, że biegli nie zawsze opierali się w swoich opiniach na danych statystycznych, co było przedmiotem zarzutów pozwanego, gdyż samo wieloletnie doświadczenia zawodowe biegłych pozwala im na wydawanie stanowczych sądów w kwestiach w których są niekwestionowanymi specjalistami, tym bardziej, że dane statystyczne odnosiły się do wycinków analizowanej materii i nie mogły stanowić wyłącznej podstawy opinii, lub że dane statystyczne dotyczyły innych państw, zaś biegli wykazali, że nie mogą one wprost być przeniesione w realia polskiej służby zdrowia a tym samym stanowić podstawowych źródeł informacji dla opinii. Opinie te zdaniem Sądu były zgodne z zasadami logiki podobnie jak były zgodne z zasadami 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, o czym niżej, a opinie jedynie potwierdzały to stanowisko. Ponadto wnioskowanie przez pozwanego o opinię kolejnych biegłych, którzy jedynie teoretycznie miałyby oceniać ryzyko zgonu w okresie 6 miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia mija się z celem, jeśli się weźmie pod uwagę, okoliczność, że pozwany twierdził w odpowiedzi na pozew, że oszacował takie ryzyko ubezpieczeniowe 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. W tych okolicznościach zdaniem Sądu, badaniu biegłego powinna być poddana analiza ryzyka dokonana przez powoda na potrzeby określonego typu ubezpieczenia a nie zupełnie abstrakcyjna, oderwana od przyjętych przez pozwanego założeń, generalna analiza ryzyka ubezpieczeń grupowych, a do tego sprowadziłyby się wnioski opinii. Tymczasem jak wynika z dotychczasowych opinii to właśnie problem nadmiernej ogólności wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela stanowił problem dla ustalenia adekwatności 6-cio miesięcznego okresu wyłączenia odpowiedzialności dla zdiagnozowanej w jakimkolwiek okresie choroby lub powstania urazu. Także wnioski opinii pozasądowej, która zdaniem pozwanego podważała dotychczasowego wnioski biegłych nie pozwalają na przyjęcie, że opinie sądowe zawierają jakiegokolwiek błędy logiczne lub, że są z innych powodów niewiarygodne. Mianowicie teza opinii pozasądowej stwierdza, że „ w każdym okresie czasu po przebyciu poważnym urazie lub po rozpoznaniu choroby somatycznej lub psychicznej mamy do czynienia z istotnie zwiększonym prawdopodobieństwem zgonu w stosunku do przeciętnej śmiertelności. Można stwierdzić także, że w przypadku urazów najwyższa śmiertelność jest w krótkim czasie po wypadku, natomiast w chorobach nowotworowych czy psychicznych ryzyko zgonu rośnie wraz z czasem trwania ubezpieczenia” (k.511).

Teza ta potwierdza w istocie wnioski opinii biegłych sądowych, że okres 6-ciu miesięcy wyłączenia odpowiedzialności od objęcia ochroną ubezpieczeniową ma się nijak do wcześniejszego urazu lub zdiagnozowania choroby somatycznej lub psychicznej. Wnioski opinii pozasądowej nie uwzględniają bowiem faktu, że wyłączenie odpowiedzialności następuje bez względu na rodzaj schorzenia i na okres w którym zostało ono zdiagnozowane. Już dla laika staje się więc nielogiczna teza, że po rozpoznaniu jakiegokolwiek choroby somatycznej lub psychicznej mamy do czynienia z istotnie zwiększonym prawdopodobieństwem zgonu w stosunku do przeciętnej śmiertelności właśnie w okresie 6-ciu miesięcy od zawarcia ubezpieczenia. Należy również zwrócić uwagę, że opinia pozasądowa stawia powyższą tezę w odniesieniu tylko do poważnych urazów, gdy tymczasem analizowana klauzula zawiera wyłączenie odpowiedzialności w przypadku jakichkolwiek urazów i w jakimkolwiek czasie a więc także w przypadku złamania palca w dzieciństwie. Trudno więc chyba postawić pozytywną ocenę za zgodność z zasadami logiki

opinii pozasądowej, która w pkt 4 wniosków stwierdza, że ryzyko zgonu wśród ubezpieczonych, którzy mieli rozpoznane choroby przed objęciem ubezpieczenia jest wyższe od przeciętnego. Wszak złamanie palca jest jednostką chorobową i czy wobec tego osoba z taką diagnozą ma zwiększone ryzyko umieralności w dorosłym życiu?

W tej sytuacji wnioskowanie przez pozwanego o dowód z opinii kolejnego biegłego, nie miało dostatecznego uzasadnienia w treści art. 286 k.p.c. Jak wynika bowiem z utrwalonego na tle cytowanego przepisu orzecznictwa, o ewentualnym dopuszczeniu dowodu z opinii innego biegłego tej samej specjalności, nie decyduje wyłącznie wniosek strony niezadowolonej z niekorzystnego dla niej wydzwiku konkluzji opinii, lecz zawarte w tym wniosku konkretne uwagi i argumenty. W przeciwnym wypadku wniosek taki musi być uznany za zmierzający wyłącznie do nieuzasadnionej zwłoki w postępowaniu, co winno skutkować jego pominięciem (art. 217 § 2 k.p.c.).

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo jest uzasadnione.

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 k.p.c. i następne. 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.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że przepis art. 808§5 k.c. może stanowić podstawę prawną orzekania w niniejszej sprawie pomimo zarzutów pozwanego, że przepis wszedł w życie w dniu 10 sierpnia 2007r. W tym kontekście bez znaczenia dla dokonania oceny kwestionowanego w pozwie postanowienia jest data zawarcia umowy zawierającej owe postanowienie pomiędzy pozwanym a Bankiem, która miała miejsce w dniu 4 stycznia 2006r. Z punktu widzenia art. 479 36 i następnego 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 powód nie kwestionował faktu wykorzystywania spornego postanowienia w umowach ubezpieczenia kredytów konsumenckich w dacie wniesienia pozwu i obejmowania ochroną ubezpieczeniową nowych klientów banku, to oczywistym było, 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 są także bezzasadne.

Zgodzić się należy z pozwanym, że z formalnoprawnego punktu widzenia powódka nie mogłaby sama zawrzeć z ubezpieczycielem tego typu umowy z jaką mamy do czynienia w niniejszej sprawie, niemniej jednak jako beneficjent tej umowy powódka odgrywałaby pierwszoplanową rolę w powstałym stosunku zobowiązaniowym, gdyż 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.

Powyższe wywody dały podstawę do uznania, że także pozwany ma legitymację procesową bierną w niniejszej sprawie, gdyż niewątpliwie stosuje on, 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

pozwała 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.

Powyższe ustalenia pozwalają przejść do zasadniczej kwestii, czyli 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.

Należy wskazać, że „dobre obyczaje” to reguły postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. Istotą dobrych obyczajów jest szeroko rozumiany szacunek do drugiego człowieka. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać więc 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.

Należy także wskazać, 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 wziął pod uwagę podstawową cechę jakie muszą mieć 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. 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.

Analizowanej klauzuli można zdaniem Sądu postawić podstawowy zarzut braku tej jasności i precyzyjności, gdyż konsument w dacie zawierania umowy niejednokrotnie może nie mieć nawet mglistego pojęcia o tym czy w jego przypadku może zaistnieć wypadek 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 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.

Niewątpliwie należy zgodzić 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 taki szeroki, aby ograniczały one 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. Niewątpliwie także postępowanie dowodowe przeprowadzone w niniejszej sprawie dało asumpt do uznania klauzuli za abuzywną. W szczególności zarówno opinie biegłych lekarzy jak i specjalisty 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 jakiegokolwiek 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).

Dodać należy, 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 pozwanym, 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. Niewątpliwe 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.

Wymienione 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 Ochrony Konkurencji i Konsumentów 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.

Opłatą sądową w wysokości 600 zł, od wniesienia, której powód był zwolniony, Sąd na podstawie art. 26 ust 1 pkt 6 oraz art. 113 ust. 4 w zw. z art. 96 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz. U. z 2005 r., nr 167, poz. 1398 z późn. zm.) obciążył pozwanego.

O publikacji prawomocnego wyroku w Monitorze Sądowym i Gospodarczym zarządzono na podstawie art. 479 44 § 1 k.p.c.

. SSO Małgorzata Perdion-Kalicka