

Sygn. akt *XVII AmC 3109/14*

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 9 czerwca 2015 r.

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w składzie:

Przewodniczący **SSR del. Adam Malinowski**

Protokolant sekretarz sądowy Paulina Czajka

po rozpoznaniu 26 maja 2015 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa **M. B.**

przeciwko **Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej w W.**

o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone

1. uznaje za niedozwolone i zakazuje pozwanemu wykorzystywania w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o treści:

„Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych w okresie 24 miesięcy od pierwszego dnia miesiąca w którym ubezpieczający zgłosił ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzenia zgonu ubezpieczonego, jeżeli do jego spowodowania przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed tym dniem”;

2. zasądza od pozwanego na rzecz powoda, tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, kwotę 77 (siedemdziesiąt siedem) złotych;

3. nakazuje pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa (Kasa Sądu Okręgowego w Warszawie), tytułem nieuiszczonej opłaty od pozwu, kwotę 600 (sześćset) złotych;

4. zarządza publikację prawomocnego wyroku w Monitorze Sądowym i Gospodarczym na koszt strony pozwanej.

SSR del. Adam Malinowski

Sygn. akt *XVII AmC 3109/14*

UZASADNIENIE

Pozwem z 22 grudnia 2014 r. (data stempla pocztowego) powód – M. B. – domagał się uznania za niedozwolone i zakazania wykorzystywania w obrocie z konsumentami postanowienia o treści:

„Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych w okresie 24 miesięcy od pierwszego dnia miesiąca w którym ubezpieczający zgłosił ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzenia zgonu ubezpieczonego, jeżeli do jego spowodowania przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed tym dniem.”

zawartego we wzorca umowy zatytułowanego, którym posługuje się pozwany – Towarzystwo (...) S.A. z siedzibą w W..

W ocenie powoda wskazane postanowienie wzorca umowy stanowi niedozwoloną klauzulę, gdyż jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interesy konsumentów. Wypełniałoby tym hipotezę art. 385[1] § 1 kc, zgodnie z którym niedozwolonymi są postanowienia umowy zawieranej z konsumentem, niezgodnione z nim indywidualnie, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy – z wyłączeniem postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. W szczególności w jego ocenie kwestionowane postanowienie jest ogólne, nieprecyzyjne i w związku z tym pozwala przedsiębiorcy na dowolną interpretację. Zwłaszcza zastosowanie sformułowania „przyczyniła się” daje mu zbyt szerokie pole do jednostronnej oceny zdarzenia skutkującego wyłączeniem odpowiedzialności ubezpieczyciela.

W odpowiedzi na pozew pozwany domagał się oddalenia powództwa w całości oraz zasądzenia na jego rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pisma zaprzeczył, jakoby posiadał legitymację procesową w tym postępowaniu wskazując, że zważywszy na konstrukcję rzeczonyj umowy nie jest możliwe by mogła być ona zawarta pomiędzy nim a konsumentem. Ponadto stwierdził, że także strona powodowa nie będąc ani ubezpieczonym, ani uprawnionym z umowy ubezpieczenia nie posiada legitymacji procesowej w tej sprawie. Niezależnie od powyższego zanegował twierdzenia powoda o niedozwolonym charakterze zapisu podnosząc, że stosowanie sformułowania „przyczyniła się” nie zwalnia ubezpieczyciela z obowiązku ustalenia istnienia związku przyczynowego pomiędzy chorobą zdiagnozowaną lub leczoną a zgonem ubezpieczonego.

W reakcji na powyższe pismem z 19 maja 2015 r. (data z pisma) powód podtrzymał swoje dotychczasowe wnioski i twierdzenia, wskazując przy tym, że konstrukcja legitymacji procesowej w postępowaniu o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone uprawnia także i jego do wytoczenia przedmiotowej sprawy. Ponadto zwrócił uwagę na brzmienie art. 815 kc kwestionując szerokie ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczonego w sytuacji, gdy nie wymaga się od niego przeprowadzenia badań lub wywiadów lekarskich dla oceny ryzyka ubezpieczyciela.

Na rozprawie 26 maja 2015 r. powód sprecyzował oznaczenie strony pozwanej wskazując, że podmiotem tym jest Towarzystwo (...) S.A. – numer KRS (...).

Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:

Pozwany Towarzystwo (...) S.A. prowadzi działalność gospodarczą w sektorze ubezpieczeniowym, w ramach której zawarł ze (...) Bankiem (...) S.A. (uprzednio (...) Bank S.A.) umowa Ubezpieczenia na życie spłaty kredytu mieszkaniowego tj. umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek, udzielając ochrony ubezpieczeniowej konsumentom (ubezpieczonym). W związku z tą działalnością posługiwał się w obrocie wzorcem umowy zawierającym zapis o treści „Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych w okresie 24 miesięcy od pierwszego dnia miesiąca w którym ubezpieczający zgłosił ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia jest wyłączona, w przypadku zajścia zdarzenia zgonu ubezpieczonego, jeżeli do jego spowodowania przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed tym dniem.”.

Powyższy stan faktyczny został ustalony przez Sąd w oparciu o twierdzenia zawarte we wniesionych przez strony pismach procesowych oraz dokumenty złożone do akt sprawy. W zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego twierdzenia przedstawione przez stronę powodową oraz załączony przez nią dowód nie były kwestionowane przez stronę przeciwną. W rezultacie okoliczności, na których oparte jest żądanie pozwu były pomiędzy stronami bezsporne.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Powództwo w niniejszej sprawie zasługiwało na uwzględnienie.

Okolicznością sporną między stronami było, czy strona powodowa posiada w tej sprawie legitymację procesową do wytoczenia powództwa, a także – niezależnie od powyższego, czy przedmiotowe postanowienie miało charakter niedozwolony w myśl art. 385[1] § 1 kc.

Istota umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek sprawia, że poza dwoma stronami tej umowy – ubezpieczycielem (pозwany) oraz ubezpieczającym (Bankiem (...) S.A.) pojawia się kolejny podmiot tego stosunku prawnego – ubezpieczony, jako jego beneficjent. Ubezpieczony (konsument) wprawdzie nie jest stroną umowy, niemniej jednak ustawa przyznaje mu narzędzia ochrony konsumenckiej przewidziane w art. 808 § 5 kc, który stanowi, że jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹-385³ stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Ubezpieczonemu przysługuje zatem prawo do żądania kontroli umowy w drodze powództwa wytoczonego w sprawie indywidualnej. Równocześnie nie ma podstaw, by odmówić mu analogicznego uprawnienia, które mogłyby być realizowane w ramach kontroli prowadzonej w trybie przepisów art. 479[36] kc i nast. Skoro bowiem art. 808 § 5 kc przyznaje mu status konsumenta wraz ze wynikającymi stąd prawami, to jako taki może także korzystać z roszczeń w postępowaniu o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Powyższą konstatację potwierdza Sąd Apelacyjny w Warszawie, który w wyroku z dnia 19 czerwca 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1494/12) stwierdził, że „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”. Konkludując w ocenie Sądu orzekającego w niniejszej sprawie brak jest podstaw, by uznać stanowisko przedstawione przez stronę pozwaną za słuszne i zasadne, a zatem zarzut podniesiony w odpowiedzi na pozew nie mógł odnieść zamierzonego skutku.

Przechodząc natomiast do oceny postanowień pod kątem wypełnienia przesłanek abuzywności należy zważyć, co następuje.

Stosownie do treści art. 385[1] §1 kc, aby dane postanowienie umowne mogło być uznane za niedozwolone, musi ono spełniać cztery przesłanki tj.: (I) postanowienie nie zostało indywidualnie uzgodnione z konsumentem, (II) ukształtowane przez postanowienie prawa i obowiązki konsumenta pozostają w sprzeczności z dobrymi obyczajami, (III) powyższe prawa i obowiązki rażąco naruszają interesy konsumenta oraz (IV) postanowienie umowy nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron.

Powyższy przepis stanowi materialnoprawną podstawę zarówno kontroli abstrakcyjnej wzorca umowy, jak i incydentalnej, której przedmiotem jest konkretna umowa pomiędzy dwiema stronami. W toku postępowania o uznanie postanowień wzorca za niedozwolone sąd dokonuje kontroli abstrakcyjnej, co oznacza, że przedmiotem jego zainteresowania jest wyłącznie treść postanowienia wzorca umowy. Irrelevantne są natomiast okoliczności takie jak: praktyka prowadzenia działalności gospodarczej przez przedsiębiorcę, sposób wykonywania umowy przez strony, czy też jakiegokolwiek fakty, które dotyczą ewentualnego sporu pomiędzy stronami postępowania, powstałego na tle konkretnej umowy. W ramach kontroli abstrakcyjnej wzorca umowy sąd nie bada bowiem konkretnych stosunków istniejących pomiędzy kontrahentami, lecz wyłącznie wzorzec i treść hipotetycznych stosunków, jakie powstałyby z udziałem konsumenta. Nie ma zatem znaczenia, czy jakaś konkretna umowa była między stronami negocjowana ani nawet czy wzorzec był, czy też nie był zastosowany przy zawieraniu jakiegokolwiek konkretnej umowy. Kontrola ta ma bowiem charakter oceny ex ante i obejmuje wzorzec, nie zaś konkretną umowę. Istotny jest zatem fakt wprowadzenia ocenianego wzorca do obrotu poprzez wystąpienie z ofertą zawarcia umowy z wykorzystaniem go. W nawiązaniu do powyższych rozważań należy więc stwierdzić, że okoliczności podniesione przez pozwanego, a dotyczące okoliczności sporu pomiędzy stronami tego postępowania powstałego na tle realizacji umowy są w tym postępowaniu bez znaczenia dla oceny inkryminowanego zapisu.

Należy także wskazać, że tak sformułowane postanowienie dotyczące wyłączenia odpowiedzialności w przypadku, gdy do powstania zdarzenia ubezpieczeniowego przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed tym dniem, nie reguluje głównych świadczeń stron.

Dla zastosowania omawianego przepisu przesłanki II (sprzeczność z dobrymi obyczajami) i III (rażące naruszenie interesów konsumenta) muszą zachodzić równocześnie. Z reguły rażące naruszenie interesu konsumenta jest naruszeniem dobrych obyczajów, ale nie zawsze zachowanie sprzeczne z dobrymi obyczajami rażąco narusza ten interes.

Poprzez dobre obyczaje rozumie się pewien powtarzalny wzorzec zachowań, który jest aprobowany przez daną społeczność lub grupę. Są to pozaprawne normy postępowania, którymi przedsiębiorcy winni się kierować. Ich treści nie da się określić w sposób wyczerpujący, ponieważ kształtowane są przez ludzkie postawy uwarunkowane zarówno przyjmowanymi wartościami moralnymi, jak i celami ekonomicznymi i związanymi z tym praktykami życia gospodarczego. Wszystkie one podlegają zmianom w ślad za zmieniającymi się ideologiami politycznymi i społeczno – gospodarczymi oraz przewartościowaniami moralnymi. W szczególności zaś, dobre obyczaje to normy postępowania polecające nienadużywanie w stosunku do słabszego uczestnika obrotu posiadanej przewagi ekonomicznej.

W zakresie oceny stopnia naruszenia interesów konsumentów Sąd tutejszy podziela opinię Sądu Apelacyjnego w Warszawie (wyrok z dnia 27 czerwca 2006 r., sygn. akt VI ACa 1505/05), że naruszenie interesów konsumenta, aby było rażące, musi być doniosłe czy też znaczące. Natomiast interesy konsumenta należy rozumieć szeroko, nie tylko jako interes ekonomiczny, ale też każdy inny, chociażby niewymierny. Zaliczyć tu można również dyskomfort konsumenta, spowodowany takimi okolicznościami jak strata czasu, naruszenie prywatności, niedogodności organizacyjne, wprowadzenie w błąd oraz inne uciążliwości, jakie mogłyby powstać na skutek wprowadzenia do zawartej umowy ocenianego postanowienia. Przy określaniu stopnia naruszenia interesów konsumenta należy stosować nie tylko kryteria obiektywne (np. wielkość poniesionych czy grożących strat), lecz również względy subiektywne związane bądź to z przedsiębiorcą (np. renomowana firma), bądź to z konsumentem (np. seniorzy, dzieci). Konieczne jest zbadanie, jaki jest zakres grożących potencjalnemu konsumentowi strat lub niedogodności.

Przenosząc powyższe rozważania na okoliczności przedmiotowej sprawy należy zważyć, co następuje.

Oś sporu pomiędzy stronami w tym postępowaniu dotyczyła w głównej mierze interpretacji przesłanki przyczynienia się do choroby zdiagnozowanej lub leczonej przed dniem objęcia ubezpieczonego ochroną do ziszczenia się zdarzenia zgonu, albowiem skutkuje ona uchyleniem się ubezpieczyciela od odpowiedzialności w okresie pierwszych 24 miesięcy ochrony.

Zważyć należy, że Sąd nie kwestionuje stosowania przez zakłady ubezpieczeń okresów karencji w ściśle określonych przypadkach, które powiązane są z ryzykiem ubezpieczeniowym i mają na celu wyeliminowanie nieuczciwych zachowań ze strony kontrahentów. Niemniej jednak służąc określonym powyżej celom karencja nie może prowadzić do nadmiernego wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, które wykraczałoby ponad jego uzasadniony interes, a także interes innych ubezpieczonych. Z tego też względu należało w przedmiotowej sprawie zakwestionować posłużenie się w treści inkryminowanego zapisu pojęciem „przyczynienia się”, gdyż w kontekście jego treści prowadzi do istotnej nieprecyzyjności i ogólności w formułowaniu zakresu odpowiedzialności. Zważyć bowiem należy, że interpretacja klauzuli w takim brzmieniu wskazuje na bardzo szeroki zakres wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdyż posłużeniem się wyrażeniem „przyczynić się” wskazuje nie tylko na konieczność wystąpienia przyczyn o charakterze bezpośrednim, lecz także ciąg okoliczności powiązanych ze sobą w sposób pośredni, których skutkiem będzie zgon ubezpieczonego. Bez znaczenia jest tutaj natomiast argument pozwanego, który podniósł, że o powstrzymaniu się od wypłaty świadczenia decyduje wszakże istnienie związku przyczynowego, bowiem taki związek może istnieć nawet pomimo wystąpienia kilku czynników pomiędzy chorobą a zgonem. Sąd nie ma zatem żadnych wątpliwości co do tego, że zakres stanów faktycznych skutkujących w tych warunkach wyłączeniem odpowiedzialności jest niezwykle szeroki. W rezultacie zapis daje pozwanemu ubezpieczycielowi znaczą swobodę interpretacyjną pozwalającą określać sytuacje, w których aktualizuje się obowiązek wypłaty świadczenia odszkodowawczego. Zakres

tej swobody w przypadku, gdy odnosi się on bezpośrednio do odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń winien być eliminowany możliwie w jak najszerszym zakresie. Przy tak szerokim zdefiniowaniu tej przesłanki należy wyrazić także dezaprobatę wobec bardzo długiego okresu karencji. W ściśle sprecyzowanych okolicznościach tego rodzaju ograniczenie nie powinno powodować żadnych wątpliwości, niemniej jednak w warunkach, gdy zakres odpowiedzialności jest dość rozmyty, a przy tym pozwala na zakwalifikowanie wielu stanów, jako okoliczności uchylających obowiązek pozwanego, okres ten stanowi dodatkową przesłankę, poprzez którą usiłuje on powstrzymać się od wypłaty świadczenia.

Niewątpliwie charakter zapisu zmieniłby się także, gdyby konsument był wezwany do powiadomienia ubezpieczyciela (poprzez wykonanie odpowiednich badań lub choćby złożenie oświadczenia) o okolicznościach mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, w szczególności o chorobach zdiagnozowanych lub leczonych w chwili objęcia go ubezpieczeniem. Zdaniem Sądu słusznie w tym przypadku odwołał się powód do treści art. 815 § 1 kc i choć przepis ten nie nakłada na zakład ubezpieczeń takiego obowiązku, w tych okolicznościach faktycznych byłby on ze wszelkich miar uzasadniony. Należy wskazać, że wówczas konsument miałby pewność co do tego, w jakich wypadkach nie będzie mógł oczekiwać pozytywnego rozpatrzenia zgłoszonego żądania, gdyż zakres wyłączenia odpowiedzialności zakładu byłby ustalony w sposób nie budzący wątpliwości. Zdaniem Sądu, jeżeli stan zdrowia ubezpieczonego w chwili objęcia ubezpieczeniem jest następnie oceniany w przyszłości w momencie zgłoszenia wypadku ubezpieczeniowego i tak jak w tym przypadku może skutkować wyłączeniem odpowiedzialności, to zasady lojalnego kontraktowania wymagają, by także i ubezpieczyciel dopełnił w sposób rzetelny ciężących na nim obowiązków w zakresie oceny ryzyka i domagał się informacji na temat stanu zdrowia zgłaszanego do ubezpieczenia. Równocześnie w odpowiedzi na pozew pozwany sam przyznał, że w przypadku wprowadzenia ankiet medycznych grupa osób mogących przystąpić do ubezpieczenia byłaby mniej liczna, a ponadto warunki umowy nie byłyby tak atrakcyjne, co nie może być interpretowane inaczej niż, jako potwierdzenie tego, iż jest on świadomy wątpliwego etycznie postępowania przy zawieraniu umów. W ocenie Sądu wprowadzenie do treści spornej klauzuli takiego zastrzeżenia uczyniłoby ją bardziej przejrzystą, precyzyjną i zrozumiałą, a przez to osłabiłoby dążenia konsumentów do prowadzenia sporów wynikłych z istniejących w tym zakresie wątpliwości.

W konkluzji należy zatem stwierdzić, że w zakresie, w jakim inkryminowana klauzula posługuje się nieprecyzyjnymi zwrotami, które prowadzą do nazbyt szerokiego wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, a także nie wymaga ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego w momencie przystąpienia do ubezpieczenia, który jest następnie oceniany na etapie realizacji umowy, wypełnia hipotezę art. 385[1] §1 kc. Zważywszy na możliwość uchylecia obowiązku zapłaty świadczenia odszkodowawczego na skutek zastosowania inkryminowanego zapisu, nie ulega wątpliwości, że naruszenie interesów konsumentów należy kwalifikować jako rażące.

Mając więc powyższe na uwadze, na podstawie art. 385[1] § 1 kc, Sąd uznał postanowienie wzorca umowy za niedozwolone, zaś na podstawie art. 479[42] § 1 kpc zakazał jego wykorzystywania w obrocie z udziałem konsumentów.

O kosztach postępowania orzeczono w oparciu o art. 98 kpc, zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony.

Przyznane stronie koszty stanowią wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w wysokości 60 zł - ustalone na podstawie § 14 ust. 3 pkt. 2 w zw. z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu.

Mając na uwadze wynik sprawy, orzeczenie o nakazaniu pobrania od strony pozwanej opłaty od pozwu uzasadnia art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

O publikacji prawomocnego wyroku w Monitorze Sądowym i Gospodarczym na koszt strony pozwanej zarządzono na podstawie art. 479[44] kpc.