



Rzecznik
Ubezpieczonych

www.rzu.gov.pl

Aneks
do raportu Rzecznika Ubezpieczonych

**Klauzule abuzywne
w działalności ubezpieczeniowej**

Warszawa, sierpień 2014

Wprowadzenie

Na początku 2012 r. Rzecznik Ubezpieczonych przygotował i opublikował raport poświęcony klauzulom abuzywnym w działalności ubezpieczeniowej. Przedmiotem tej publikacji było syntetyczne omówienie klauzul abuzywnych, które na dzień jego sporządzenia zostały wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych, prowadzonego przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Do głównych przyczyn jego przygotowania Rzecznik Ubezpieczonych zaliczył ograniczony dla konsumentów publiczny dostęp do orzeczeń Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w szczególności ich uzasadnień i stworzenie stałej platformy opisu postanowień o.w.u. wpisanych do rejestru klauzul abuzywnych w celu zrozumienia, głównie przez autorów ogólnych warunków ubezpieczeń, wykładni sądowej treści przepisów kodeksu cywilnego o postanowieniach niedozwolonych, czym jest świadczenie główne stron, co należy rozumieć przez pojęcie „dobre obyczaje” i „rażące naruszenie interesów konsumentów,” jak należy formułować definicje umowne, czy konstruować prawa i obowiązki stron. Jego celem było także stworzenie dodatkowego narzędzia umożliwiającego eliminację z o.w.u. postanowień już uznanych za niedozwolone lub pozwalającego na etapie przygotowania wzorca umowy unikać formułowania postanowień, które mogą być następnie uznane za abuzywne. Raport ten miał również stanowić pomocnicze narzędzie dla przedstawicieli instytucji chroniących konsumentów, którzy na co dzień analizują postanowienia o.w.u. pod kątem ich zgodności z przepisami prawa, w szczególności z przepisami kodeksu cywilnego o niedozwolonych postanowieniach umownych w obrocie z konsumentami. W raporcie tym opisano 80 postanowień o.w.u., które zostały wpisane do rejestru klauzul abuzywnych z zakresu działalności ubezpieczeniowej. Rzecznik Ubezpieczonych wyraźnie zaznaczył, iż jego formuła będzie miała charakter otwarty, okresowo będzie uzupełniany o nowe zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia, które zostały zakwestionowane przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Niniejszy aneks do raportu jest kontynuacją podjętego przez Rzecznika Ubezpieczonych działania. Zawierać on będzie opis kolejnych 48 postanowień wzorców umów, które w ostatnich trzech latach zostały wpisane do rejestru klauzul abuzywnych z zakresu działalności ubezpieczeniowej. Opis klauzul sporządzony został na podstawie orzeczeń przekazanych przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów i Sąd Apelacyjny w Warszawie. Dotychczasowym wzorem prezentacja poszczególnych klauzuli będzie zawierała przedstawienie syntetycznego opisu stanowisk stron przedstawianych w toku postępowania o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone i pełne uzasadnienie oceny Sądu

Ochrony Konkurencji i Konsumentów o abuzywnym charakterze danego postanowienia umownego, a także stanowisko Sądu Apelacyjnego w Warszawie, jeśli ocena SOKiK o danym postanowieniu była przedmiotem kontroli apelacyjnej.

Co do zasady nie uległy zmianie również zasadnicze cele aneksu do raportu. Do głównych przyczyn jego opracowania nadal można zaliczyć jasne i publiczne ukazanie celów oraz powodów, dla których dane postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia zostały zakwestionowane przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, a także stworzenie narzędzia dedykowanego dla twórców o.w.u. i instytucji chroniących konsumentów usług ubezpieczeniowych, pomocnego w analizach o.w.u. pod kątem występowania w nich postanowień, które mogą wyczerpywać znamiona postanowień niedozwolonych w obrocie z konsumentami, jak i w tworzeniu wzorców o jak najwyższych standardach ochrony konsumentów. Jak pokazuje doświadczenie tego rodzaju instrument może być bardzo skuteczny. Treści zawarte w raporcie z 2012 r. były z powodzeniem stosowane w stałej analizie o.w.u. przeprowadzanej przez Rzecznika Ubezpieczonych pod kątem występowania postanowień niedozwolonych, zarówno podczas rozpatrywania skarg w sprawach indywidualnych, jak również w analizach sektorowych (analizach określonych produktów ubezpieczeniowych z danego działu).

W niniejszym aneksie szczególny nacisk został położony na opis postępowań, w których zostały zakwestionowane postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia na życie powiązanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w zakresie wysokości opłat likwidacyjnych pobieranych przez ubezpieczycieli w razie rozwiązania umowy przed upływem czasu, na który została zawarta. W ostatnich latach przedmiotem masowych sporów ubezpieczycieli i konsumentów jest nie tylko wysokość pobieranych opłat (choć różnie określanych), ale w ogóle legalność ich wprowadzenia. Niewątpliwe zebranie w jednym miejscu wszystkich orzeczeń Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów odnoszących się do tej problematyki pozwoli na właściwe zrozumienie, czy w obrocie z konsumentami wprowadzenie określonych opłat w związku z rozwiązaniem umowy na życie powiązanych z UFK jest dopuszczalne, a jeśli tak to jakie warunki musi spełniać postanowienie zastrzegające opłatę, aby nie zostało uznane za abuzywne. Na marginesie, warto wspomnieć, że orzecznictwo SOKiK było istotnym wsparciem w dotychczasowych działaniach Rzecznika Ubezpieczonych, mających na celu wyeliminowanie postanowień z obrotu, które zastrzegały rażąco wysokie opłaty w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia na życie powiązanej z UFK przed upływem czasu, na który została zawarta, w całkowitym oderwaniu od

rzeczywistych kosztów, które ponosił ubezpieczyciel na dokonanie czynności umorzenia jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym i przekazem środków pieniężnych na rachunek bankowy ubezpieczającego.

W aneksie został umieszczony również opis postanowienia niedozwolonego, który w obrocie z konsumentami stosował wprawdzie bank i przypisany zostało do klauzul z zakresu usług bankowych (klauzula nr 4130), jednakże dotyczył on zasad zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony z umowy ubezpieczenia zabezpieczającej kredyt. Przedstawiony został również opis dwóch z klauzul niedozwolonych wpisanych do rejestru klauzul niedozwolonych w dziale usługi ubezpieczeniowe, które nie były stosowane przez ubezpieczycieli, ale przez podmiot odpłatnie dochodzący od zakładów ubezpieczeń roszczeń odszkodowawczych. Kilka postępowań o uznanie postanowień o.w.u. za niedozwolone w działalności ubezpieczeniowej zakończyły się prawomocnie na etapie sądu I instancji, strony nie zwracały się również z wnioskiem o sporządzenie uzasadnienia, dlatego też opis postanowienia ograniczył się tylko do prezentacji treści klauzuli niedozwolonej, wyroku uznającego ją za niedozwoloną i daty oraz pozycji wpisu do rejestru klauzul abuzywnych. W kilku również przypadkach przedstawiony w uzasadnieniach wyroków lapidarny opis zarzutów i twierdzeń stron postępowania uniemożliwił właściwą i pełną prezentację stanowisk powodów i pozwanych, dlatego też zaprezentowane zostało jedynie stanowisko Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

W przyszłości raport Rzecznika Ubezpieczonych dotyczący klauzul abuzywnych w działalności ubezpieczeniowej będzie okresowo aktualizowany, umieszczane będą kolejne postanowienia o.w.u., które zostaną zakwestionowane przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów i wpisane do rejestru klauzul abuzywnych. Aneks zostanie również zintegrowany z poprzednio opublikowanym raportem w celu stworzenia jednolitej i pełnej platformy prezentującej postanowienia niedozwolone w działalności ubezpieczeniowej.

Klauzula nr 2603

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 14 marca 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 2050/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

„Jeżeli Ubezpieczający wpłaci wszystkie zaległe Składki ubezpieczeniowe w terminie do 90 dni licząc od dnia powstania zaległości, Towarzystwo od dnia następnego po dniu uzupełnienia zaległej Składki wznowi pełną odpowiedzialność z tytułu świadczeń określonych w § 2”.

Postanowienie to w dniu 11 października 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2603.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowany zapis o.w.u. był niedozwolonym postanowieniem umownym rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., mieścił się również w dyspozycji art. 385³ pkt 22 k.c.¹ Zgodnie z tym postanowieniem o.w.u. odpowiedzialność ubezpieczyciela obowiązywała w pełnym zakresie tylko przez pierwszych 30 dni od dnia niezapłacenia wymagalnej składki, zaś przez kolejne 60 dni była zawieszona. Warunkiem kontynuacji ubezpieczenia i wznowienia pełnej odpowiedzialności było uzupełnienie składki także za okres pomiędzy 31 a maksymalnie 90 dniem od dnia wymagalności niezapłaconej składki. Z tego postanowienia o.w.u. nie wynikało, aby zapłata zaległych składek niwelowała w pełni efekt zawieszenia odpowiedzialności i powodowała powrót do pełnej odpowiedzialności za cały okres obowiązywania umowy. W ocenie Prezesa UOKiK składka ubezpieczeniowa powinna być pobierana tylko za okres, w którym ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową.

Zdaniem strony pozwanej wszelkie postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym kwestionowane przez Prezesa UOKiK, mogą być przedmiotem negocjacji pomiędzy stronami. Jednak negocjowanie każdego postanowienia umowy spowodowałyby sparaliżowanie prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Powód pomylił pojęcia zawieszenie odpowiedzialności z jej wyłączeniem. Wpłata wszystkich zaległych składek ubezpieczeniowych w terminie 90 dni od dnia powstania zaległości wznawiała pełną odpowiedzialność i niwelowane były skutki zawieszenia odpowiedzialności. Dopiero brak uregulowania zaległych składek w terminie do 90 dni od powstania zaległości powodował wyłączenie odpowiedzialności, które materializowało się w wygaśnięciu umowy. Z treści klauzuli nie wynikało też, aby konsument miał obowiązek spełnienia swojego świadczenia pomimo niewykonania świadczenia przez ubezpieczyciela. Nie występowała sytuacja, w której konsument wpłacał zaległą składkę tytułem świadczenia, którego nigdy nie otrzymywał.

¹ W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności: przewidują obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapłata składki ubezpieczeniowej jest podstawowym obowiązkiem osoby zawierającej umowę ubezpieczenia z ubezpieczycielem, co wprost wynika z art. 805 § 1 k.c. Zakwestionowane postanowienie przewidywało taki skutek, że jeżeli ubezpieczający nie zapłacił składki w terminie 30 dni od daty jej wymagalności to następowało zawieszenie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel nie był zobowiązany do wypłaty odszkodowania w przypadku zajścia zdarzenia. W świetle art. 814 § 3 k.c., w razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela, tylko wtedy, gdy skutek taki przewidywała umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia, a ubezpieczyciel po upływie terminu wezwał ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności. W niniejszej sprawie składki mogły być płacone w częściach, co wynikało zarówno z treści o.w.u., jak i samych polis. Zatem, aby doszło do ustania odpowiedzialności ubezpieczyciela, musiał on wezwać klienta do zapłaty zaległej składki w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania i to pod rygorem (z zagrożeniem), że brak zapłaty spowoduje właśnie ustanie odpowiedzialności. Takiego warunku nie przewidywały zapisy o.w.u. W o.w.u. mowa była jedynie o tym, że ubezpieczyciel zawiadomi w formie pisemnej ubezpieczającego o zaległości w opłacaniu składki po 30 dniach opóźnienia w opłacaniu składki.

Zdaniem SOKiK przy ocenie tego postanowienia zwrócić należało uwagę na konstrukcję całego postanowienia. Wynikało z niej jednoznacznie, że odpowiedzialność ubezpieczyciela obowiązuje do 30 dni od dnia wymagalności składki ubezpieczeniowej, określonej w polisie. Po upływie tego terminu odpowiedzialność ulegała zawieszeniu, zaś dalsze skutki uzależnione były od postępowania ubezpieczającego. Jeżeli zapłacił on wszystkie zaległe składki w terminie do 90 dni od powstania zaległości (wymagalności składki), ubezpieczyciel od dnia następnego po dokonanej wpłacie wznawiał pełną odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia. Jeżeli natomiast ubezpieczający w przewidzianym terminie nie wpłacił wszystkich zaległych składek, umowa ubezpieczenia wygasła bez możliwości jej wznowienia. Skoro składki płacone były w określonych terminach, oznaczało to, że warunkiem kontynuacji ubezpieczenia i wznowienia przez pozwanego pełnej odpowiedzialności było uzupełnienie przez ubezpieczającego składek za okres pomiędzy 31 a maksymalnie 90 dniem od dnia wymagalności niezapłaconej składki, jako że składki mogły być płacone za określony czas „z góry” (za cały okres trwania umowy

ubezpieczenia lub za pewną jego część). Jeżeli więc ubezpieczający nie zapłacił określonej składki w terminie, to nie płacił składki dotyczącej także okresu przyszedłego.

Istotne było w związku z tym określenie pojęcia „wznowienie” przez pozwanego jego odpowiedzialności. Strona pozwana podnosiła, że wpłata wszystkich zaległych składek ubezpieczeniowych w terminie 90 dni od dnia powstania zaległości wznawiała pełną odpowiedzialność i niwelowane były skutki zawieszenia odpowiedzialności, a dopiero brak uregulowania zaległych składek w terminie do 90 dni od powstania zaległości powodował wyłączenie odpowiedzialności, który materializował się w wygaśnięciu umowy. SOKiK zwrócił jednak uwagę, że w kwestionowanej klauzuli mowa była o wznowieniu pełnej odpowiedzialności z tytułu zdarzeń określonych w o.w.u. Z zapisu tego nie wynikało, aby zapłata zaległych składek niwelowała w jakikolwiek sposób efekty zawieszenia odpowiedzialności i powodowała powrót do pełnej odpowiedzialności za cały okres trwania umowy, a więc również za okres, za który wcześniej składka nie była uiszczona. Jak wynikało z tego postanowienia o.w.u., wznowienie pełnej odpowiedzialności następowało od dnia następnego po uzupełnieniu zaległej składki. Skoro wznowienie odpowiedzialności następowało od dnia następnego po uiszczeniu składki, oznaczało to, że od tego właśnie dnia powstawał skutek w postaci powstania ponownej odpowiedzialności. Gdyby faktycznie było tak, jak twierdził pozwany, że w momencie zapłaty składki przez ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela była „przywracana” za cały okres ubezpieczenia, to byłby on narażony na sytuacje, w których konsumenci nie płaciliby składek ubezpieczeniowych, a czyniliby to dopiero w sytuacji zajścia zdarzenia uprawniającego do uzyskania świadczenia ze strony pozwanego. Oznaczało to, że mogłoby dojść do sytuacji, w której klienci pozwanego ubezpieczyciela zawieraliby umowy ubezpieczenia, a składki uiszczaliby dopiero po uzyskaniu prawa do odszkodowania, a więc pozwany byłby zobowiązany do zapłaty odszkodowania w przypadku każdej umowy, z tytułu której uzyskałby składkę od klienta. Oczywistym jest, że taka interpretacja kwestionowanej klauzuli, a wynikająca ze stanowiska zaprezentowanego przez pozwanego, nie miała żadnego uzasadnienia, gdyż działalność z góry byłaby działalnością nastawioną na osiągnięcie straty, co jest sprzeczne z samą ideą działalności gospodarczej. W klauzuli tej chodziło o zupełnie inny skutek. Tym skutkiem było wznowienie odpowiedzialności pozwanego dopiero od dnia następnego po uiszczeniu składek przez ubezpieczającego, bez „przywrócenia” odpowiedzialności za okres, który już upłynął, a mianowicie po 30 dniu od daty wymagalności składki do dnia jej uiszczenia przez klienta.

W konsekwencji, z treści klauzuli wynikało, że konsument był obowiązany do wykonania swojego świadczenia mimo niewykonania świadczenia przez pozwanego, tj. konsument wpłacał zaległą składkę ubezpieczeniową tytułem świadczenia, którego nigdy nie otrzyma, jako że okres, za który uiszczana była przynajmniej część składki, już upłynął. Natomiast składka ubezpieczeniowa powinna być pobierana tylko za okres, w którym ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową. Ponieważ zakwestionowane postanowienie o.w.u. przewidywało możliwość pobrania przez pozwanego składki za okres, w którym ubezpieczony nie był objęty ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia, klauzula ta była sprzeczna z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumentów i była jedną z klauzul przewidzianych w art. 385³ pkt 22 k.c.

Klauzula nr 3035

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 37/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

„Ubezpieczeniem nie są objęte szkody: (...) w pojeździe wprowadzonym nielegalnie na obszar celny Unii Europejskiej tj. wówczas, gdy pojazd nie został dostarczony lub zgłoszony do miejsca kontroli celnej albo w zgłoszeniu celnym lub innym dokumencie podano nieprawdziwe dane, o ile przyczyna tak rozumianej nielegalności nie ustala (§ 8 ust. 1 pkt 10)”.

Postanowienie to zostało w dniu 11 kwietnia 2012 r. wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3035.

W ocenie powoda zakwestionowane postanowienie stanowiło klauzulę abuzywną, było rażąco sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszało uzasadnione interesy konsumentów, gdyż przewidywało uprawnienie ubezpieczyciela do odmowy wypłaty odszkodowania w niejasno określonej sytuacji dla konsumenta.

Zdaniem pozwanego postanowienie to nie pozostawało w sprzeczności z dobrymi obyczajami i nie naruszało interesów konsumenta w sposób rażący. Zwrot „inny dokument”, który według powoda był niejednoznaczny i niejasny dla konsumenta, został wyrwany z kontekstu całego zapisu. Pojęcie „inny dokument, w którym podano nieprawdziwe dane, mające świadczyć o legalnym wprowadzeniu pojazdu na obszar celny Unii Europejskiej” –

wyznaczało granice pojęcia, obejmującego dokumenty posiadające różne nazwy, lecz których wspólną cechą jest oświadczenie o legalnym wprowadzeniu pojazdu na obszar Unii Europejskiej. W ocenie pozwanego treść postanowienia została sformułowana w sposób jasny i jednoznaczny. Na jego podstawie dochodziło do wyłączenia odpowiedzialności pozwanego za szkody powstałe w pojeździe wprowadzonym nielegalnie na obszar celny Unii Europejskiej i nie przyznawało ubezpieczycielowi prawa do wiążącej interpretacji. Pozwany wskazał również, że kwestionowanego zapisu nie można porównywać do klauzuli wpisanej do rejestru pod nr 1264².

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał to postanowienie za niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c. Zdaniem SOKiK z treści kwestionowanego postanowienia wynikała jednoznacznie definicja pojazdu nielegalnie wprowadzonego na obszar celny Unii Europejskiej, a ubezpieczyciel wyłączał z zakresu odpowiedzialności właśnie takie pojazdy. Wywierało to bezpośredni wpływ na ukształtowanie praw i obowiązków stron. Jeżeli pozwany – ubezpieczyciel zdecydował się zawrzeć w treści postanowienia taką definicję, do czego posiada prawo, to definicja taka musi być jednoznaczna, albowiem każdy inny zapis kształtuje niejasną sytuację konsumenta. Tymczasem w treści definicji mowa była o „innym dokumencie”, a jest to oczywiście nieprecyzyjny i nieoczywisty zapis. Zapis taki powodował niejasną sytuację konsumenta i mógł stanowić podstawę do dowolności interpretacyjnej kontrahenta, co do tego o jakie dokumenty mu chodziło. Tym samym należało uznać, że dowolna interpretacja ubezpieczyciela mogła stanowić o treści umowy ubezpieczenia i obowiązku jej wykonania. Pozwany w odpowiedzi na pozew wskazał co prawda, że wybrano opisowy model definicji z uwagi na bardzo dużą ilość wchodzących w rachubę dokumentów, ale zdaniem SOKiK zapis istniejący w umowie stanowił niejasną podstawę interpretacyjną. Taka ocena wynikała stąd, iż o.w.u. nie określały w żaden sposób owego „innego dokumentu”. Treść zapisu nie świadczyła, że chodziło w nim o dokument celny innego kraju państwa członkowskiego UE. Definicja była niepełna i nie określała żadnych cech owego „innego dokumentu”. Dlatego też zapis ten należało uznać za niejasny i nieprecyzyjny, dający szerokie pole interpretacyjne. Z tego postanowienia o.w.u. można było wywnioskować, że chodziło o jakikolwiek dokument związany z samochodem, a zawierający błąd choćby co do imion właścicieli, roku produkcji,

² Postanowieni wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1264 na mocy wyroku SOKiK z dnia 12 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 103/07 – „*Pojazd nielegalnie wprowadzony na polski obszar celny jest to pojazd: wprowadzony do kraju z zachowaniem obowiązku określonego w punkcie 1, lecz bez zachowania obowiązku podania w zgłoszeniu celnym lub innym dokumencie, danych zgodnych z rzeczywistością bądź, gdy naruszono ograniczenia w obrocie*”.

czy choćby zawierającego cenę rynkową samochodu w kraju, z którego jest sprowadzany – prawidłową, a różniącą się od ceny w Polsce. Zdaniem SOKiK taki zapis mógłby doprowadzić do odmowy wykonania świadczenia nie tylko wobec stwierdzenia przez upoważnione do tego organa wprowadzenia na obszar celny Unii Europejskiej nielegalnego pojazdu, jak też oczywiście w razie ziszczenia się przesłanek z art. 815 § 1 i § 3 k.c., ale także po stwierdzeniu nieprawdziwości jakichkolwiek danych ujawnionych w jakimkolwiek dokumencie związanym z pojazdem. Tego rodzaju zapis stanowił więc nierównorzędne i nierzetelne traktowanie konsumenta jako strony umowy, godząc w sposób rażący w jego interes ekonomiczny. Konsument po zawarciu umowy ubezpieczenia powinien mieć poczucie ochrony, a tymczasem mimo spełnienia swojego świadczenia, narażony był na odmowę wypłaty odszkodowania.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 3 listopada 2011 r. (sygn. akt VI ACA 634/11) oddalił apelację pozwanego. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie apelacja nie miała uzasadnionych podstaw. Wbrew zarzutom apelacji Sąd I instancji prawidłowo uznał, że zakwestionowana klauzula o.w.u. wypełniała przesłanki określone w art. 385³ pkt 9 k.c. Określenie, że ubezpieczeniem nie są objęte szkody w pojeździe wprowadzonym nielegalnie na obszar Unii Europejskiej, to jest wówczas (między innymi), gdy w zgłoszeniu celnym lub innym dokumencie podano nieprawdziwe dane, pozostawiała w istocie pozwanemu uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. To bowiem pozwany zdefiniował we wzorcu „nielegalne wprowadzenie pojazdu na obszar Unii Europejskiej”, nie precyzując dokumentu, w którym miałyby zostać podane nieprawdziwe dane, ani istoty tych danych. Nie ma przy tym znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, że konsument może, w przypadku odmowy wypłaty odszkodowania skorzystać z drogi procesu cywilnego, gdzie ostateczna wykładnia zakwestionowanego postanowienia będzie należała do sądu. Przede wszystkim, wzorec umowy powinien być tak skonstruowany, aby nie zakładał z góry konieczności dokonywania interpretacji jego postanowień przez sąd (art. 385 § 2 zd. 1 k.c.). Konstrukcja wzorca umowy sprzeczna z tym przepisem już sama w sobie powoduje, że kontrahent konsumenta kształtuje jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interes konsumenta. Ponadto niejednoznaczne określenie przesłanek zwolnienia pozwanego z odpowiedzialności może utwierdzać konsumenta w przekonaniu, że jego roszczenie w ewentualnym procesie cywilnym nie zostaną uwzględnione, właśnie z uwagi na możliwość różnej interpretacji postanowienia umownego, powodując, że konsument z takiej drogi nie skorzysta, co także narusza art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c.

Takie ukształtowanie postanowień wzorca umowy prowadziło z kolei do wyłączenia lub istotnego ograniczenia odpowiedzialności pozwanego względem konsumenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania. Pojęcie „inny dokument” oraz „nieprawdziwe dane” bez określenia, o jaki dokument i jakie dane chodzi, nie precyzowało zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciel. Wprawdzie, zgodnie z art. 385 § 2 k.c. niejednoznaczne postanowienia umowy tłumaczy się na korzyść konsumenta, nie dotyczy to jednak postępowania w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Kontrola wzorca umowy dokonywana w niniejszym postępowaniu ma charakter abstrakcyjny i okoliczność, jaki byłby rezultat ewentualnego indywidualnego procesu wytoczonego przez konsumenta, nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie zasługiwały na uwzględnienie argumenty pozwanego, że sprecyzowanie definicji dokumentu w ogólnych warunkach ubezpieczenia wymagałoby stworzenia bardzo długiej listy dokumentów wykorzystywanych w różnych krajach jako zgłoszenia celne. Po pierwsze, nie jest rzeczą Sądu wskazywanie kontrahentowi konsumenta jak ma być skonstruowany wzorzec umowy, aby nie naruszał art. 385¹ § 1 k.c. Po drugie, sporne postanowienie wzorca umowy zostało uznane za abuzywne nie dlatego, że nie zawierało ono enumeratywnie wymienionych dokumentów stanowiących zgłoszenia celne. Było ono sprzeczne z art. 385¹ § 1 k.c. dlatego, że z jego treści nie wynikało, że chodzi o dokument stanowiący zgłoszenie celne, ani w ogóle o taki dokument bądź takie nieprawdziwe dane, które przesądzają o nielegalnym wprowadzeniu pojazdu na obszar celny Unii Europejskiej. W zakwestionowanym postanowieniu wzorca umowy kontrahent konsumenta zdefiniował, co pozwany uważał za nielegalne wprowadzenie pojazdu na obszar celny Unii Europejskiej i definicja ta nie została sprecyzowana w sposób jednoznaczny i zrozumiały.

Klauzula nr 3066

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 23 stycznia 2012 r. w sprawie sygn. akt. XVII AmC 975/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Organizator nie odpowiada za niewykonanie postanowień Regulaminu z przyczyn niemożliwych do przewidzenia, w tym awarii technicznych i niedostępności serwisu internetowego”.

Postanowienie to w dniu 17 kwietnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3066.

Klauzula nr 3067

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 23 stycznia 2012 r. w sprawie sygn. akt. XVII AmC 976/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Organizator zastrzega sobie możliwość zmian w Regulaminie lub zakończenie Promocji przed terminem bez podania przyczyny”.

Postanowienie to w dniu 17 kwietnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3067.

Klauzula nr 3068

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 23 stycznia 2012 r. w sprawie sygn. akt. XVII AmC 977/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Wykładnia i interpretacja Regulaminu należy wyłącznie do Organizatora”.

Postanowienie to w dniu 17 kwietnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3068.

Klauzula nr 3177

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 14 lutego 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 342/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„PZU Życie SA ma prawo w każdej chwili dokonać zmiany świadczeniodawcy”.

Postanowienie to w dniu 15 maja 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3177.

W uzasadnieniu pozwu, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, podniósł, że ubezpieczyciel ponosi koszty świadczeń zdrowotnych, które dokonywane są na rzecz ubezpieczonego, zgodnie z wybranym zakresem świadczeń zdrowotnych. Do istotnych postanowień umowy ubezpieczenia należy nie tylko wynikający z niej zakres świadczeń, ale także możliwość ich realizacji u konkretnego świadczeniodawcy, co może być jedną z przesłanek skłaniających konsumentów do wyboru konkretnej oferty. Zagwarantowanie przez pozwanego możliwości w każdej chwili zmiany ustalonego świadczeniodawcy stanowiło klauzulę z art. 385³ pkt 19 k.c. Brak wskazania przyczyn, z jakich mogła nastąpić zmiana świadczeniodawcy, należało traktować jako wyraz nierównorzędnego traktowania konsumenta. Kwestionowane postanowienie nie zawierało odpowiednika dla konsumenta, gdyż posiadał on ograniczoną możliwość wyboru świadczeniodawcy, a nadto zmiana nie następowała w każdej chwili, jak miało to miejsce w odniesieniu do uprawnienia ubezpieczyciela.

W świetle stanowiska pozwanego, wyrażonego w odpowiedzi na pozew, ubezpieczający dokonuje wyboru zakresu świadczeń zdrowotnych i świadczeniodawcy. Kwestionowane postanowienie określało główne świadczenie pozwanego, które polegało na zapewnieniu ubezpieczonemu określonego zakresu świadczeń zdrowotnych w wybranym lub wybranych przez ubezpieczonego zakładach opieki zdrowotnej (świadczeniodawcy). Kształt świadczenia wyznaczały dwa parametry: rodzaj świadczeń zdrowotnych i miejsce ich realizacji. Wskazanie w umowie ubezpieczenia tych dwóch parametrów było warunkiem powstania zobowiązania pozwanego. Świadczeniami głównymi są te, które zmierzają do osiągnięcia celu umowy. Postanowienie to było jasne i zrozumiałe. Powód nie wskazał natomiast obyczajów, z którymi postanowienie miałyby pozostawać w sprzeczności. Konsument nie byli przymuszani do składania deklaracji przystąpienia do umów ubezpieczenia, mieli świadomość, na jakie zapisy wyrażają zgodę. Brak było argumentów świadczących o tym, że naruszenie interesów ubezpieczonych ma postać kwalifikowaną (rażącą). Dla realizacji świadczenia zdrowotnego musi dojść nie tylko do zawarcia umowy ubezpieczenia, ale także do zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych – pomiędzy ubezpieczycielem a zakładem opieki zdrowotnej. Ubezpieczyciel nie dysponuje środkami przymuszenia świadczeniodawcy do wykonania świadczenia medycznego, a przyczyny

niemożności świadczenia mogą być różne. Wprowadzenie zapisu o możliwości zmiany świadczeniodawcy było konieczne, gdyż jego pominięcie stanowiłoby podjęcie zobowiązania, którego ubezpieczyciel w pewnych sytuacjach nie byłby w stanie wykonać. Postanowienie to informowało klienta, że istnieje potencjalna możliwość, iż strony umowy ubezpieczenia zostaną postawione przed koniecznością zmiany świadczeniodawcy, w sytuacji np. odmowy świadczenia przez świadczeniodawcę, jego likwidacji, upadłości, zakazu udzielania świadczeń medycznych. Postanowienie to nie naruszało również art. 385³ pkt 19 k.c. Ograniczenie prawa wyboru ubezpieczonego do świadczeniodawców wskazanych przez ubezpieczyciela wynikało stąd, że ubezpieczyciel mógł oferować świadczenia tylko tych świadczeniodawców, z którymi wcześniej zawarł umowę o świadczenie usług medycznych. Inaczej umowa ubezpieczenia byłaby niemożliwa do realizacji. Prawo zmiany świadczeniodawcy przysługiwało również klientowi, a jedyna różnica polegała na terminie skuteczności zmiany. Powód nie przedstawił także żadnego przykładu wskazującego, że uprawnienie pozwanego zostało przez niego nadużyte.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie o.w.u. nie dotyczyło głównych świadczeń stron. W świetle o.w.u. świadczeniem głównym po stronie ubezpieczyciela było ponoszenie kosztów świadczeń zdrowotnych, które były dokonywane na rzecz ubezpieczonego lub współubezpieczonego, zgodnie z wybranym przez ubezpieczającego zakresem ubezpieczenia, określonym we wniosku o zawarcie umowy i potwierdzonym polisą. Oczywistym jest, co wynika z treści o.w.u., że ubezpieczony ma prawo wyboru świadczeniodawcy, jednakże nie miało to żadnego wpływu, ani na samo świadczenie ubezpieczyciela, ani na zakres tego świadczenia. Innymi słowy, w zależności od wyboru ubezpieczonego, zmieniał się wyłącznie podmiot, na rzecz którego ubezpieczyciel uiszczal koszty świadczeń zdrowotnych, ale nie oznaczało to, że zmieniał się w jakikolwiek zobowiązanie w stosunku do strony umowy ubezpieczenia. Jak wskazała strona pozwana, świadczeniami głównymi są te, które zmierzają do osiągnięcia celu umowy. Osiągnięcie celu umowy ubezpieczenia było możliwe przez wypłatę kosztów świadczeń zdrowotnych, zaś bez znaczenia pozostawało to na czyją rzecz tego ubezpieczyciel dokonywał, jeżeli był to podmiot, z którym miał zawartą umowę. Wybór przez ubezpieczonego konkretnego świadczeniodawcy mógł być dla konsumenta istotny, gdyż mogła być dla niego istotna (z różnych względów) możliwość realizacji świadczeń zdrowotnych u konkretnego świadczeniodawcy, co mogło być jedną z przesłanek skłaniających konsumentów do wyboru konkretnej oferty. Wybór ten, czy jego istotność z

punktu widzenia konsumenta nie miała jednak żadnego wpływu na świadczenie pozwanego. To, że ubezpieczony we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia miał obowiązek wskazać świadczeniodawcę nie zmienia istotny umowy ubezpieczenia. Świadczeniem ubezpieczyciela było uiszczenie stosownych kosztów z tytułu świadczeń zdrowotnych świadczonych na rzecz drugiej strony umowy ubezpieczenia. Wbrew stanowisku pozwanego, kwestionowana klauzula nie wytyczała granic świadczenia głównego i w ogóle do niego nie odnosiła się. Dotyczyła ona pewnej cechy świadczenia, istotnej z punktu widzenia konsumenta, jednak nie mającej żadnego wpływu na świadczenie pozwanego.

W ocenie SOKiK, wbrew natomiast twierdzeniu powoda, klauzula ta nie wyczerpywała znamion postanowienia z art. 385³ pkt 19 k.c., który uznaje za niedozwolone postanowienie umowne, przewidujące wyłącznie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia. Ubezpieczony zawierając umowę z pozwanym może brać pod uwagę możliwość realizacji świadczeń zdrowotnych u konkretnego świadczeniodawcy, spośród wskazanych przez ubezpieczyciela. Może to więc być z punktu widzenia konsumenta (choć oczywiście nie musi) istotny element umowy ubezpieczenia, co może wpływać na jego chęć uiszczenia określonej składki ubezpieczeniowej. Jednak również ubezpieczony w świetle o.w.u. miał prawo zmienić świadczeniodawcę. Należy jednak zauważyć, że art. 385³ pkt 19 k.c. nie przewiduje sam w sobie identyczności uprawnień stron umowy do zmiany istotnych cech świadczenia. Skoro zatem w niniejszej sprawie również konsumentowi takie uprawnienie przysługiwało, to przepis ten nie miał zastosowania.

Zdaniem SOKiK zwrócić trzeba było jednak uwagę na różnice w konstrukcji uprawnienia konsumenta i ubezpieczyciela co do zmiany usługodawcy. Ubezpieczony miał prawo zmienić świadczeniodawcę, ale zmiana taka obowiązywała od pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym ubezpieczony dokonał zmiany. Jednocześnie, wybór ten ograniczony był do świadczeniodawców wskazanych przez ubezpieczyciela. Natomiast oceniana klauzula (ani żaden inny zapis wzorca) nie narzucała ubezpieczycielowi żadnych ograniczeń co do wyboru świadczeniodawcy. W konsekwencji mógł to być jakikolwiek świadczeniodawca (zakład opieki zdrowotnej). Takiej możliwości pozbawiony został konsument. Co prawda, pozwany podnosił, że oczywistym jest, że ubezpieczony może wybierać spośród zakładów opieki zdrowotnej, które najpierw zawarły umowę z pozwanym, jednak nie zmieniało to wyodrębnienia zakresu uprawnień stron umowy. Niezależnie od tego, że istnieją na rynku ubezpieczenia, na podstawie których ubezpieczyciel

świadczy ochronę z tytułu świadczeń zdrowotnych świadczonych przez podmiot, z którym nie ma zawartej wcześniej umowy (np. przy podróżach zagranicznych i leczeniu w szpitalu za granicą), istotne jest to, że mamy tu do czynienia z ograniczonym wyborem po stronie konsumenta i nieograniczonym wyborem po stronie pozwanego. Druga różnica pomiędzy uprawnieniami stron umowy dotyczyła terminu skuteczności zmiany. Oświadczenie ubezpieczyciela o zmianie świadczeniodawcy uzyskiwało skuteczność natychmiastową, zaś oświadczenie ubezpieczonego wywoływało skutek dopiero od pierwszego dnia miesiąca, następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym ubezpieczony dokonał zmiany.

Zdaniem SOKiK z zapisu kwestionowanej klauzuli nie wynikały w żaden sposób przyczyny zmiany świadczeniodawcy przez ubezpieczyciela, a w szczególności, aby przyczyny te miały mieć charakter nagły i niespodziewany. Pozostawało to wyłącznie w sferze oświadczeń ubezpieczyciela. Również przyczyna zmiany świadczeniodawcy z punktu widzenia konsumenta może być nagła, jak chociażby utrata zaufania do dotychczasowego świadczeniodawcy, niezadowolenie ze świadczonych przez niego usług. Skoro pozwany miał możliwość natychmiastowej zmiany świadczeniodawcy, to takiego uprawnienia nie można odmówić również konsumentowi, w szczególności powołując się na to, że tylko przyczyny zmiany przez ubezpieczyciela mają charakter nagły i niespodziewany, a jednocześnie przyjmując *a limine*, że po stronie konsumenta powody te takiego charakteru nie mają i mieć nie mogą (niezależnie od tego, że taki charakter przyczyn nie wynikał w ogóle z treści postanowienia umownego). Warto też zauważyć, że niezależnie, czy zmiana była dokonywana przez ubezpieczyciela czy przez konsumenta, procedura była taka sama, a więc pozwany musiał poinformować o zmianie dotychczasowego i nowego świadczeniodawcę oraz przesłać nowemu świadczeniodawcy niezbędne dokumenty, aby ten mógł dostosować swoje struktury do liczby i oczekiwań kolejnych ubezpieczonych, którzy decydują się na jego usługi. Widać więc wyraźnie, że w przypadku zmiany umowy dokonywanej przez pozwanego, wszystkie te czynności mogły być dokonane natychmiast, podczas gdy w przypadku zmiany umowy dokonywanej przez ubezpieczonego te same czynności mogły zająć nawet 30 dni. Co więcej, nawet uwzględniając samą zmianę świadczeniodawcy przez konsumenta (pomijając pozwanego), to w zależności od daty złożenia oświadczenia w tym przedmiocie, okres na dokonanie tych czynności przez ubezpieczyciela był różny. Przykładowo, jeżeli konsument złożył pozwanemu oświadczenie, co do zmiany świadczeniodawcy, pierwszego dnia miesiąca, skutek nastąpił po 30 dniach (w przypadku miesiąca, który liczy 31 dni), a jeżeli takie oświadczenie złożył w ostatnim dniu miesiąca, to

skutek nastąpił niemal natychmiast, bo już w dniu następnym. Zatem w pierwszym przypadku pozwany miał 30 dni na załatwienie wszelkich formalności, zaś w drugim wystarczył mu do tego 1 dzień. Takie rozróżnienie nie znajdowało żadnego uzasadnienia, a więc nie znajdowało żadnego uzasadnienia stanowisko ubezpieczyciela dotyczące przyczyn odroczenia skutku zmiany w zależności od tego, która ze stron umowy ubezpieczenia oświadczenie to złożyła.

W ocenie SOKiK powyższe oznaczało, że przedmiotowa klauzula w sposób jaskrawy naruszała zasadę równowagi stron. Rażąco naruszenie interesów konsumenta dotyczyć może nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na jego niekorzyść, zaś działanie wbrew dobrym obyczajom oznacza tworzenie przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku. Chociaż więc w umowie przewidziano dla konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia, to jednak uprawnienie to nie stanowiło odpowiednika kwestionowanego postanowienia umownego. To ostatnie powodowało naruszenie równorzędności stron stosunku, nierównomiernie rozkładając uprawnienia między partnerami umowy, z korzyścią po stronie pozwanego. Mamy tu więc do czynienia z asymetrią uprawnień stron umowy ubezpieczenia, co powoduje, że klauzula ta stanowi niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ k.c. Niezależnie od tego, że została zakłócona zasada równouprawnienia stron umowy – na korzyść ubezpieczyciela, to dodatkowo zakwestionowana klauzula wypełniała znamiona jednej z klauzul określonych w art. 385³ pkt 10 k.c. Oczywistym jest, że ubezpieczyciel ma prawo zmienić świadczeniodawcę, gdyż sam nie świadczy usług zdrowotnych na rzecz swoich klientów, jednak przyczyny tych zmian muszą zostać określone w umowie (wzorcu umowy). Możliwe jest takie ustalenie treści przedmiotowej klauzuli, w której określone zostaną ważne przyczyny zmiany świadczeniodawcy ze strony ubezpieczyciela. Pamiętać trzeba, że ubezpieczyciel jest profesjonalistą, od którego wymagane jest wypełnienie ze szczególną starannością obowiązku udzielenia konsumentom rzetelnej informacji dotyczącej zawieranej umowy, a stosuje się do niego podwyższony miernik staranności (art. 355 § 2 k.c.).

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 21 października 2011 r. (sygn. akt VI ACa 623/11) oddalił apelację pozwanego. Sąd Apelacyjny w Warszawie w pełni podzielił stanowisko Sądu I instancji, iż przedmiotowa klauzula nie była świadczeniem głównym stron, jak również ocenę o abuzywności tego postanowienia umownego.

Klauzula nr 3184

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 533/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

„Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, jeżeli zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym zaistniał bezpośrednio lub pośrednio w następstwie: - (...) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek śmierci Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu), - (...) nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza bądź niezleconego przez lekarza użycia leków lub narkotyków przez Ubezpieczonego, (...)”.

Postanowienie to w dniu 15 maja 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3184.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie umowne, które wyłączało odpowiedzialność umowną ubezpieczyciela za zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zgon ten zaistniał bezpośrednio lub pośrednio w następstwie: popełnienia przez ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek śmierci Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu) było abuzywne, gdyż naruszało normę z art. 42 Konstytucji RP, która odnosi się do zasady domniemania niewinności zatrzymanego oraz że udowodnienie zarówno sprawstwa, jak i winy następuje dopiero na etapie postępowania sądowego i nie jest ono tożsame z podejrzeniem popełnienia czynu zabronionego, ani też uprawdopodobnieniem jego popełnienia.

Postanowieniu umownemu wyłączającemu odpowiedzialność umowną ubezpieczyciela z powodu nieuzasadnionego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza bądź niezleconego przez lekarza użycia leków lub narkotyków, powód zarzucił abuzywność z uwagi na występowanie w nim sformułowania

„nieuzasadnione nieskorzystanie”, które było pojęciem ocennym i umożliwiało dokonanie tej właśnie oceny w sposób arbitralny przez pozwanego.

W zakresie pierwszego z zakwestionowanych postanowień, pozwany zwrócił uwagę, że dotyczyło ono odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń przy konkretnym ryzyku ubezpieczeniowym jakim jest zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela korelowało z zawartą w o.w.u. definicją „nieszczęśliwego wypadku”, zgodnie z którą poza nagłością zdarzenia i zewnętrżnością przyczyny jest występowanie zdarzenia wbrew woli ubezpieczonego, która to cecha odnosi się do winy poszkodowanego. Zagadnienie winy rozpatrywane jest przede wszystkim w aspekcie winy poszkodowanego, rozumianej jako wyrządzenie szkody samemu sobie, a w polskim prawie ubezpieczeń przyjęta jest zasada nieodpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za winę umyślną ubezpieczonego, która pozbawia zaistniałe zdarzenie cech losowości. Dlatego też postanowienie to nie mogło zostać uznane za niedozwolone, gdyż wyłączenie odpowiedzialności nie dotyczyło popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa, co wiązałoby się z ustaleniem winy przez niezawisły sąd, a jedynie popełnienia czynu na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu przygotowawczym. Z tego względu dla ubezpieczyciela wystarczające były ustalenia poczynione w postępowaniu przygotowawczym, wskazujące na sprawstwo ubezpieczonego, bez rozstrzygnięcia o winie.

W przedmiocie zarzutu abuzywności postanowienia o.w.u., które wyłączało odpowiedzialność w razie nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej lub nieprzestrzegania zaleceń lekarza bądź niezaleconego przez lekarza użycia leków lub narkotyków przez ubezpieczonego, pozwany wskazał, iż ocena zasadności skorzystania przez ubezpieczonego z pomocy lekarskiej była dokonywana wyłącznie z zastosowaniem miernika należytej staranności jakiej można oczekiwać w określonych okolicznościach od człowieka należycie dbającego o własne sprawy, w tym przypadku o zdrowie. Brak okazania przez ubezpieczonego należytej troski o własne interesy, zgodnie z ogólnymi zasadami prawa cywilnego kwalifikowane jest jako wina ubezpieczonego, wyłączająca odpowiedzialność ubezpieczyciela. Zdaniem strony pozwanej nie można uznać, że wymaganie jakie stawiał w zakwestionowanym postanowieniu o.w.u. ubezpieczyciel, tj. skorzystania z porady lekarskiej w przypadku, w którym taki obowiązek istnieje lub gdy można uznać to za uzasadnione i konieczne dla ochrony zdrowia lub życia, rażąco naruszało interesy konsumentów.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie o.w.u. wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela, jeżeli zgon ubezpieczonego zaistniał

bezpośrednio lub pośrednio w następstwie popełnienia przez ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego, było postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Postanowienie to naruszało zasadę domniemania niewinności wyrażoną w art. 42 Konstytucji i w art. 5 k.p.c., a także zasadę *pro dubio in reo*, w świetle której nie dające się usunąć wątpliwości rozstrzyga się na korzyść oskarżonego. Na gruncie powołanych przepisów prawa, niedopuszczalne jest przyjęcie za tożsame z prawomocnym skazaniem sprawcy czynu zabronionego podejrzenia popełnienia czynu zabronionego wykazanego w toku postępowania przygotowawczego. W ocenie SOKiK za trafne należało uznać stanowisko powoda, że okoliczność popełnienia przez poszkodowanego czynu kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej może zostać ostatecznie wykazana dopiero przez sąd. Do czasu wydania prawomocnego wyroku nie można mówić o wykazaniu tej okoliczności w stosunku do poszkodowanego, bowiem podejrzenia popełnienia przestępstwa nie można uznać za jednoznaczne z prawomocnym przypisaniem sprawcy czynu zabronionego przez niezawisły sąd. W toku postępowania przygotowawczego nie następuje wykazanie popełnienia przez określoną osobę czynu zabronionego, a jedynie uprawdopodobnienie popełnienia przez nią takiego czynu. Wykazanie, czyli udowodnienie zarówno sprawstwa, jak i winy następuje dopiero na etapie postępowania sądowego. W świetle tego przyznanie prawa ubezpieczycielowi do arbitralnego ustalenia w stosunku do ubezpieczonego sprawstwa określonego czynu na podstawie materiału dowodowego zgromadzonego w postępowaniu przygotowawczym i wyłączenie na tej podstawie swojej odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia, należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i niewątpliwie naruszające w sposób rażący interes konsumenta.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie o.w.u. wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela w razie nieuzasadnionego skorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej spełniało przesłanki z art. 385³ pkt 9 k.c., gdyż przyznawało ubezpieczycielowi uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Postanowienie to umożliwiało ubezpieczycielowi dokonanie samodzielnej oceny, czy zachodziło w danym stanie faktycznym „nieuzasadnione” nieskorzystanie z porady lekarskiej. Mimo tego, że jak podnosił pozwany to ubezpieczyciel obowiązany jest na gruncie art. 6 k.c. wykazać okoliczności wyłączające jego odpowiedzialność, to nie zmieniało to faktu, że tak sformułowana klauzula narażała konsumenta na konieczność ponoszenia ryzyka skierowania

żądania na drogę postępowania sądowego, co niewątpliwie pogarszało jego położenie, narażając go na trudności w terminowym, zgodnym z o.w.u. uzyskaniem świadczenia.

SOKiK podzielił też stanowisko powoda, że wskazane w zakwestionowanej klauzuli przyczyny wyłączenia, nigdy nie są wyłączną przyczyną szkody w postaci zgonu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, bowiem okoliczności te nie mają związku z przyczynieniem się poszkodowanego do powstania wypadku, a jedynie mogą przyczynić się do jego zgonu na skutek wypadku. Prowadziło to do wniosku, że wskazane w klauzuli nieprawidłowe zachowanie się ubezpieczonego, nawet jeśli miało istotny wpływ na jego zgon w wyniku wypadku, to nie będąc wyłączną przyczyną szkody nie mogło wyłączać roszczeń odszkodowawczych w całości. Co najwyżej mogło mieć jedynie wpływ na ich zmniejszenie.

W ocenie SOKiK użycie w zakwestionowanej klauzuli zapisu dotyczącego wyłączenia odpowiedzialności pozwanego w sytuacji *„jeżeli zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym zaistniał bezpośrednio lub pośrednio w następstwie (...)”* stwarzało też ubezpieczycielowi szerokie pole do jednostronnej oceny czy istniał związek przyczynowy pomiędzy zachowaniem ubezpieczonego a powstałą szkodą, np. czy nieskorzystanie z porady lekarskiej mogło mieć istotny wpływ na zgon ubezpieczonego. Użycie wskazanego sformułowania umożliwiło bowiem ubezpieczycielowi uchylenie się od wypłaty odszkodowania poprzez wskazanie związku przyczynowego pomiędzy zachowaniem ubezpieczonego a powstałą szkodą niemalże w każdym przypadku.

W świetle powyższego wskazane postanowienie umowne należało uznać za niezgodne z zasadą rzetelności i uczciwości kontraktowej, gdyż na jego podstawie konsument mógł zostać całkowicie pozbawiony odszkodowania pomimo zaistnienia wypadku.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 29 grudnia 2011 r. (sygn. akt VI Ca 855/11) oddalił apelację pozwanego.

W zakresie postanowienia wyłączającego odpowiedzialność ubezpieczyciela, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w następstwie popełnienia przez niego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego, Sąd Apelacyjny w Warszawie podzielił zarzut apelacji, iż Sąd I instancji nie uzasadnił jakie konkretne dobre obyczaje naruszała ta klauzula oraz w jaki sposób rażąco przez to naruszała interesy

konsumentów. Niemniej jednak ocena abuzywności postanowienia wzorca umownego w ramach kontroli abstrakcyjnej wymaga dokonania przez sąd weryfikacji „przyzwoitości” konkretnej klauzuli. Sąd musi zbadać, czy oceniane postanowienie wzorca jest sprzeczne z ogólnym wzorcem zachowań przedsiębiorców wobec konsumentów. Powinien ustalić, jak wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta w braku takiej klauzuli. Jeżeli konsument byłby – na podstawie ogólnych przepisów – w lepszej sytuacji, gdyby konkretnego postanowienia wzorca nie było, należy przyjąć, że ma ono charakter abuzywny.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie ulega wątpliwości, iż gdyby w przedmiotowym postanowieniu o.w.u. ubezpieczyciel nie przyjął, iż dla uwolnienia się jego od odpowiedzialności wystarczającym jest ustalenie w postępowaniu karnym przygotowawczym, że ubezpieczony popełnił czyn zabroniony pod groźbą kary, kwalifikowany jako przestępstwo z winy umyślnej, to sytuacja uprawnionego byłaby zdecydowanie lepsza, gdyż wówczas ubezpieczyciel nie mógłby odmówić wypłaty świadczenia bez udowodnienia okoliczności wskazanych w zakwestionowanym postanowieniu umownym. Przedmiotowe postanowienie o.w.u. stawiało w lepszej sytuacji i tak silniejszą stronę stosunku zobowiązaniowego, przyznając jej prawo odmowy spełnienia świadczenia na podstawie wyłącznie ustaleń poczynionych w postępowaniu przygotowawczym, które jak słusznie podnosił Sąd I instancji w żaden sposób nie przesądzają ani o stronie przedmiotowej, ani podmiotowej przestępstwa. Zgodnie z art. 42 Konstytucji RP, jak i wskazywanym przez SOKiK art. 5 k.p.k. okoliczność popełnienia przez daną osobę czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, aby była wiążąca dla innych podmiotów i instytucji musi zostać stwierdzona prawomocnym wyrokiem karnym. Do tego zresztą nawiązuje art. 11 k.p.c. W zakwestionowanym postanowieniu o.w.u. ubezpieczyciel zrównał natomiast ustalenia poczynione w postępowaniu przygotowawczym z ustaleniami wynikającymi z prawomocnego skazującego wyroku sądu karnego. Nie sposób także zgodzić się z argumentacją pozwanego, iż kwestionowany zapis umowny uprawniał jedynie do powołania się przez ubezpieczyciela na wykazane w toku postępowania przygotowawczego okoliczności faktyczne, nie zaś na sprawstwo czynu zabronionego. Interpretacja ta jest sprzeczna z treścią postanowienia o.w.u., w której mowa była o wykazaniu w toku postępowania przygotowawczego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej. Wykazanie popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej wymagało zatem oceny zarówno strony przedmiotowej jak i podmiotowej czynu zabronionego. Przykładowo, stan nietrzeźwości w

żadnym stopniu nie przesądza o winie umyślnej ubezpieczonego. Przy takiej jak podnoszona w apelacji koncepcji przedmiotowego zapisu nie następowałoby automatyczne wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, który zobowiązany byłby do udowodnienia jeszcze winy umyślnej poszkodowanego, o czym przedmiotowe postanowienie umowne w ogóle już nie wspominało. Nie sposób zgodzić się również z twierdzeniem apelacji, iż kwestia winy i postaci zamiaru dla stwierdzenia okoliczności wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela jest irrelevantna, a ubezpieczyciel powołuje się jedynie na wykazane w toku postępowania przygotowawczego okoliczności faktyczne. Kwestia winy ubezpieczonego jest okolicznością istotną dla wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdyż jak wynikało z omawianego postanowienia wzorca umownego mogło mieć miejsce tylko przy winie umyślnej.

Jeżeli chodzi z kolei o postanowienie o.w.u. wyłączające odpowiedzialność umowną ubezpieczyciela z powodu nieuzasadnionego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej, to Sąd Apelacyjny w Warszawie w pierwszej kolejności zauważył, że dotyczyło ono głównego świadczenia strony umowy ubezpieczenia, co nie wykluczało dokonania oceny z punktu widzenia abuzywności. Dla wyłączenia kontroli abstrakcyjnej konieczne było to, aby było sformułowane w sposób jednoznaczny. Użyte zaś w omawianym postanowieniu określenia typu: „nieuzasadnione nieskorzystanie” z porady lekarskiej czy też użycie „niezaleconego przez lekarza leku”, niewątpliwie wskazanej przesłanki nie spełniały, mogły budzić wątpliwości, przy istnieniu których wiążąca interpretacja warunków umowy mogłaby zależeć od ubezpieczyciela. Uzasadniało to poddanie kontroli zaskarżonego przez Prezesa UOKiK postanowienia wzorca umownego pod kątem jego abuzywności.

Dokonując takiej kontroli należało mieć na uwadze zarówno istotę umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, jak i definicję nieszczęśliwego wypadku określoną w o.w.u. Z przepisu art. 829 pkt 2 k.c. wynika, że przy ubezpieczeniu osobowym od następstw nieszczęśliwych wypadków nie wypłaca się odszkodowań, lecz świadczenie w wysokości określonej sumy pieniężnej. Oznacza to, że wysokość świadczenia, do spełnienia którego zobowiązuje się ubezpieczyciel nie pozostaje w żadnym stosunku do zaistniałej szkody. W judykaturze za ugruntowany należy uznać pogląd, zgodnie z którym do odszkodowania przysługującego ubezpieczającemu z tytułu umowy ubezpieczenia przepis art. 362 k.c. nie ma zastosowania. W wyroku z dnia 23 kwietnia 1999 r. (sygn. akt I CKN 57/98) Sąd Najwyższy rozszerzył swoje rozważania także o świadczenia wypłacane przez zakład ubezpieczeń na podstawie ubezpieczenia osobowego (wskazując także na art. 832 § 1 k.c.) i

stwierdził, że z ulokowania przepisu art. 362 k.c. w tytule I (przepisy ogólne) księgi trzeciej kodeksu cywilnego obejmującej zobowiązania wynika w sposób oczywisty, że ma on zastosowanie zarówno w reżimie odpowiedzialności *ex contractu*, jak i *ex delicto*. Jest więc jasne, że może być stosowany także we wszystkich wypadkach odpowiedzialności z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązań. Stwierdzenie to nie dotyczy jednak odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, gdyż przepisy normujące tę umowę zmodyfikowały w pewnym zakresie ogólne zasady odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym skutki prawne przyczynienia się poszkodowanego do szkody (np. art. 826 § 1 i 2, art. 827 § 1 albo art. 832 § 1 k.c.). Jest również oczywiste, że unormowanie ujęte w art. 362 k.c. stoi w opozycji do istoty ubezpieczenia, które m.in. polega właśnie na zapewnieniu ubezpieczającemu ochrony w razie rozmaitych uchybień w jego postępowaniu (działalności zawodowej, w życiu prywatnym itd.), a więc działań lub zaniechań wywołujących powstanie szkody albo też stanowiących przyczynienie się do jej powstania lub zwiększenia. W konsekwencji, możliwość uwzględnienia przyczynienia prowadziłyby wprost do unicestwienia podstawowych celów ubezpieczenia, tj. osłabienia czy nawet wyłączenia jego funkcji ochronnej i kompensacyjnej. Oznacza to, iż w umowach ubezpieczenia osobowego przepis art. 362 k.c. nie stoi na przeszkodzie możliwości wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, z uwagi na zachowanie ubezpieczonego określane przez pozwanego jako zachowanie na własne ryzyko, tym niemniej jednak takie wyłączenie powinno zostać dokonane w sposób wyraźny, jasny i precyzyjny, a jego zakres nie może być tak szeroki aby ograniczał odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń do pewnego minimum, nie odpowiadającego celowi ubezpieczenia. Innymi słowy, ocena prawna klauzul umownych wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego winna być dokonywana w granicach ich zgodności z naturą stosunku prawnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (art. 353¹ k.c.) oraz kształtowania praw i obowiązków stron w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami (art. 385¹ § 1 k.c.).

Kwestionowane postanowienie o.w.u. dotyczyło umowy ubezpieczenia na życie, której zakres obejmował zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym. Przy czym, przez nieszczęśliwy wypadek należało rozumieć nagle, niezależne od woli ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną i zaistniałe w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w wyniku którego nastąpił zgon ubezpieczonego. Zaskarżone postanowienie umowne wyłączało

odpowiedzialność w wypadku zajścia zdarzenia objętego ryzykiem ubezpieczeniowym także gdy ubezpieczony swoim zachowaniem polegającym na nieuzasadnionym nieskorzystaniu z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiu zaleceń lekarza bądź niezleconego przez lekarza użyciu leków lub narkotyków przyczynił się chociażby w sposób pośredni do swojego zgonu. Takie rozwiązanie w ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie było sprzeczne z istotą tego rodzaju umowy ubezpieczenia oraz z dobrymi obyczajami, gdyż wyłączało w sposób nieuzasadniony obowiązek świadczenia zakładu ubezpieczeń w razie zajścia zdarzenia objętego ryzykiem ubezpieczeniowym. Wyłączenie odpowiedzialności przedsiębiorcy wobec konsumenta następowało bowiem także w sytuacji, kiedy zachowanie poszkodowanego nie pozostawało w żadnym związku z zaistnieniem nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną szkody, kiedy nie było zatem wyłączną, a nawet istotną, czy też zawinioną przyczyną zgonu ubezpieczonego. Sąd Apelacyjny w Warszawie zwrócił przy tym uwagę, iż przepisy kodeksu cywilnego regulujące umowę ubezpieczenia, ilekroć wyłączają lub ograniczają odpowiedzialność ubezpieczyciela na skutek zajścia okoliczności leżących po stronie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, wymagają aby okoliczności te zwiększały prawdopodobieństwo wypadku ubezpieczeniowego i były wynikiem zawinonego, ewentualnie noszącego znamiona rażącego niedbalstwa, zachowania się tych osób. Przykładem może być przepis art. 815 § 3 k.c., 832 § 1 k.c. czy też odnoszący się do ubezpieczenia majątkowego przepis art. 826 § 3 k.c.

Nieuzasadnione nieskorzystanie z porady lekarskiej przez ubezpieczonego nie zawsze będzie wynikiem winy umyślnej, czy nawet rażącego niedbalstwa ubezpieczonego, nie zawsze także ubezpieczony będzie zdawał sobie sprawę z grożącego dla jego stanu zdrowia niebezpieczeństwa. Kwestia złego samopoczucia, stopnia nasilenia bólu, czy innych dolegliwości ma wymiar subiektywny i uzależniony jest od stopnia wrażliwości każdego organizmu ludzkiego. Objawy chorobowe, które dla jednej osoby będą wyraźnym sygnałem do skorzystania z porady lekarskiej, przez inną osobę z uwagi chociażby na brak wiadomości specjalnych mogą zostać niezauważone, czy też nieprawidłowo zinterpretowane jako typowa niegroźna i ustępująca po pewnym czasie przypadłość. Nie sposób jest się zgodzić z twierdzeniem, iż przy użyciu tak ogólnego i właściwie trudnego do oceny według kryteriów obiektywnych pojęcia, jak „nieuzasadnione nieskorzystanie” z porady lekarskiej, wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela dotyczyło tylko takiej sytuacji, w której ubezpieczony mając na uwadze należyłą troskę o własne zdrowie, „wbrew przepisom prawa lub zdrowemu rozsądkowi, jakiego można oczekiwać od osoby w określonych okolicznościach, nie

skorzysta z porady lekarskiej”. Literalna wykładnia powyższego postanowienia umownego, dokonywana przy abstrakcyjnej kontroli wzorca umowy, prowadziła do wniosku, iż wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń mogło nastąpić także przy niewielkim stopniu zawinienia ubezpieczonego w zakresie dbałości o swój stan zdrowia. Wyłączenie w takiej sytuacji odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, po pierwsze wypaczało sens umowy ubezpieczenia od zgonu na skutek nieszczęśliwego wypadku, którą ubezpiecza się przeciw ryzyko śmierci wskutek zdarzenia nagłego zewnętrznego, niezależnego od woli ubezpieczonego, a nie ryzyko zgonu wskutek zaniedbań własnego stanu zdrowia. Po drugie, naruszało dobre obyczaje, gdyż kształtowało prawa i obowiązki konsumenta, nie pozwalając na realizację takich wartości jak uczciwość, lojalność, rzetelność. Naruszało równowagę kontraktową pozwalając i tak silniejszej stronie stosunku zobowiązaniowego zwolnić się od obowiązku świadczenia w sytuacji, gdy zachowanie konsumenta miało nawet niewielki, zawiniony w nieznacznym stopniu i pośredni wpływ na zaistnienie nieszczęśliwego wypadku tylko na zaistnienie jego zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Postanowienie powyższe skutkowało także rażącym naruszeniem interesu konsumenta, gdyż znacząco odbiegało od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron.

Klauzula nr 3185

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 15 lutego 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 533/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

„Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, o którym mowa w § 14 ust. 1 pkt 2, jeżeli w dniu składania wniosku o ubezpieczenie na życie była u Ubezpieczonego zdiagnozowana nieuleczalna choroba. Uznanie schorzenia za nieuleczalną chorobę następuje w oparciu o dokumentację medyczną dotyczącą ww. schorzenia, na podstawie opinii lekarza konsultanta Ubezpieczyciela, wydanej zgodnie ze stanem wiedzy lekarskiej na dzień złożenia wniosku o ubezpieczenie na życie”.

Postanowienie to w dniu 15 maja 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3185.

Zdaniem powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było abuzywne, gdyż przewidywało wyłączenie odpowiedzialności zakładu

ubezpieczeń tylko z tego powodu, że u ubezpieczonego została zdiagnozowana nieuleczalna choroba w chwili składania wniosku o objęcie ubezpieczeniem na życie.

Pozwany oświadczył, iż uznaje powództwo w tym zakresie. W jego ocenie zapis ten nie stał w sprzeczności z art. 815 § 3 k.c. oraz z art. 834 k.c., a jego stosownie nie naruszało dobrych obyczajów i nie powodowało rażącego uszczerbku dla interesów konsumentów, jednakże mając na uwadze dążenie do wyeliminowania jakichkolwiek wątpliwości, które po stronie konsumenta mogłyby się pojawić, należy uznać powództwo.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało interesy konsumentów, ponieważ przewidywało wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym z powodu zdiagnozowania nieuleczalnej choroby ubezpieczonego w chwili składania wniosku o objęcie ubezpieczeniem na życie. Postanowienie to pozostawało w sprzeczności z istotą odpowiedzialności ubezpieczyciela od ryzyka zgonu z powodu nieszczęśliwego wypadku. Przewidywało wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdy u ubezpieczonego została zdiagnozowana nieuleczalna choroba, która nie musiała być przyczyną zgonu ubezpieczonego. Stwarzało po stronie konsumenta ryzyko, że mimo zawarcia z nim umowy ubezpieczenia w momencie wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego mogło dojść do odmowy wypłaty świadczenia ze strony ubezpieczyciela tylko dlatego, że w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zdiagnozowana była u niego nieuleczalna choroba, która pozostawała bez żadnego wpływu i związku ze zdarzeniem, będącym przedmiotem ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK przedmiotowa klauzula przyznawała ubezpieczycielowi możliwość odmowy wypłacenia świadczenia bez względu na istnienie związku przyczynowego pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym a istnieniem nieuleczalnej choroby ubezpieczonego. W związku z czym naruszała dobre obyczaje, zwalniając ubezpieczyciela z obowiązku zapłaty odszkodowania w sytuacjach, które nie miały związku z ryzykiem, od którego konsument został ubezpieczony i jako taka w sposób rażąco naruszała interesy konsumentów.

Klauzula nr 3193

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 12 października 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 2065/09 uznał za niedozwolone

i zakazał stosowania przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

„W przypadku zmiany adresu lub nazwy, o której nie poinformowano na piśmie drugiej strony Umowy Ubezpieczenia, przyjmuje się, że obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia został przez tę stronę wypełniony przez wysłanie pisma pod ostatni znany adres, z zastrzeżeniem, iż o zmianie swojej siedziby lub nazwy Nordea może poinformować drogą ogłoszeń, zamieszczonych w prasie o zasięgu ogólnokrajowym”.

Postanowienie to w dniu 15 maja 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3193.

Zdaniem powoda o abuzywnym charakterze postanowienia świadczyło odmienne ukształtowanie dla każdej ze stron umowy ubezpieczenia zakresu obowiązku informowania o zmianie danych. Pozwany wykorzystując swoją silniejszą pozycję i przewagę kontraktową w stosunku do konsumenta, zastrzegł we wzorcu umownym, że o zmianie swojej nazwy lub siedziby mógł poinformować drogą ogłoszeń zamieszczonych w prasie o zasięgu ogólnokrajowym i będzie to równoznaczne z dopełnieniem obowiązku pisemnego poinformowania strony umowy o tej zmianie. Z kolei, konsumentowi, pozwany narzucił obowiązek złożenia pisemnego zawiadomienia/oświadczenia o zmianach, jakie zaszły w nazwie lub adresie strony umowy. Tym samym kwestionowane postanowienie naruszało obyczaj uczciwego i rzetelnego określania praw i obowiązków stron w celu utrzymania równowagi kontraktowej stosunku obligacyjnego i prowadziło do niczym nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków stron na niekorzyść konsumenta.

W ocenie pozwanego kwalifikowanie tego zapisu jako niedozwolonego postanowienia umownego opierało się na błędnych przesłankach natury formalnej i materialnej. W obrocie prawnym ugruntowaną praktyką jest nałożenie na konsumenta obowiązku poinformowania drugiej strony umowy o zmianie swoich danych. Przedmiotowe postanowienie miało na celu umożliwienie wywiązania się przez ubezpieczyciela z obowiązków informacyjnych, jakie nakłada ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, jak również kodeks cywilny. Zgodnie z art. 13 ust. 3d ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku nie przekazania ubezpieczonemu wymaganych informacji, zmiana warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia, wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym wartości wykupu, sumy ubezpieczenia w przypadku umowy ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia wyrażoną w ustalonej kwocie oraz wartości premii jest skuteczna względem ubezpieczonego jedynie w części korzystnej dla tego ubezpieczonego.

Pozwany podniósł także, że w przedmiotowym postanowieniu ubezpieczyciel nałożył na siebie taki sam obowiązek poinformowania o zmianie nazwy i adresu siedziby, więc nie można było zarzucić mu nierównego ukształtowania obowiązków. W postanowieniu zastrzegł dodatkowo, iż „o zmianie swojej siedziby lub nazwy (...) może poinformować drogą ogłoszeń, zamieszczanych w prasie o zasięgu ogólnokrajowym.”, przy czym słowo „może” oznaczało tu, iż jest to dodatkowa ewentualność dla ubezpieczyciela jako przedsiębiorcy do poinformowania również inną drogą niż drogą pisemną. Ubezpieczyciel nie zastrzegł w tym zakresie skutku doręczenia, a jedynie przewidział dodatkową formę zawiadomienia o zmianie swoich danych.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowany zapis o.w.u. stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., kształtował prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. Z treści przedmiotowego postanowienia wynikało, że w przypadku zmiany adresu lub nazwy strona umowy ubezpieczenia powinna poinformować o tym fakcie pisemnie drugą stronę, a jeśli tego nie uczyni – zgodnie z postanowieniem przyjmowało się, że obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia został przez jedną ze stron wypełniony przez wysłanie pisma pod ostatni znany adres kontrahenta. Z tym, że ubezpieczyciel zastrzegł dla siebie możliwość poinformowania o zmianie swojej siedziby lub nazwy także drogą ogłoszeń zamieszczonych w prasie o zasięgu ogólnokrajowym. Jest to więc dla pozwanego równorzędna możliwość powiadomienia konsumenta, bowiem w świetle treści postanowienia ubezpieczyciel posiadał dwie opcje powiadomienia konsumenta o zmianie wskazanych danych – drogą pisemną bądź ogłoszeń w prasie o określonym charakterze.

W ocenie SOKiK przedmiotowe postanowienie było wyrazem wykorzystania przez przedsiębiorcę a zarazem profesjonalistę swej pozycji kontraktowej i prowadziło do nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków stron na niekorzyść konsumenta. Skoro bowiem pozwany wskazywał na obowiązek pisemnego powiadomienia strony umowy o zmianie danych sam powinien ten obowiązek realizować. Wystosowanie przez pozwanego zawiadomienia lub oświadczenia na piśmie zapewniałoby dotarcie ważnych informacji bezpośrednio do konsumenta. SOKiK podzielił stanowisko powoda, iż zamieszczenie ogłoszeń w prasie o zasięgu ogólnokrajowym nie gwarantowało, że konsument dowie się o zmianach adresu lub nazwy pozwanego. Konsument nie ma przecież obowiązku śledzenia ogłoszeń prasowych i wyszukiwania informacji na temat pozwanego. Wobec powyższego, zdaniem SOKiK, przedmiotowe postanowienie o.w.u. powodowało nierównomierne

rozłożenie praw i obowiązków stron umowy ze szkodą dla konsumenta, albowiem nakładało na konsumenta obowiązek poinformowania o zmianie adresu w formie pisemnej, jednocześnie dając ubezpieczycielowi możliwość wyboru sposobu powiadomienia o zmianie danych dotyczących adresu lub nazwy. Ponadto przedmiotowa klauzula godziła w równowagę kontraktową kształtując nałożony na strony obowiązek w sposób odmienny dla każdej z nich, przy czym dla ubezpieczyciela w sposób bardziej korzystny ze względu na opcjonalność sposobu wypełnienia obowiązku dany tylko jemu, a przez to w sposób nieekwiwalentny i nieproporcjonalny.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 11 października 2011 r. (sygn. akt VI Ca 421/11) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie, Sąd I instancji prawidłowo wskazał na spełnienie wszystkich przesłanek warunkujących uznanie danego postanowienia umownego za niedozwolone. Za nieskuteczne uznać należało podważanie oceny, iż postanowienie to nie było postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Nałożony w omawianym postanowieniu na obydwie strony umowy obowiązek pisemnego informowania się o zmianie danych ukształtowany został odmiennie dla każdej ze stron. Ubezpieczyciel zastrzegł, że o zmianie swojej nazwy lub siedziby mógł poinformować drogą ogłoszeń zamieszczonych w prasie o zasięgu ogólnokrajowym i będzie to równoznaczne z dopełnieniem obowiązku poinformowania strony umowy o tej zmianie. Trafnie wywiódł Sąd I instancji, iż ubezpieczyciel posiadał dwie opcje powiadomienia konsumenta o zmianie wskazanych danych – droga pisemną lub drogą ogłoszeń zamieszczonych w prasie, podczas gdy konsumentowi, który był drugą stroną umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel narzucił wyłącznie obowiązek złożenia pisemnego zawiadomienia. Tym samym kwestionowane postanowienie naruszało obyczaj uczciwego i rzetelnego określania praw i obowiązków stron w celu utrzymania równowagi kontraktowej stosunku obligacyjnego i prowadziło do niczym nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków stron na niekorzyść konsumenta. Postanowienie to powodowało nierównomierne rozłożenie praw i obowiązków stron umowy ze szkodą dla konsumenta, albowiem nakładało na konsumenta obowiązek poinformowania o zmianie adresu w formie pisemnej, jednocześnie dając ubezpieczycielowi możliwość wyboru sposobu powiadomienia o zmianie danych dotyczących adresu lub nazwy. Sąd Apelacyjny w Warszawie nie zgodził się przy tym z argumentacją apelującego, iż informowanie o zmianie danych w formie ogłoszeń w prasie o zasięgu ogólnokrajowym było jedynie dodatkowym, nie wyłączającym formy pisemnej, uprawnieniem ubezpieczyciela, ponieważ takiego wniosku nie dało się

wywieść z treści zakwestionowanego postanowienia. Wymienione postanowienie pozostawiało ubezpieczycielowi możliwość wyboru sposobu zawiadomienia o zmianie danych, nie nakładało na niego obowiązku pisemnego poinformowania drugiej strony w każdym przypadku zmiany adresu lub nazwy.

Klauzula nr 3194

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 12 października 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 2065/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

„Umowa Ubezpieczenia może być zawarta na okres, w jakim Ubezpieczony zobowiązany jest spłacić kredyt zgodnie z postanowieniami Umowy Kredytowej, z zastrzeżeniem, że okres, na jaki zawierana jest Umowa Ubezpieczenia nie może być krótszy niż 5 lat”.

Postanowienie to w dniu 15 maja 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3194.

Powód podniósł, że umowa ubezpieczenia zawierana wraz z zawarciem umowy kredytu ma z nią ścisły związek, gdyż konsument zawierający umowę ubezpieczenia ma na celu zabezpieczenie spłaty udzielonego kredytu, przy czym jego intencją jest uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej jedynie przez czas niezbędny do spłaty kredytu. Z kolei umowa ubezpieczenia, o której mowa w postanowieniu musiała być zawarta na okres 5 lat bez względu na termin, w jakim strona spłaci zaciągnięty kredyt. Powód wskazał także, iż w czasie trwania umowy konsument zobowiązany jest do opłacania składek w zamian za świadczenie przez pozwanego ochrony ubezpieczeniowej. Wobec czego, jeśli konsument zaciągnie kredyt na okres krótszy niż pięć lat lub spłaci go w krótszym czasie, zgodnie z treścią postanowienia nadal będzie zobowiązany do spełnienia świadczeń wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia – opłacania składki. Według powoda dysproporcja praw i obowiązków ukształtowana przedmiotowym postanowieniem polegała na tym, że ubezpieczyciel był uprawniony do pobrania i zatrzymania składki ubezpieczeniowej za okres przypadający po spłaceniu kredytu przez konsumenta, a więc za okres, w którym ryzyko niespłacenia kredytu poprzez jego wcześniejszą spłatę ustało. Postanowienie to narażało zatem konsumenta na koszty, które w żaden sposób nie odpowiadały świadczeniom przez ubezpieczyciela usługom.

W ocenie pozwanego uznanie zapisu, iż okres na jaki zawierana jest umowa ubezpieczenia nie może być krótszy niż 5 lat jako niedozwolone postanowienie umowne byłoby sprzeczne z charakterem umowy ubezpieczenia, gdyż wykluczałoby zawarcie umowy na czas określony. Możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia na czas określony wynika z przepisów kodeksu cywilnego, a skutkiem wpisania przedmiotowego postanowienia do rejestru niedozwolonych klauzul umownych byłoby, że żaden z ubezpieczycieli nie będzie mógł określić terminu, w jakim będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Pozwany za bezpodstawną uznał argumentację powoda, że klient miał obowiązek opłacania składki i kontynuowania umowy po spłacie kredytu. Zgodnie z postanowieniami o.w.u. ubezpieczający mógł od umowy ubezpieczenia odstąpić, jak również rozwiązać umowę w każdym czasie. Umowa ubezpieczenia ulegała rozwiązaniu również na skutek nieopłacenia składek ubezpieczeniowych, a więc w wyniku działań świadomie podejmowanych przez ubezpieczającego. Zakwestionowane postanowienie tworzyło jedynie warunki przystąpienia do umowy ubezpieczenia, stanowiąc, iż okres na jaki zawierana jest umowa nie może być krótszy niż 5 lat. Nie oznaczało to nieprzerwanego trwania tejże umowy, a jedynie konieczność wypełniania warunku, jaki określony był w dniu zawarcia umowy. Okres faktycznego trwania umowy ubezpieczenia mógł więc być krótszy niż zastrzeżone 5 lat i niż okres trwania umowy kredytowej, jak również mógł być tożsamy z okresem faktycznego trwania umowy kredytowej, przy czym o długości trwania umowy ubezpieczenia decydował sam konsument. Ponadto w ocenie pozwanego określenie terminu trwania umowy jest jednym z postanowień określających główne świadczenie stron, a w związku z tym wyłączona jest możliwość dokonania kwalifikacji prawnej postanowienia jako niedozwolone. Pozwany podkreślił również, iż przedmiotowego zapisu ogólnych warunków ubezpieczenia nie można uznać za niedozwolone postanowienie umowne ze względu na fakt, iż zapis ten nie spełniał hipotezy klauzuli generalnej zawartej w art. 385¹ § 1 k.c.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowany zapis o.w.u. stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., kształtował prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. Przede wszystkim przedmiotowe postanowienie narzucało konsumentowi obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na okres minimum 5 lat. Istotnym jest także to, iż zarówno przedmiotowe postanowienie jak i inne postanowienia tego samego wzorca, nie stanowiły o tym, aby umowa ubezpieczenia, o której jest tam mowa mogła być zawarta wyłącznie w razie zawarcia umowy kredytowej na co najmniej lat 5. Pozwany w

odpowiedzi na pozew stwierdził co prawda, że ubezpieczający, który posiadał kredyt trwający krócej niż 5 lat nie spełniał wymagań przyjęcia do tego ubezpieczenia, jednakże w żaden sposób tego nie udowodnił, i wniosek taki nie płynie z treści o.w.u. Zatem w sytuacji, gdyby konsument zawarł umowę kredytową na okres krótszy niż lat 5 musiałby jednocześnie zawrzeć umowę ubezpieczenia na lat 5 związaną z zaciągniętym kredytem, stąd pomimo zakończenia umowy kredytowej nadal obowiązywałaby go umowa ubezpieczenia, na podstawie której miałby uiszczać składki ubezpieczeniowe. Podobnie w razie spłaty przez konsumenta przed upływem lat 5 kredytu rozłożonego na dowolną ilość lat, w dalszym ciągu wiążąca byłaby umowa ubezpieczenia związana z zaciągniętym kredytem, albowiem o.w.u. nie przewidywały wygaśnięcia umowy z chwilą spłaty kredytu. Nie ma przy tym znaczenia, że konsument mógł rozwiązać taką umowę.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów podkreślił także, iż umowa ubezpieczenia na życie osoby zaciągającej kredyt bankowy zawierana jest w konsekwencji zawarcia umowy kredytu i ma z nią ścisły związek. „Ubezpieczonym” jest bowiem wskazany w umowie ubezpieczenia kredytobiorca objęty ochroną ubezpieczeniową, zaś „Umowa kredytowa” to umowa o udzielenie kredytu zawarta pomiędzy bankiem i kredytobiorcą, będącym jednocześnie ubezpieczonym. Uprawnionym był zatem wniosek, iż umowa ubezpieczenia, o której mowa w o.w.u. zawierana była przede wszystkim w celu zabezpieczenia spłaty udzielonego kredytu, tak więc była podyktowana potrzebą uzyskania ochrony ubezpieczeniowej przez czas niezbędny do spłaty kredytu. Wraz z całkowitą spłatą kredytu odpadał zatem cel, który stał się przyczyną zawarcia umowy ubezpieczeniowej. W ocenie SOKiK naruszało dobre obyczaje wprowadzone przez zakwestionowane postanowienie zobowiązanie do zawarcia przez konsumenta umowy ubezpieczeniowej ponad czas ryzyka z tytułu zaciągniętego kredytu. Skoro bowiem czas trwania ochrony ubezpieczeniowej związany był z zaciągniętym przez konsumenta kredytem, sprzeczne z dobrymi obyczajami było określenie tego czasu również ponad okres trwania umowy kredytowej. Naruszało też interesy ekonomiczne konsumenta, wynikające w konsekwencji z tego postanowienia dalsze opłacanie przez niego składki, pomimo ustania przyczyny, dla której zawarto umowę ubezpieczenia na życie osoby zaciągającej kredyt, czyli związania umową kredytową. Zakwestionowane postanowienie cechowała zatem nieekwiwalentność i nieproporcjonalność pomiędzy ponoszonym przez konsumenta kosztem a celem, dla którego konsument zdecydował się ponieść taki koszt.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 11 października 2011 r. (sygn. akt VI Ca 421/11) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie, SOKiK prawidłowo wskazał na spełnienie wszystkich przesłanek warunkujących uznanie danego postanowienia umownego za niedozwolone. Trafnie Sąd I instancji zaakcentował, iż umowa ubezpieczenia na życie osoby zaciągającej kredyt bankowy zawierana była w konsekwencji zawarcia umowy kredytu i miała z nią ścisły związek. „Ubezpieczonym” był wskazany w umowie ubezpieczenia kredytobiorca, objęty ochroną ubezpieczeniową, zaś „Umowa kredytowa” to umowa o udzielenie kredytu zawarta pomiędzy Bankiem i kredytobiorcą, będącym jednocześnie ubezpieczonym. Nie ulega wątpliwości, iż oferowane przez pozwanego ubezpieczenie było ubezpieczeniem na życie, jednakże dotyczyło osób zaciągających kredyty bankowe. Ponadto warunkiem koniecznym do zawarcia umowy ubezpieczenia było wskazanie banku jako uposażonego, a wysokość składki ubezpieczeniowej oraz sumy ubezpieczenia zależały od określonych czynników wynikających z umowy kredytowej. Uzasadnione było twierdzenie, że umowa ubezpieczenia zawierana wraz z zawarciem umowy kredytu ma z nią ścisły związek, gdyż konsument zawierający umowę ubezpieczenia ma na celu zabezpieczenie spłaty udzielonego kredytu, przy czym jego intencją było uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej jedynie przez czas niezbędny do spłaty kredytu. Zasadnie Sąd I instancji wywiódł, iż umowa ubezpieczenia musiała być zawarta na okres 5 lat bez względu na termin, w jakim strona spłaci zaciągnięty kredyt. Prawidłowo też ustalił, że zarówno kwestionowane postanowienie, jak i inne postanowienia o.w.u. nie wskazywały, aby umowa ubezpieczenia mogła być zawarta wyłącznie w razie zawarcia umowy kredytu na co najmniej 5 lat. Twierdzenia pozwanego, iż w przypadku kredytu trwającego krócej niż 5 lat konsument nie spełnia wymogów przyjęcia go do ubezpieczenia, co oznaczało, że umowa ubezpieczenia nie jest z nim zawierana, nie znalazły oparcia w treści przedmiotowych o.w.u. Również wywody pozwanego dotyczące przekształcenia się umowy ubezpieczenia (w przypadku odpadnięcia celu w postaci spłaty kredytu podczas trwania ochrony ubezpieczeniowej) w klasyczną umowę ubezpieczenia na życie, nie znajdowały potwierdzenia w o.w.u. Reasumując, nie została skutecznie podważona ocena Sądu I instancji co do abuzywnego charakteru kwestionowanego postanowienia. Uprawnienie konsumenta do rozwiązania umowy ubezpieczenia w każdym czasie, która to kwestia stanowiła przedmiot rozważań Sądu I instancji, pozostawała bez wpływu na prawidłowość oceny dokonanej na gruncie art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 3195

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 12 października 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 2065/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

„Wraz z wnioskiem o wypłatę Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego z przyczyn innych niż Nieszczęśliwy Wypadek należy złożyć w Nordea: oryginał Certyfikatu Ubezpieczenia”.

Postanowienie to w dniu 15 maja 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3195.

Powód wskazał, iż ubezpieczyciel wykorzystując swoją silniejszą pozycję rynkową w stosunku do konsumenta, zastrzegł we wzorcu umownym, że w przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego i złożenia przez konsumenta wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego, konsument był zobowiązany przedstawić oryginał certyfikatu ubezpieczenia. Powód wyraził przy tym pogląd, że osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego nie powinna być zobowiązana do złożenia oryginału certyfikatu ubezpieczenia. Oryginał certyfikatu jest przekazywany konsumentowi i jest on dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia oraz podstawą dochodzenia przez niego praw. Ubezpieczyciel posiada odpowiednią wiedzę o ubezpieczającym, przedmiocie świadczenia i wszystkich elementach, które są istotne dla umowy ubezpieczenia, stąd zaskarżone postanowienie było sprzeczne z dobrymi obyczajami, ponieważ narzucało konsumentowi obowiązek dostarczenia oryginału certyfikatu ubezpieczenia. Warunek dostarczenia oryginału certyfikatu ubezpieczenia wraz z wnioskiem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego mógł prowadzić do sytuacji, w której konsument zostanie pozbawiony prawa do uzyskania świadczenia, jeśli przykładowo zgubi certyfikat lub zostanie on zniszczony.

Pozwany podniósł, iż zapis ten nie był stosowany, albowiem w procesie likwidacji szkody nie żądano dostarczenia oryginału certyfikatu ubezpieczenia. Dodatkowo zarząd Towarzystwa podjął uchwałę nr 2 z dnia 25 sierpnia 2009 r., w której zobowiązał Dział Prowizji i Świadczeń do nie żądania oryginału certyfikatu ubezpieczenia. Poza tym zgodnie z art. 830 § 4 k.c. ubezpieczyciel może zmienić warunki umowy ubezpieczenia w trakcie jej trwania jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, do których nie zalicza się podejrzenia

uznania bądź uznanie zapisu wzorca umownego za niedozwoloną klauzulę umowną, stąd odstąpił od jej stosowania bez formalnej zmiany zapisów umowy ubezpieczenia.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowany zapis o.w.u. stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., kształtował prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. W ocenie SOKiK skoro przedmiotowe postanowienie przewidywało, iż wraz z wnioskiem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego należało złożyć oryginał certyfikatu ubezpieczenia. Przedstawienie tego certyfikatu było jednym z warunków uzyskania świadczenia ubezpieczeniowego. Oryginał certyfikatu ubezpieczenia był przekazywany konsumentowi na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia. Natomiast ubezpieczyciel zatrzymywał jeden egzemplarz umowy ubezpieczenia, która powinna zawierać dane ubezpieczonego, określać przedmiot świadczenia i inne istotne dla umowy ubezpieczenia elementy. Sama umowa ubezpieczenia stanowiła podstawę do spełnienia przez ubezpieczyciela świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

W opinii SOKiK nadużyciem pozycji kontraktowej było żądanie przedstawienia przez konsumenta oryginału certyfikatu ubezpieczenia celem wypłaty świadczenia w sytuacji, gdy ubezpieczyciel posiadał odpowiednie informacje o ubezpieczonym zawarte w umowie i był w posiadaniu umowy ubezpieczenia. Takie uregulowanie prowadzić mogło bowiem do pozbawienia konsumenta uzyskania świadczenia ze względu na brak certyfikatu np. jego zagubienia bądź zniszczenia, niezależnie od jego woli. Oryginał certyfikatu nie był niezbędny dla ubezpieczyciela do weryfikacji uprawnionego do świadczenia, gdyż dysponował egzemplarzem stanowiącym dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, będącej źródłem praw i obowiązków stron, a więc także zobowiązania do spełnienia świadczenia wobec ubezpieczonego. W tych okolicznościach należało stwierdzić, iż pozwany naruszał dobre obyczaje, wykorzystując swoją silniejszą pozycję i przewagę kontraktową poprzez narzucanie konsumentowi niekorzystnych warunków umowy, które mogły go pozbawić możliwości dochodzenia praw wynikających z umowy ubezpieczenia. Podnoszony przez pozwanego fakt zaprzestania stosowania przedmiotowego zapisu zgodnie z Uchwałą nr 2 Zarządu Towarzystwa z dnia 25 sierpnia 2009 r. nie miał wpływu na uznanie zasadności powództwa wniesionego przez Prezesa UOKiK w dniu 22 grudnia 2009 r. z uwagi na treść art. 479³⁹ k.p.c.

Klauzula nr 3298

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 2061/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Axa zastrzega sobie w każdym czasie prawo do zmiany zakresu usług określonych w Regulaminie oraz możliwość zaprzestania ich świadczenia”.

Postanowienie to w dniu 3 lipca 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3298.

W ocenie powoda, przedmiotowe postanowienie stanowiło niedozwoloną klauzulę abuzywną w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. oraz art. art. 385³ pkt 19 k.c. Kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało jego interesy. Przede wszystkim zasadę zaufania i uczciwości we wzajemnych relacjach ubezpieczyciela z konsumentami. Zasadniczą cechą działalności gospodarczej polegającej na oferowaniu usług świadczonych przez pozwanego jest jej wzajemność, która zakłada ekwiwalentność świadczeń. Ubezpieczający zobowiązuje się do zapłaty składki w zamian za co zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do udzielenia ochrony ubezpieczeniowej i wypłaty umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w przypadku zajścia przewidzianego w umowie wypadku. Uprawnienie do zmiany w każdym czasie bez ważnej przyczyny zakresu usług, a nawet do zaprzestania ich wykonywania rażąco naruszało także interes konsumenta, bowiem konsument zawierając umowę nie posiadał pewności co do możliwości skorzystania z usług ubezpieczyciela. Konsument nie miał również możliwości wyegzekwowania świadczenia wzajemnego.

Zdaniem powoda, ubezpieczyciel zastrzegając sobie prawo do zmiany w każdym czasie zakresu usług świadczonych na rzecz ubezpieczonego, bądź możliwość zaprzestania ich wykonywania, przyznał sobie niewątpliwie prawo do jednostronnej zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech swojego świadczenia. Na mocy tego postanowienia ubezpieczyciel mógł określić nie tylko rozmiar (np. ilość) poszczególnych świadczeń, ale również zdecydować, czy w ogóle w przyszłości świadczenia te będzie wykonywać. Postanowienie to nie zawierało przy tym jakichkolwiek przyczyn, które uzasadniałyby możliwość modyfikacji świadczenia przez ubezpieczyciela, wręcz przeciwnie przewidywało, że ubezpieczyciel mógł skorzystać z tego uprawnienia w każdym czasie. Tak sformułowane

postanowienie pozwalało na dokonywanie jednostronnej i dowolnej modyfikacji umowy w zakresie istotnych cech świadczenia i tym samym stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385³ pkt 19 k.c. Na przedstawioną ocenę klauzuli nie miał wpływu fakt, że uregulowane świadczenia miały charakter świadczeń dodatkowych. Konsument decydując się na skorzystanie z oferty zakładu ubezpieczeń, bierze pod uwagę swego rodzaju kompleksowość dostępnych usług, a więc nie tylko postanowienia umowy głównej (podstawowej) ubezpieczenia na życie, ale również postanowienia związanych z nią umów dodatkowych, na mocy których co do zasady rozszerzane są usługi podstawowe. Nawet jeśli kwestionowane postanowienie dotyczyło zakresu świadczeń przewidzianych w umowach dodatkowych, w tym wypadku dotyczących udzielania informacji medycznych bądź doraźnej opieki medycznej, to jednak odnosiło się do istotnych cech świadczenia ubezpieczyciela.

Pozwany w odpowiedzi na pozew wniósł o oddalenie powództwa w całości, nie zaprzeczył, że w regulaminach doraźnej informacji medycznej oraz regulaminie pomocy medycznej przez niego stosowanych znajdował się kwestionowany zapis. Został on usunięty z ww. regulaminów z dniem 1 stycznia 2010 r. na mocy uchwały Zarządu z dnia 11 grudnia 2009 r. Pozwany nie posługuje się już regulaminami zawierającymi postanowienie, którego dotyczyło powództwo. W ocenie też pozwanego regulaminy doraźnej informacji medycznej oraz doraźnej pomocy medycznej przewidywały świadczenia (informacyjne lub opiekuńcze) dla klientów będących ubezpieczonymi w ubezpieczenia na życie i pomimo ich nazwy, nie stanowiły wzorca umownego w rozumieniu art. 384 § 1 k.c., ponieważ na ich podstawie nie była zawierana umowa ubezpieczenia, ani żadna inna ważna umowa. Ubezpieczający nie składał wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia a regulaminy nie stanowiły załącznika do ogólnych ubezpieczenia a o.w.u. w żadnym punkcie nie odwoływały się do regulaminów. Ponadto ubezpieczający nie potwierdzał otrzymania regulaminów przed zawarciem umowy ubezpieczenia i nie było one wskazywane na polisie ubezpieczeniowej, jako wzorce, na podstawie których została zawarta umowa ubezpieczenia lub inna umowa. Powód wskazał także, że w regulaminach było zawarte jednostronne oświadczenie i zobowiązanie do świadczenia usług informacyjnych i opiekuńczych określonym osobom, ale regulaminy te nie były częścią umowy ubezpieczenia zawartej z tymi osobami lub na ich rachunek, ani żadnej innej umowy o świadczenie usług. Skoro przedmiotowe regulaminy nie stanowiły w ogóle wzorca umownego, to ich postanowień nie można traktować jako postanowień nie uzgodnionych indywidualnie z konsumentem, gdyż nie były to żadne postanowienia umowy,

w szczególności postanowienia przejęte z wzorca umowy, zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta.

Zgodnie z regulaminem doraźnej informacji medycznej zakres usług świadczonych przez ubezpieczyciela obejmował organizację świadczeń informacyjnych, za pośrednictwem wskazanego w regulaminie operatora. Zakres świadczeń informacyjnych obejmował udzielenie odpowiedzi na pytania dotyczące kwestii określonych w Katalogu, załączonym do regulaminu i obejmujących ogólne informacje o zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych, zachowaniach prozdrowotnych, szpitalach, aptekach, przychodniach i lekarzach, pielęgnacji niemowląt, lekach oraz objawach niepożądanych, dietach i zdrowym żywieniu, grupach wsparcia i telefonach zaufania, transporcie medycznym oraz stanach wymagających nagłej pomocy. Zmiana zakresu tych usług była nieunikniona, chociażby ze względu na zmiany występujące w zakresie dostępnej wiedzy medycznej, co uzasadniało prawo ubezpieczyciela do zmiany zakresu tych usług w każdym czasie. Niemożliwe było też określenie z góry, kiedy i jakie zmiany w tym katalogu mogą nastąpić, a więc nie można było określić przesłanek i zakresu zmian usług przewidzianych w regulaminie. Co więcej, usługi wskazane w regulaminie były wykonywane przez ściśle określonego Operatora, zaś umowa, na podstawie której Operator wykonywał swoje usługi mogła zostać zmieniona lub rozwiązana, przy czym mogło być to spowodowane okolicznościami niezależnymi od pozwanego. W związku z powyższym zasadne było, że ubezpieczyciel przewidział w regulaminie możliwość zmiany zakresu usług lub zaprzestania ich świadczenia w każdym czasie. Powyższe dotyczyło odpowiednio regulaminu doraźnej pomocy medycznej, z uwzględnieniem specyfiki świadczeń ujętych w tymże regulaminie.

Pozwany podkreślił również, że regulaminy nie przewidywały żadnych świadczeń konsumentów na rzecz ubezpieczyciela, a jedynie jednostronne świadczenia ze strony zakładu ubezpieczeń. Nie można zatem było uznać, żeby zmiana katalogu tych świadczeń godziła w równowagę kontraktową stron, bowiem w tym wypadku nie tylko nie można mówić o nieprawidłowym ukształtowaniu treści stosunku obligacyjnego, ale nawet o ukształtowaniu jakiegokolwiek stosunku obligacyjnego. Kwestionowane postanowienie regulaminów nie kształtowało praw konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i nie naruszało jego interesów, w szczególności w sposób rażący, bowiem ubezpieczyciel w sposób jednoznaczny i czytelny uprzedzał konsumenta, że zakres usług ujęty w regulaminach doraźnej informacji medycznej i doraźnej pomocy medycznej może ulec zmianie, co znajdowało uzasadnienie w charakterze tych usług i sposobie ich świadczenia.

Nieuzasadnione było też stanowisko powoda, że doraźna informacja medyczna i doraźna pomoc medyczna stanowiły jedynie dodatkową usługę i nie były świadczeniem głównym pozwanego. Oceny, czy dane świadczenie ma charakter głównego świadczenia stron nie można dokonywać jedynie przez pryzmat tego, czy umowa obejmująca to świadczenie nosi nazwę umowy głównej, czy też umowy dodatkowej. Powód zaś podniósł, że świadczenie doraźnej informacji medycznej i doraźnej pomocy medycznej jest świadczeniem jedynym i głównym.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powództwo było w pełni zasadne. Wbrew twierdzeniu pozwanego stosowane przez niego „regulaminy doraźnej informacji medycznej” i „regulaminy doraźnej pomocy medycznej” stanowiły wzorzec umowny. Stosownie bowiem do treści art. 384 k.c. i następnych, regulamin stanowi wzorzec umowny, a ci wobec których jest stosowany są konsumentami. W ocenie SOKiK, przedmiotowe akty stosowane przez pozwanego zostały ustalone przez pozwanego, jako mające wiązać drugą stronę – konsumentów. Regulaminy te określały prawa i obowiązki konsumentów w ramach zawartej umowy ubezpieczenia na życie. Na mocy przedmiotowych regulaminów ubezpieczyciel zobowiązywał się do świadczenia usługi doraźnej informacji medycznej, bądź doraźnej opieki medycznej na rzecz ubezpieczonego w rozumieniu umowy ubezpieczenia na życie. Z tych względów stosowane przez pozwanego „regulaminy doraźnej informacji medycznej” i „regulaminy doraźnej pomocy medycznej” niewątpliwie stanowiły wzorzec umowny w rozumieniu art. 384 k.c. Podlegały one zatem kontroli SOKiK pod kątem oceny, czy zawarte w nim klauzule mają charakter niedozwolonych postanowień umownych w rozumieniu art. 385¹ k.c.

Zdaniem SOKiK klauzula o treści „(...) *zastrzega sobie w każdym czasie prawo do zmiany zakresu usług określonych w Regulaminie oraz możliwość zaprzestania ich świadczenia*” stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., bowiem kształtowała prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Przedmiotowe postanowienie spełniało przy tym przesłanki klauzuli abuzywnej określonej w art. 395³ pkt 19 k.c.

Stosownie do treści art. 385³ pkt 19 k.c. w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności przewidują wyłącznie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia. Zakwestionowane postanowienie umowne przewidywało uprawnienie dla ubezpieczyciela do dokonywania jednostronnych zmian

zakresu usług określonych w regulaminie, a także możliwość zaprzestania świadczenia tych usług. Zawierając umowę z ubezpieczycielem, konsument ma prawo oczekiwać, że zakres świadczeń określony w umowie ma charakter wiążący i nie będzie podlegał jednostronnym modyfikacjom przez cały okres obowiązywania umowy. Dobre obyczaje nakazują, aby istotne cechy świadczenia nie ulegały zmianie w każdym czasie na podstawie arbitralnych decyzji pozwanego. O atrakcyjności oferty decydować mogą nie tylko świadczenia przewidziane w umowach podstawowych, ale także wynikające z umów dodatkowych, tak jak ma to miejsce w niniejszej sprawie. Konsument powinien mieć więc pewność, że istotne cechy świadczenia jego kontrahenta nie będą w każdym czasie zmieniane. Tymczasem zakwestionowane postanowienie przyznawało niewątpliwie ubezpieczycielowi prawo do jednostronnej zmiany istotnych cech świadczenia w trakcie trwania umowy, bądź też do zaprzestania świadczenia usług w przyszłości. Przedmiotowa klauzula nie wskazywała przy tym żadnych przyczyn, których wystąpienie umożliwiałoby ubezpieczycielowi prawo do zmiany oferowanych usług lub zaprzestania ich świadczenia w ogóle. SOKiK podkreślił przy tym, że katalog usług oferowanych konsumentom przez ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia miał istotny wpływ na decyzję konsumenta w przedmiocie zawarcia umowy, a zatem zmiana zakresu tych usług, bądź zaprzestanie ich świadczenia miało istotne znaczenie. Normą dobrego obyczaju jest, aby katalog usług, jako istotny element stosunku prawnego określającego świadczenie ubezpieczyciela na rzecz ubezpieczonych był wiążący i trwały. Na mocy przedmiotowego zapisu ubezpieczyciel mógł natomiast określić rozmiar poszczególnych świadczeń, które zostaną zmienione, jak również zadecydować, czy te świadczenia będą przez niego wykonywane w przyszłości. Na podstawie przedmiotowej klauzuli konsument nie posiadał pewności co do możliwości skorzystania z usług ubezpieczyciela. Doszło tu więc do takiego ukształtowania stosunku zobowiązaniowego, który naruszał zasadę równorzędności stron. Tym samym stanowiło naruszenie klauzuli dobrych obyczajów. SOKiK stanął zatem na stanowisku, że prawo do jednostronnego określania przedmiotu świadczenia naruszało rażąco interesy konsumentów, którzy pozostawali w stanie niepewności co do możliwości uzyskania świadczenia.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 20 stycznia 2012 r. (sygn. akt VI Ca 1007/11) oddalił apelację pozwanego. Sąd Apelacyjny w Warszawie podzielił stanowisko SOKiK, że zakwestionowane postanowienie było użyte we wzorcu umownym w rozumieniu art. 384 § 1 k.c. W orzecznictwie Sądu Najwyższego za ugruntowany uznać należy pogląd, że z mocy art. 384 § 1 k.c. regulamin jest jedną spośród wymienionych tym przepisem

szczególnych postaci wzorca umowy, zatem podlega kontroli sądu w postępowaniu o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Nie miała racji strona skarżąca podnosząc, że choć postanowienia regulaminów ustalone były jednostronnie przez ubezpieczyciela, to jednak na ich podstawie nie zawierane były z konsumentami żadne umowy. Argumentacja ta miała o tyle małe znaczenie w sprawie, że kontrola abstrakcyjna nie jest uzależniona od uprzedniego zawarcia jakiegokolwiek umowy na podstawie postanowień wzorca umownego. Innymi słowy, postanowienia regulaminu, jako ustalonej przez jedną ze stron szczególnej postaci wzorca umowy (art. 384 § 1 k.c.), podlegają między innymi tzw. kontroli abstrakcyjnej w postępowaniu w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone, wszczętym także przez podmiot nie związany umową z twórcą tego wzorca³. Klauzulą niedozwoloną jest postanowienie umowy zawartej z konsumentem (lub wzorca umownego), która spełnia łącznie wszystkie przesłanki określone w przepisie art. 385¹ § 1 k.c.: 1) nie jest postanowieniem uzgodnionym indywidualnie, 2) nie jest postanowieniem w sposób jednoznaczny określającym główne świadczenia stron, 3) kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Zatem pozwany zupełnie niezasadnie przywiązuje wagę do tego, że regulaminy doraźnej pomocy medycznej i doraźnej informacji medycznej nie były klientom doręczane, jak również klienci nie byli z nimi zaznajamiani. Doręczenie regulaminu nie stanowiło żadnej przesłanki warunkującej ocenę postanowienia z punktu widzenia jego abuzywności.

Sąd Apelacyjny w Warszawie zwrócił również uwagę, że świadczenia, które ubezpieczyciel przewidywał w przedmiotowych regulaminach nie miały samodzielnego bytu, tj. nie funkcjonowały samodzielnie bez uprzedniego zawarcia umowy ubezpieczenia. Słusznie Sąd I instancji stwierdził, że świadczeniem głównym wynikającym z takiej umowy jest ze strony ubezpieczyciela świadczenie ochrony ubezpieczeniowej, a ze strony konsumenta zapłata ceny za tę ochronę. Zatem w ramach umowy ubezpieczeniowej, usługi świadczone na podstawie regulaminów doraźnej pomocy medycznej i doraźnej informacji medycznej nie stanowiły głównych świadczeń stron. Powyższe znajdowało potwierdzenie w treści paragrafu pierwszego regulaminów określających, dla kogo usługi wskazane w tych regulaminach były dostępne. Wynikało z nich, że ich adresatem był ubezpieczony w rozumieniu umowy ubezpieczeniowej. Wobec powyższego nie budziło wątpliwości Sądu Apelacyjnego, że świadczenia ubezpieczyciela wobec konsumenta doraźnej pomocy medycznej i doraźnej informacji medycznej były świadczeniami dodatkowymi w ramach umowy ubezpieczeniowej.

³ Tak SN w wyroku z dnia 20 stycznia 2011 r. (sygn. akt I CSK 218/10).

O tym, że świadczenia miały charakter dodatkowy świadczyły dalsze zapisy regulaminów, z których wynikał, że aby ubezpieczony mógł z nich skorzystać, musiał wykonać czynności „uruchamiające” te usługi (podanie imienia i nazwiska, numeru PESEL i innych danych niezbędnych do realizacji świadczenia). Ponadto ścisły związek proponowanych w regulaminach świadczeń z umową o ochronę ubezpieczeniową wynikał z innych postanowień regulaminu doraźnej informacji medycznej oraz regulaminu doraźnej opieki medycznej, które stanowiły, że klient tracił prawo dostępu do usługi z chwilą wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Zatem zarzut pozwanego o sprzeczności istotnych ustaleń Sądu Okręgowego z treścią zebranego materiału dowodowego w zakresie przyjęcia, że zaskarżona klauzula nie dotyczyła głównego świadczenia był nietrafny.

Sąd Apelacyjny w Warszawie w pełni podzielił stanowisko Sądu I instancji, że postanowienie to było sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszało interes konsumenta poprzez zastrzeżenie jednostronnego prawa kontrahenta dokonania zmian w zakresie świadczonych w ramach doraźnej pomocy medycznej i doraźnej informacji medycznej usług, a nawet możliwość zaprzestania ich świadczenia. Słusznie Sąd I instancji uznał, że klient (ubezpieczony), który spełnił warunki realizacji na jego rzecz usług określonych w regulaminach miał prawo oczekiwać, że zakres świadczeń w trakcie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej będzie miał charakter wiążący i nie będzie podlegał jednostronnym modyfikacjom. Właśnie dobry obyczaj w stosunkach z konsumentami nakazuje niepodejmowanie przez przedsiębiorcę arbitralnych zmian co do zakresu usług świadczonych konsumentowi. Bez znaczenia pozostawał fakt, że ubezpieczyciel realizując usługi na rzecz konsumenta, sam korzystał z usług operatora przekazującego informacje, składające się na treść poszczególnych świadczeń. Ponadto ubezpieczyciel nie dokonał w regulaminach zastrzeżenia co do powodów decydujących o zmianie zakresu usług, bądź przyczynach zaprzestania ich świadczenia. Ubezpieczyciel zastrzegając dla siebie uprawnienie określone w zaskarżonej klauzuli, wykorzystał swoją uprzywilejowaną pozycję profesjonalisty.

Klauzula nr 3434

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 17 kwietnia 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 277/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Pramerica Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Pisma kierowane do ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uposażonego pod ich ostatni znany Pramerica Życie TUiR SA adres korespondencyjny uważa się za doręczone i wywierające skutki prawne po upływie 30 dni od daty wysłania”.

Postanowienie to w dniu 31 lipca 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3434.

Klauzula nr 3442

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 16 grudnia 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 2064/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

„Odstąpienie od umowy od ubezpieczenia dodatkowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego”, które było zawarte we wzorcu „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia”.

Postanowienie to w dniu 31 lipca 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3442.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to naruszało art. 385¹ § 1 k.c., ponieważ kształtowało prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z obowiązującymi przepisami oraz dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumenta. Ubezpieczenie podstawowe ma funkcję pierwotną w stosunku do ubezpieczenia dodatkowego. O ile więc ubezpieczenie dodatkowe nie może istnieć bez ubezpieczenia podstawowego, o tyle ubezpieczenie podstawowe ma charakter samodzielny i niezależny względem ubezpieczenia dodatkowego. Zakwestionowane postanowienie wprowadzało automatyzm, który nie musiał odpowiadać woli konsumenta, będącego zainteresowanym kontynuowaniem ubezpieczenia podstawowego. Unicestwiało charakter umowy dodatkowej jako umowy niezależnej od umowy ubezpieczenia podstawowego. Prowadziło z jednej strony do przypisania oświadczeniu woli konsumenta dodatkowych, ujemnych skutków prawnych nie przewidzianych przepisami prawa, z drugiej zaś do faktycznego obarczenia go konsekwencjami, których ponoszenie powinno należeć do jego swobodnego wyboru.

Zdaniem pozwanego przepisy prawa dotyczące działalności ubezpieczeniowej nie regulują skutków prawnych odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego i wpływu tej czynności na umowę ubezpieczenia podstawowego. Przedmiotowe postanowienie umowne było więc dozwolone w świetle zasady swobody umów. Ocena treści postanowienia wzorca umowy w kontekście klauzul niedozwolonych nie może abstrahować od konkretnej treści umowy ubezpieczenia. Przedmiotowe postanowienie nie mogło być postrzegane jako niedozwolone z uwagi na treść umów ubezpieczenia zawieranych z jej zastosowaniem oraz skutki, jakie wywołuje dla ubezpieczającego i ubezpieczonych, w szczególności w sposób rażący nie narusza obowiązków konsumentów. Ogólne warunki ubezpieczenia, w którym znajdowała się zakwestionowana klauzula to ubezpieczenie gwarantujące osobom, które przestają być pracownikami ubezpieczającego możliwość kontynuowania ubezpieczenia na warunkach ustalonych w ramach ubezpieczenia grupowego, co wiązało się z dużo niższą składką niż w przypadku ryzyka indywidualnych oraz ubezpieczeniem ryzyka, które nie byłyby ubezpieczone indywidualnie. Prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia musi być jednolicie ustanowione we wszystkich umowach zawartych z ubezpieczającym albo w żadnej. W przypadku stworzenia dwóch różnych grup ubezpieczonych, z których jedna miałaby ubezpieczenie dodatkowe prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, druga natomiast nie, doszłoby do sytuacji, w której nastąpiłby spadek wysokości składki za prawo do indywidualnego kontynuowania w stosunku do liczby osób przechodzących na kontynuację. W wyniku tego nastąpiłaby niewystarczalność składki w tej umowie dodatkowej, a w konsekwencji brak ekonomicznych podstaw do jej funkcjonowania. Przedmiotowe postanowienie zapewniało bezpieczeństwo ubezpieczonych w ten sposób, że składka została skalkulowana tak, aby ubezpieczyciel zrealizował przyjęte na siebie w ramach umów ubezpieczenia zobowiązania wypłaty świadczeń szerokiemu kręgowi ubezpieczonych i współubezpieczonych. Brak tego postanowienia spowodowałby, że ubezpieczenie nie będzie mogło w ogóle funkcjonować, co nie leżało w interesie konsumentów. Ponadto, zwracając uwagę na grupowy charakter tego ubezpieczenia, pozwany podniósł, że umowa ubezpieczenia zawierana była przez ubezpieczającego i tylko ubezpieczający mógł zrealizować prawo do odstąpienia od umowy. Wobec tego, z uwagi na terminy odstąpienia od umowy, jego skutki nie dotyczyły żadnego ubezpieczonego, ponadto ubezpieczający po odstąpieniu od umowy w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego nie będzie zainteresowany kontynuowaniem samego ubezpieczenia zdrowotnego, zważywszy na sumę ubezpieczenia i koszty prowadzenia grupy ubezpieczonych przez ubezpieczającego. Ubezpieczającym jest zwykle przedsiębiorca w rozumieniu art. 41¹ k.c., więc prawo odstąpienia od umowy mogło być realizowane tylko

przez podmiot, nie będący konsumentem w rozumieniu art. 22¹ k.c. Przedmiotowe postanowienie w tym ubezpieczeniu nie naruszało zatem rażąco interesów konsumenta.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postawienie umowne spełniało przesłanki niedozwolonej klauzuli umownej, albowiem było niezgodne z prawem, kształtowało prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, jednocześnie rażąco naruszając ich interesy. Umowa ubezpieczenia podstawowego na życie i dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego mają charakter umów od siebie niezależnych. Ubezpieczenie podstawowe ma funkcję pierwotną w stosunku do ubezpieczenia dodatkowego. Nie budzi również wątpliwości, że przepisy ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej przewidują, iż ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe są zawsze uzupełnieniem ubezpieczeń na życie, zaś odstąpienie lub wypowiedzenie umowy ubezpieczenia podstawowego powoduje wygaśnięcie umowy ubezpieczenia dodatkowego. Sytuacja odwrotna, a więc taka jaka jest przedmiotem niniejszego postępowania, nie jest przez przepisy ustawy uregulowana. W tej sytuacji, zgodnie z zasadą swobody umów, wyrażoną w przepisie art. 353¹ k.c. strony, zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swego uznania byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiała się właściwości (naturze) stosunku prawnego, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Wolność w zakresie konstruowania umowy nie jest zatem niczym nieograniczona. W tym kontekście SOKiK zwrócił uwagę na występujący w zakwestionowanym postanowieniu wzorca umowy pod nazwą „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia” automatyzm, wyłączający swobodę konsumenta do podjęcia decyzji w zakresie kontynuowania, bądź nie, umowy ubezpieczenia. Automatyzm ten wypełniał przesłankę rażącego naruszenia interesu konsumenta. W ocenie SOKiK narzucenie przez pozwanego konsumentowi skutku w postaci wygaśnięcia stosunku prawnego bez jego woli było jednocześnie sprzeczne z dobrymi obyczajami, gdyż godziło w równowagę kontraktową stron i z góry stawiało konsumenta w gorszej sytuacji prawnej. Jednocześnie wpływało na jego prawa i obowiązki, albowiem pozbawiało go możliwości wyboru kontynuowania ubezpieczenia podstawowego. Równocześnie automatyzm ten mógł negatywnie oddziaływać na sytuację ekonomiczną i prawną konsumenta, gdyż jednoczesne wygaśnięcie obu umów powodowało, że było one uznane za niezawarte. W sytuacji konieczności zapewnienia w pewnych wypadkach ciągłości ochrony ubezpieczeniowej taki mechanizm mógł powodować ujemne skutki dla konsumenta.

Ubezpieczenie zawarte na podstawie umowy z wykorzystaniem wzorca „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia” gwarantowało możliwość indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia po wyjściu z grupy dotychczasowych ubezpieczonych na korzystnych warunkach, które przysługiwały do tej pory tylko tej określonej grupie. Składka ubezpieczeniowa skalkulowana była w tym wypadku na niższym poziomie, niż w wypadku zawarcia indywidualnego ubezpieczenia, a zatem było dla konsumenta korzystniejsze z punktu widzenia ekonomicznego. W ocenie SOKiK skorelowanie odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem jednoczesnego zniweczenia stosunku prawnego zawartego w ramach umowy ubezpieczenia podstawowego prowadziło do postawienia konsumenta w sytuacji słabszej strony stosunku prawnego i jednocześnie obarczenia go negatywnymi konsekwencjami, których ponoszenie powinno być zależne od jego swobodnego wyboru. Postanowienie to jednocześnie w sposób rażąco naruszało interesy konsumentów. Odstąpienie od umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej z wykorzystaniem kwestionowanego wzorca automatycznie powodowało odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego na życie, gdzie suma ubezpieczenia mogła stanowić znaczącą wartość ekonomiczną dla konsumenta. Zgodnie bowiem z zapisami „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu (...)” suma minimalna ubezpieczenia wynosiła dwukrotną wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, a maksymalnie dziesięciokrotną wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Na mocy zaś „Ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego typu (...)” suma ubezpieczenia była kwotą stanowiącą podstawę ustalenia wysokości świadczeń. Wysokość początkowej sumy ubezpieczenia nie mogła być niższa niż dwukrotna wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, a nie wyższa niż suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim roku odpowiedzialności w ubezpieczeniu grupowym. W tym kontekście automatyczne unicestwienie umowy ubezpieczenia podstawowego na życie z tak określoną sumą ubezpieczenia, w sposób rażąco, tj. oczywisty, niewątpliwy i bezsporny naruszało interesy konsumenta.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 8 grudnia 2011 r. (sygn. akt VI A Ca 421/11) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu Apelacyjnego należało zgodzić się z twierdzeniem pozwanego, że umowy z zastosowaniem „Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia” zawierane były w ramach grupowego pracowniczego ubezpieczenia, gdzie ubezpieczającym był podmiot zinstytucjonalizowany i podmiot ten zawierał umowy ubezpieczenia na cudzy

rachunek – pracowników. Sam pozostawał stroną ubezpieczenia, która odpowiedzialna był wobec zakładu ubezpieczeń za zapłacenie składek. Niemniej jednak, choć konsumenci takiej umowy nie zawierali, to zakwestionowane postanowienie umowne wywierało wpływ na ich prawa i obowiązki. Dlatego też, choć uprawnienie do odstąpienia od umowy ubezpieczenia przysługiwało wyłącznie pracodawcy, który w imieniu pracowników taką umowę, w ramach grupowego ubezpieczenia zawierał, to skutki odstąpienia, o jakich mowa w kwestionowanym postanowieniu oddziały bezpośrednio na sytuację prawną konsumentów. Stąd też nie można podzielić poglądu wyrażanego przez pozwanego, że naruszony został przez Sąd I instancji przepis art. 385¹ § 1 k.c. w związku z tym, że postanowienie wzorca umowy uznane za niedozwolone nie dotyczyło konsumentów.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie zawarcie we wzorcu umowy postanowienia, zgodnie z którym w razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego następuje skutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia podstawowego było sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszało interesy konsumentów. Strona pozwana wnosząc o oddalenie powództwa, jak również w apelacji prezentowała pogląd, że brak we wzorcu zakwestionowanego postanowienia, spowodowałby, że ubezpieczenie (podstawowe) nie będzie funkcjonować ze względów ekonomicznych, a to nie leżało w interesie zarówno pozwanego, jak i konsumentów. Nie ulega jednak wątpliwości, że owa niemożliwość funkcjonowania ubezpieczenia ze względów ekonomicznych odnosiła się jedynie do ubezpieczyciela, dla którego utrzymywanie takich umów byłoby nierentowne. Zatem, to jedynie w interesie ubezpieczyciela było zawarcie spornego postanowienia we wzorcu umownym, aby zapobiec kontynuowaniu ubezpieczeń podstawowych „nieopłacalnych” dla strony pozwanej. Kwestionowane postanowienie stawiało więc konsumenta w gorszej sytuacji prawnej, pozbawiało go możliwości wyboru kontynuowania ubezpieczenia podstawowego. Ubezpieczenia zawarte na podstawie umowy z wykorzystaniem wzorca „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia” gwarantowały możliwość indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia po wyjściu z grupy dotychczasowych ubezpieczonych na korzystnych warunkach, które przysługiwały do tej pory tylko tej określonej grupie. Składka ubezpieczeniowa skalkulowana była w tym wypadku na niższym poziomie niż w przypadku ubezpieczenia indywidualnego. Wobec czego z punktu widzenia ekonomicznego było to dla konsumenta korzystniejsze. Wynikający z zakwestionowanego postanowienia skutek odstąpienia od umowy ubezpieczenia podstawowego wywierał zatem dla konsumenta negatywne skutki w sferze

ekonomicznej. W tych okolicznościach uznać należało, że zakwestionowane postanowienie wzorca umowy spełniało przesłanki niedozwolonej klauzuli umownej.

Klauzula nr 3455

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 19 września 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 145/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

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

Postanowienie to w dniu 1 sierpnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3455.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., jednocześnie spełniało przesłanki postanowienia z art. 385³ pkt 9 k.c. Dniem spełnienia świadczenia pieniężnego był dzień dokonania zapłaty w siedzibie wierzyciela bądź uznania rachunku bankowego wierzyciela. Świadczenia pieniężne (składki ubezpieczeniowe) są wpłacane przez konsumenta (ubezpieczającego) na rachunek bankowy ubezpieczyciela. Warunki techniczne i informatyczne zapewniają możliwość powiązania rachunku bankowego (subkonta), na które konsument dokonuje wpłaty składki ubezpieczeniowej, z numerem jego polisy ubezpieczeniowej, co zapewnia możliwość jednoznacznego przyporządkowania wpłacanej składki do umowy ubezpieczenia. Nawet, gdyby numer rachunku albo tytuł zapłaty został błędnie wpisany (określony) lub z innych powodów nastąpiło opóźnienie w przyporządkowaniu składki, to i tak wpłacone środki byłyby w posiadaniu ubezpieczyciela, który mógłby korzystać z nich i pobierać korzyści. Zatem konsument spełnił swoje świadczenie, a dzień faktycznej wpłaty należałoby uznać za dzień zapłaty składki. Pozwany ubezpieczyciel zawarł jednak odstępstwo od tej praktyki, narzucając w o.w.u. korzystne dla siebie postanowienie. Zachodzi wątpliwość, czy dopuszczalny był brak tytułu wpłaty w sytuacji, gdy część numeru rachunku, na który dokonywana była wpłata, jest jednocześnie numerem polisy ubezpieczeniowej albo czy prawidłowym określeniem tytułu wpłaty było wpisanie słowa „ubezpieczenie” lub „polisa ubezpieczeniowa”, czy też konieczne było

wskazanie pełnej nazwy ubezpieczenia wraz z jej numerem. Data uznania zapłaty składki mogła różnić się na niekorzyść konsumenta od daty dokonania faktycznej zapłaty, albowiem ubezpieczyciel, korzystając z wpłaconych środków, mógł jednocześnie dokonać przypisania wpłaty w późniejszym terminie, a nawet potrącić odsetki za zwłokę.

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c. Jak wynika z art. 454 § 1 k.c., miejscem spełnienia przez dłużnika świadczenia pieniężnego jest siedziba wierzyciela. W przypadku rozliczenia bezgotówkowego miejscem spełnienia świadczenia jest miejsce, gdzie prowadzony jest bankowy rachunek wierzyciela. Dokonanie bowiem wpisu na tym

rachunku („uznanie”) jest równoznaczne z uzyskaniem przez wierzyciela możliwości rozporządzenia tą kwotą, to zaś dopiero może być uznane za równoważne z otrzymaniem należności. Spełnienie świadczenia bezgotówkowego następuje więc w dniu uznania rachunku bankowego wierzyciela, chyba że strony stosunku zobowiązaniowego postanowiły inaczej⁴.

Zakwestionowana klauzula dotyczyła spełnienia świadczenia pieniężnego (składki ubezpieczeniowej) przez dłużnika będącego konsumentem (ubezpieczającego) na rachunek bankowy ubezpieczyciela. Oczywistym jest, że istnieją techniczne i informatyczne warunki zapewniające możliwość powiązania rachunku bankowego (subkonta), na które konsument dokonuje wpłaty składki ubezpieczeniowej z numerem jego polisy ubezpieczeniowej, co zapewnia możliwość szybkiego i jednoznacznego przyporządkowania wpłacanej składki do umowy ubezpieczenia. Mogło jednak się zdarzyć, że np. dane w przelewie dokonanym przez konsumenta, a który wpłynął na konto ubezpieczyciela, były niepełne, nieścisłe czy po prostu błędne. W takiej sytuacji, pomimo powyżej wskazanych zasad dotyczących momentu spełnienia świadczenia, ubezpieczyciel moment ten niejako „przesuwał”, uzależniając prawidłowość zapłaty składki od tego, czy otrzymał „prawidłowo określony tytuł wpłaty”. Jak wynikało z zapisów o.w.u., ochrona ubezpieczeniowa trwała od dnia doręczenia ubezpieczycielowi poprawienie wypełnionego i podpisanego wniosku wraz z dowodem opłacenia pierwszej deklarowanej składki i z zastrzeżeniem tego przepisu, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczynała się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty pierwszej składki deklarowanej w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia. Data uiszczenia składki miała więc niezwykle istotne znaczenie z punktu widzenia konsumenta (ubezpieczonego). Słusznie podnosiła strona pozwana, że tytuł przelewu powinien być określony dokładnie. Nie zmienia to jednak okoliczności, że wpływ środków pieniężnych na rachunek bankowy wierzyciela, niezależnie od tego, czy tytuł przelewu został określony tak, jak sobie życzyłyby wierzyciel, oznacza spełnienie świadczenia przez dłużnika. Oczywistym jest, że dokładne oznaczenie tytułu przelewu ułatwiało ubezpieczycielowi przypisanie wpłaty, nie było jednak w żaden sposób uprawnione uzależnienie przez ubezpieczyciela faktu spełnienia świadczenia przez konsumenta od tego, czy tytuł przelewu jest z punktu widzenia ubezpieczyciela wystarczający dla dokonania takiej czynności. Co więcej, nawet gdyby były problemy z

⁴ Por. np. wyrok SN z dnia 12 lipca 1996 r. (sygn. akt II CRN 79/96, LEX nr 465045), uchwałę SN z dnia 4 stycznia 1995 r. (sygn. akt III CZP 164/94, OSNC 1995, nr 4, poz. 62), czy wyrok NSA z dnia 29 sierpnia 2002 r. (sygn. akt V SA2718/01, „Biuletyn Skarbowy” 2003, nr 3, s. 31).

„przypisaniem” składki i nastąpiło opóźnienie w jej przyporządkowaniu, to i tak wpłacone środki były już w posiadaniu ubezpieczyciela, który mógł korzystać z nich i pobierać korzyści (dysponować i obracać tymi środkami). Tymczasem pomimo wpłaty składki ubezpieczeniowej przez konsumenta, ubezpieczyciel mógł uznać, że nie doszło do spełnienia świadczenia, nie obejmował więc ochroną ubezpieczeniową klienta, ale mógł „obracać” wpłaconymi kwotami. Już chociażby z tego powodu klauzula ta byłaby abuzywna. SOKiK zauważył również, że ubezpieczyciel nie określił, jak powinien brzmieć prawidłowy tytuł wpłaty. Ubezpieczyciel podnosił w tym przedmiocie, że w takiej sytuacji wymagane to spełni każdy sposób jej oznaczenia, który tylko pozwoli na przypisanie składki do umowy ubezpieczenia, a nadmierny formalizm w tym zakresie mógłby bardziej działać na niekorzyść konsumenta. Nie zmienia to jednak faktu, że to od decyzji pozwanego zależało uznanie, czy takie, a nie inne określenie tytułu przelewu będzie dla niego wystarczające dla właściwego przypisania składki. Ubezpieczyciel miał tu dowolność w tym sensie, że od jego woli uzależnione było spełnienie świadczenia przez konsumenta. Nie było w szczególności wiadome, czy wystarczające było np. właściwe podanie numeru subkonta, czy niezbędne było podanie numeru polisy, a nawet jeżeli było błędne subkonto, to czy prawidłowy numer polisy pozwolił na prawidłowe przypisanie składki. W ten sposób ubezpieczyciel przyznał sobie *de facto* prawo do wiążącej interpretacji umowy i stwierdzenia, czy dana wpłata została dokonana w prawidłowy sposób. Taki brak jednoznaczności oraz wynikająca stąd swoboda interpretacyjna mogła powodować, że data uznania zapłaty składki mogła różnić się na niekorzyść konsumenta (ubezpieczającego) od daty dokonania faktycznej zapłaty, albowiem ubezpieczyciel, korzystając z wpłaconych środków, mógł jednocześnie dokonać przypisania wpłaty w późniejszym terminie, a pobrać odsetki za zwłokę, jak również odmówić ochrony ubezpieczeniowej. To, że powszechnie przyjętą praktyką jest określanie tytułu wpłaty w dyspozycji przelewu nie oznacza, że ubezpieczyciel miał prawo uzależniać datę spełnienia świadczenia od okoliczności, które sam uznawał za wystarczające. SOKiK podkreślił przy tym, że w świetle orzecznictwa Sądu Apelacyjnego w Warszawie, naruszenie dobrych obyczajów polega także na narzucaniu przez przedsiębiorcę we wzorcach umów rozwiązań niezgodnych z przepisami prawa względnie obowiązującymi, czyli takimi, które można ustalić w umowie, ale nie ma takiego obowiązku⁵. Z tych względów postanowienie to należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interesy konsumentów oraz niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c.

⁵ Tak SA w Warszawie w wyroku z dnia 22 listopada 2005 r. (sygn. akt VI ACa 177/2005, niepubl.).

Klauzula nr 3456

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 19 września 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 145/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

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

Postanowienie to w dniu 1 sierpnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3456.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Zakwestionowane postanowienie o.w.u. wprowadzało ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania w sytuacji, gdy choroba – należąca do katalogu poważnych zachorowań, których ryzyko wystąpienia jest objęte ubezpieczeniem – wystąpiła u ubezpieczonego przed zawarciem przez niego umowy ubezpieczenia. Takie ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, będącej świadczeniem głównym ubezpieczyciela, mogłoby zostać uznane za dopuszczalne, gdyby zostało sformułowane w sposób jednoznaczny. Jednak treść postanowienia ustalona przez ubezpieczyciela nie była jednoznaczna i mogła być dowolnie interpretowana przy ustalaniu zarówno zasadności, jak i wysokości świadczenia ubezpieczyciela. Zwrot „zachorowania, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia” był nieprecyzyjny i nie określał na czym miało polegać „wystąpienie” poważnego zachorowania, w szczególności, czy chodziło o wystąpienie objawów tego schorzenia (zachorowania), czy o jego zdiagnozowanie przez lekarza udokumentowane kartą chorobową. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy powinien sprawdzić na co chorował ubezpieczony (dokonać wywiadu medycznego). W sytuacji, gdy poważne zachorowanie, stanowiące podstawę wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie zostało zdiagnozowane przed zawarciem umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel mógł odmówić spełnienia świadczenia, powołując się na wystąpienia przed zawarciem umowy objawów tego zachorowania.

Zdaniem pozwanego zakwestionowane postanowienie było jednoznaczne, definiowało zakres ochrony ubezpieczeniowej. Skoro zapis ten nie zawierał ograniczenia, z którego by wynikało, że chodzi o choroby zdiagnozowane, to mowa w nim o chorobach, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia, niezależnie od tego, czy były zdiagnozowane, czy też nie. Biorąc pod uwagę charakter poważnych zachorowań trudno sobie wyobrazić istnienie poważnego zachorowania, które nie było diagnozowane przez lekarza, ale i tak za dopuszczalne należy uznać wyłączenie z zakresu ochrony ubezpieczeniowej zachorowań, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia, nawet jeśli nie były zdiagnozowane. Nie kolidowało to w szczególności z przepisem art. 834 k.c., który w ogóle nie dotyczył tej kwestii. Istnienie zachorowania przed zawarciem umowy ubezpieczenia jest faktem dającym się obiektywnie stwierdzić, jego ustalenie wymaga wiedzy medycznej, nie zależy natomiast od dowolnej decyzji ubezpieczyciela. Przed zawarciem umowy ubezpieczyciel przeprowadzał szczegółowy wywiad medyczny dotyczący przebytych chorób.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c. Wprowadzało ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania w sytuacji, gdy choroba – należąca do katalogu poważnych zachorowań, których ryzyko wystąpienia jest objęte ubezpieczeniem – wystąpiła u ubezpieczonego przed zawarciem przez niego umowy ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK postanowienie to nie było zapisem dotyczącym świadczenia głównego stron, gdyż określało zakres ochrony ubezpieczeniowej, wyłączając te choroby, które już wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem przez niego umowy ubezpieczenia. Tym niemniej, nawet gdyby uznać (co nie ma uzasadnienia), że chodziło tu o świadczenie główne, to i tak rozstrzygnięcie byłoby takie samo. Postanowienia dotyczące świadczeń głównych stron nie podlegają kontroli z punktu widzenia abuzywności, chyba że nie zostały sformułowane jednoznacznie. Treść przedmiotowego postanowienia ustalona przez ubezpieczyciela była niejednoznaczna, przez co mogła być dowolnie interpretowana. Zastosowany zwrot „zachorowania, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia” nie był precyzyjny i nie określał na czym miało polegać „wystąpienie” poważnego zachorowania. W szczególności brak było sprecyzowania, czy należało to rozumieć jako wystąpienie objawów tego schorzenia (zachorowania), czy też jako jego zdiagnozowanie przez lekarza, udokumentowane kartą chorobową. Oczywiście, mając na uwadze katalog poważnych zachorowań wskazany w o.w.u., przyjąć można było, że powinno

nastąpić zdiagnozowanie choroby przez lekarza, jednak można sobie wyobrazić sytuację, w której chory nie udał się do lekarza. Zatem to od oceny ubezpieczyciela zależało, czy dana choroba „wystąpiła” przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania. Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy ubezpieczenia powinien przeprowadzić szczegółowy wywiad medyczny dotyczący przebytych chorób przez ubezpieczonego (art. 815 k.c.), a zebrane w ten sposób informacje służą ocenie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kalkulacji wysokości składki, jednakże fakt wystąpienia danej choroby powinien być w sposób obiektywny stwierdzony. Taki miernik wprowadzony został w pewnym sensie w nowym brzmieniu tej klauzuli, gdzie określono, że wystąpienie zachorowania oznacza jego zdiagnozowanie lub leczenie. Natomiast brak jednoznaczności przedmiotowego postanowienia skutkowało możliwością przyznania sobie przez ubezpieczyciela prawa do dokonania jego wiążącej interpretacji i dokonania jej w sposób korzystny dla siebie. Nawet w sytuacji, gdy poważne zachorowanie, stanowiące podstawę wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, nie zostało zdiagnozowane przez właściwego lekarza przed zawarciem umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel mógł odmówić spełnienia świadczenia, powołując się na „wystąpienie” przed zawarciem umowy objawów tego zachorowania, a więc bez oparcia w obiektywnym stwierdzeniu tego zachorowania przez lekarza. Skoro kwestionowany zapis nie zawierał odwołania do obiektywnego kryterium stwierdzenia wystąpienia poważnego zachorowania przed zawarciem umowy ubezpieczenia (choćby w postaci dokumentacji lekarskiej), wyłącznie od interpretacji strony pozwanej zależało uznanie bądź nie, czy poważne zachorowanie wystąpiło, czy nie. Dlatego też postanowienie to było sprzeczne z dobrymi obyczajami i w sposób rażąco naruszało interesy konsumentów, a w konsekwencji było niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c.

Klauzula nr 3457

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 19 września 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 145/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

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

Postanowienie to w dniu 1 sierpnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3457.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Treść postanowienia nie określała jednoznacznie, kiedy ubezpieczyciel ma organizować transport i kto podejmował decyzję w tym zakresie. Uznać należało, że decyzję w tym zakresie podejmowało centrum operacyjne assistance, a więc ubezpieczyciel. Oznaczało to, że dzięki niejednoznacznemu zapisowi uzyskał on możliwość dokonania dowolnej, korzystnej dla siebie interpretacji treści postanowienia i mógł odmówić zorganizowania transportu ubezpieczonego w sytuacji, gdy transport taki był uzasadniony, co mogło narazić ubezpieczonego na dodatkowe koszty.

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c. W świetle tego postanowienia ubezpieczyciel był zobowiązany zorganizować transport ubezpieczonego, który na skutek zaistnienia zdarzenia losowego miał skorzystać z pomocy medycznej. W klauzuli znalazł się jednak warunek do organizacji transportu, a mianowicie – o ile nie była konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudniał skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. W o.w.u. zostało wyraźnie określone, kto podejmował decyzję w tym zakresie. O zasadności organizacji i

pokrycia kosztów wszystkich świadczeń decydował uprawniony lekarz, którym był lekarz konsultant centrum operacyjnego. SOKiK nie podzielił stanowiska pozwanego, że kwestionowane postanowienie o.w.u. przedstawiało czytelne kryteria, od których rozstrzygnięcia zależało ustalenie czy ubezpieczającemu przysługuje świadczenie z umowy ubezpieczenia, i że kryteria te były weryfikowalne. Przede wszystkim to od oceny ubezpieczyciela zależało, czy nie była konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i czy stan zdrowia pacjenta utrudniał skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Skoro weryfikacji takiej dokonywał lekarz konsultant centrum operacyjnego, to weryfikacja tych przesłanek odbywała się „na odległość”, bez kontaktu bezpośredniego z osobą, która potrzebowała pomocy (ubezpieczonym). Trudno więc mówić o „obiektywnych kryteriach medycznych”, gdyż wyłącznie od subiektywnej oceny lekarza konsultanta centrum operacyjnego, podejmującego decyzję bez zbadania ubezpieczonego, zależało uznanie, czy wymagana była interwencja pogotowia ratunkowego. Co więcej, osoba ta podejmowała decyzję, czy stan zdrowia pacjenta umożliwia skorzystanie ze środka transportu prywatnego lub publicznego. W grę wchodziły więc nie tylko kwestie medyczne, ale także takie okoliczności, jak dostępność środka transportu, częstotliwość kursowania środków transportu komunikacji miejskiej, odległość od przystanku, możliwość pomocy ze strony innych osób itd. Nie można więc mówić, że były to kryteria obiektywne o charakterze medycznym. To właśnie od swobodnego uznania ubezpieczyciela zależała decyzja o przyznaniu świadczenia objętego przedmiotową klauzulą. Oznaczało to, że dzięki niejednoznacznemu zapisowi ubezpieczyciel uzyskał możliwość dokonania dowolnej, korzystnej dla siebie interpretacji treści postanowienia i mógł odmówić zorganizowania transportu ubezpieczonego w sytuacji, gdy transport taki był uzasadniony, co mogło narazić ubezpieczonego na dodatkowe koszty i trudności. Można wyobrazić sobie sytuację, że kazuistyczne wymienienie przypadków, w których transport jest organizowany, mogłoby zawęzić katalog możliwych przypadków, w których ubezpieczonemu przysługuje ochrona ubezpieczeniowa, jednak wcale nie musiałyby tak być, wszystko zależy od sposobu skonstruowania postanowienia. Kryterium funkcjonalne, jakie zastosowane zostało w kwestionowanym postanowieniu, było elastyczne, ale w tym sensie, że pozwalało pozwanemu na dowolną interpretację treści umowy, w związku czym nie można uznać, aby było korzystne dla ubezpieczonego. Wobec powyższego, przedmiotowe postanowienie należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów, a w konsekwencji za niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2012 r. (sygn. akt VI ACa 1472/11) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie Sąd I instancji zasadnie uznał to postanowienie za abuzywne. Uzależnienie transportu medycznego od braku konieczności interwencji pogotowia ratunkowego oraz od istnienia trudności w skorzystaniu z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu nie zawierało precyzyjnych przesłanek, na które mógłby powołać się ubezpieczony żądając spełnienia świadczenia. Już same określenia „trudności” oraz „wymaganie interwencji pogotowia” w świetle stanu wiedzy medycznej oraz wobec różnej kondycji fizycznej i psychicznej ubezpieczonych, były niejednoznaczne. To na przykład, co dla osoby młodej i sprawnej nie będzie większą trudnością mogło być niemożliwe dla osoby starszej i dotkniętej innymi dodatkowymi schorzeniami, niż to, które wywołało potrzebę zapewnienia transportu medycznego. Chociaż osoba, która dokonywała oceny zasadności dostarczenia transportu była lekarzem, to jednak ocena ta dokonywana była „na odległość”, w sposób arbitralny i przez osobę, która występuje ze strony kontrahenta konsumenta. Ponadto ocenie tego lekarza podlegały nie tylko aspekty medyczne. We wzorcu nie zostało bowiem w ogóle zdefiniowane pojęcie dostępności publicznego i prywatnego środka transportu, a w szczególności czy dostępność ta była zależna wyłącznie od stanu zdrowia ubezpieczonego, czy także np. od odległości miejsca docelowego czy stanu majątkowego ubezpieczonego. Sąd Apelacyjny w Warszawie wskazał przy tym, że dla jednego konsumenta wydatek na przejazd taksówką nie stanowił problemu, a dla innego przejazd taki był nieosiągalny. W pełni zatem uprawnione było stwierdzenie Sądu I instancji, że zakwestionowana klauzula została sformułowana w sposób na tyle niejednoznaczny, że umożliwiała ubezpieczycielowi dowolną, korzystną dla siebie interpretację czy zachodzą przesłanki obligujące go do świadczenia ubezpieczeniowego. Prawidłowo również wskazał Sąd I instancji, że o zasadności organizacji i pokrycia kosztów wszystkich świadczeń, decydował lekarz konsultant centrum operacyjnego, którego decyzje nie zostały uzależnione od jasno określonych kryteriów. Na ocenę spornej klauzuli nie miały przy tym wpływu takie okoliczności jak standardowe stosowanie przyjętych przez pozwanego rozwiązań, ani ewentualne trudności w sprecyzowaniu jasnych kryteriów organizacji transportu medycznego.

Klauzula nr 3458

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 19 września 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 145/10 uznał za niedozwolone i

zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

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

Postanowienie to w dniu 1 sierpnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3458.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. oraz art. 385³ pkt 9 k.c. Termin 5 dni był zbyt krótki zwłaszcza w sytuacji, gdy zdarzeniem losowym mógł być wypadek, zachorowanie lub inne zdarzenie skutkujące dłuższą niezdolnością do poruszania się lub koniecznością pobytu w szpitalu lub innej placówce medycznej. Niezgłoszenie się ubezpieczonego w wyznaczonym terminie mogło skutkować odmową zwrotu kosztów poniesionych przez niego, a do poniesienia których zobowiązany był ubezpieczyciel. Dodatkowo analizowana klauzula zawierała nieostre i niejednoznaczne zapisy, nie precyzowała okoliczności, w których koszty zwracane są w całości, kiedy tylko w części, nie zawierała informacji, jakie dokumenty musiał uzyskać ubezpieczony, aby starać się o zwrot tych kosztów.

Zdaniem pozwanego postanowienie określało tryb postępowania w przypadku, gdy ubezpieczony nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym ubezpieczyciela i przez to nie mógł skorzystać ze świadczenia i musiał ponieść koszty świadczenia assistance medycznego we własnym zakresie. Zapis ten przewidywał więc zupełnie dodatkową i nietypową możliwość uzyskania przez ubezpieczonego świadczenia z umowy ubezpieczenia assistance jako świadczenia pieniężnego, natomiast to, czy ubezpieczony uzyskał pokrycie całości, czy części kosztów przez niego poniesionych zależało od tego, czy te koszty przewyższałyby koszty, jakie poniósłby ubezpieczyciel, gdyby to on sam organizował pomoc assistance. Określenie 5-dniowego terminu wpisywało się w specyficzne cechy ubezpieczenia natychmiastowej pomocy assistance, w którym roszczenia z definicji musiały być szybko

zgłaszane i szybko realizowane oraz polegały przede wszystkim na organizacji i pokryciu kosztów usług assistance.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c. Przedmiotowa klauzula przewidywała możliwość zwrotu przez pozwanego kosztów świadczeń assistance medycznego w sytuacji, gdy na skutek zdarzenia losowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli takie koszty. Jednak klauzula ta zawierała kilka obostrzeń. Po pierwsze, ubezpieczyciel mógł, a nie musiał zwrócić takie koszty – w klauzuli nie określono żadnego obowiązku refundacji kosztów w przypadku zaistnienia opisanych w niej sytuacji, a jedynie pewną możliwość postępowania ubezpieczyciela, na którą nie miał żadnego wpływu ubezpieczony, poza kwestią zgłoszenia się w wyznaczonym terminie. Po drugie, zwrot kosztów uwarunkowany był obowiązkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Termin ten był bardzo krótki, szczególnie jeżeli weźmiemy pod uwagę, że zdarzeniem losowym uniemożliwiającym kontakt z centrum operacyjnym mógł być wypadek, zachorowanie lub inne zdarzenie skutkujące dłuższą niezdolnością do poruszania się lub koniecznością pobytu w szpitalu lub innej placówce medycznej. W takich sytuacjach oczywistym była niemożność skontaktowania się przez ubezpieczonego (jego małżonka lub dziecko) z ubezpieczycielem, a skutki tego były daleko idące dla niego, gdyż brak zgłoszenia się ubezpieczonego w wyznaczonym terminie mógł skutkować odmową zwrotu kosztów poniesionych przez niego, a do poniesienia których zobowiązany był – stosownie do umowy – ubezpieczyciel. Od wyłącznej decyzji ubezpieczyciela zależało, czy zwróci on takie koszty, czy odmówi ich zwrotu. Po trzecie, klauzula ta zawierała nieostre i niejednoznaczne zapisy, a więc nawet w sytuacji, gdyby uznać, że określała świadczenie główne ubezpieczyciela (co nie mogło mieć miejsca, gdyż dotyczyło jedynie warunków, w jakich miały być zrefundowane ewentualne koszty ubezpieczonemu, a nie określało samego świadczenia), to i tak nie zachodziło wyłączenie badania abuzywności postanowienia umownego. Klauzula ta stanowiła bowiem niedozwolone postanowienie umowne również w rozumieniu art. 385³ pkt 9 k.c. W postanowieniu tym nie sprecyzowano w żaden sposób okoliczności, w których koszty zwracane są w całości, a kiedy tylko w części. Wskazano w nim jedynie, że ubezpieczyciel może zwrócić całość lub część

kosztów, zaś nie było mowy o tym, co decydować ma czy te koszty są zwracane w całości czy w części, a jeżeli w części, to w jakiej. Uznać więc należało, że decyzję w tym przedmiocie podejmował wyłącznie ubezpieczyciel, który sam decydował, bez oparcia o jakieś obiektywne kryteria, w jakiej części (i czy w ogóle) zrefunduje ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty. Poza tym, postanowienie to nie zawierało informacji, jakie dokumenty musi uzyskać ubezpieczony, aby starać się o zwrot tych kosztów. W takiej sytuacji, to centrum operacyjne assistance ubezpieczyciela informowało *post factum* ubezpieczonego, jakie dokumenty są wymagane i decydowało o akceptacji wniosku i załączonych do niego dokumentów potwierdzających poniesione koszty. Tak nieprecyzyjne i niejednoznaczne zapisy przedmiotowego postanowienia powodowały, że to ubezpieczyciel posiadał faktyczną możliwość interpretowania umowy (a zwłaszcza tego postanowienia), której może dokonywać z korzyścią dla siebie. I bez znaczenia pozostawało stwierdzenie pozwanego, że postanowienie to jest niejako konsekwencją specyficznych cech umowy ubezpieczenia w zakresie assistance, w ramach której ubezpieczyciel w przypadkach określonych w umowie zobowiązuje się zorganizować i pokryć koszty usług natychmiastowej pomocy na rzecz ubezpieczonego, który w danej sytuacji, w danym czasie takiej pomocy potrzebuje, a kwestionowany zapis przewidywał więc zupełnie dodatkową i nietypową możliwość uzyskania przez ubezpieczonego świadczenia z umowy ubezpieczenia assistance jako świadczenia pieniężnego. Ewentualne „specyficzne cechy umowy ubezpieczenia” nie oznaczają w żaden sposób dowolności w kształtowaniu sytuacji prawnej i ekonomicznej konsumenta, jako słabszej strony stosunku, i faktycznej możliwości dowolnej interpretacji przez ubezpieczyciela postanowień wzorca umowy. Natomiast stwierdzenie, że to, czy ubezpieczony uzyska pokrycie całości czy części kosztów przez niego poniesionych zależy od tego, czy te koszty przewyższają koszty, jakie poniósłby ubezpieczyciel, gdyby to on organizował pomoc assistance, nie znajdowało żadnego uzasadnienia w treści umowy, w tym kwestionowanej klauzuli – nie wynikało z niej, aby wpływ na decyzję ubezpieczyciela miała wysokość kosztów (w szczególności w odniesieniu do hipotetycznych kosztów, jakie miałby ponieść pozwany przy organizacji pomocy). Poza tym, bez znaczenia pozostawało dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, w jaki sposób przedsiębiorca interpretuje dane postanowienie umowne, a więc w jaki sposób *de facto* je wykonuje, gdyż jest to jedynie kwestia praktyki, a abstrakcyjna kontrola wzorca umowy odbywa się w oderwaniu od faktycznej praktyki. Ani kwestionowana klauzula, ani pozostałe postanowienia o.w.u. nie określały żadnych kryteriów, jakimi miałby kierować się ubezpieczyciel przy podejmowaniu decyzji w tym przedmiocie. Oznaczało to, że kryteria te ustalał ubezpieczyciel i nie były one

znane ubezpieczonemu. Natomiast podnoszona przez pozwanego okoliczność, że termin 5 dni, o jakim mowa w tej klauzuli, wynika ze specyfiki ubezpieczenia natychmiastowej pomocy assistance, której roszczenia powinny być szybko zgłaszane i realizowane, nie miała żadnego uzasadnienia przynajmniej z dwóch powodów. Przede wszystkim, specyfika ubezpieczenia nie może mieć decydującego wpływu na prawa i obowiązki konsumenta, a w szczególności nie może pozbawiać go uprawnień umownych. Poza tym, przedmiotowa klauzula dotyczyła sytuacji, w której ubezpieczony poniósł już koszty realizując pomoc we własnym zakresie, zaś ubezpieczyciel miałby je jedynie zrefundować, a więc bez znaczenia z punktu widzenia świadczenia pomocy pozostawał termin refundacji tychże kosztów. Wobec powyższego przedmiotowe postanowienie należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów, a w konsekwencji za niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2012 r. (sygn. akt VI ACa 1472/11) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie Sąd I instancji zasadnie uznał to postanowienie za abuzwyne. Postanowienie to było sprzeczne z art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c. W zakwestionowanej klauzuli dwukrotnie podkreślono możliwość, nie zaś obowiązek spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela pomimo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Nastąpiło to przez użycie sformułowań „ubezpieczyciel może zwrócić” oraz „w całości lub w części poniesione koszty”. Już sama ta okoliczność przesądzała, że postanowienie to kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, jak również że było sprzeczne z art. 385³ pkt 9 k.c. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie prawidłowo ocenił Sąd I instancji, że rażąco sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interesy konsumenta było określenie 5-dniowego terminu do zgłoszenia się do centrum operacyjnego jako warunku wypłaty świadczenia. Termin ten w żadnym razie nie uwzględniał wielu sytuacji życiowych, powodujących, że w tak krótkim terminie konsument nie będzie w stanie spełnić tego wymagania. Nie pozostawiono również konsumentowi żadnej możliwości powołania się na wyjątkowy przypadek uzasadniający nie dochowanie powyższego terminu. Jego wprowadzenie nie może być tłumaczone specyfiką ubezpieczenia natychmiastowej pomocy assistance. Nie jest to bowiem termin przewidziany jedynie na zgłoszenie zdarzenia i to z uwzględnieniem wykorzystania środków porozumiewania się na odległość. 5-dniowy termin przewidziany został do zgłoszenia się w centrum operacyjnym i to wraz ze wskazaną przez to centrum dokumentacją. Słusznie wskazał Sąd I instancji, że

dokumentacja nie została w żaden sposób z góry określona, a była precyzowana już po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Konsument zatem dopiero po zdarzeniu dowiadywał się, jaką dokumentację ma przedstawić i była ona określana arbitralnie przez pozwanego. Ponadto istniała ewentualność, że po zdarzeniu będzie ona już nieosiągalna dla konsumenta. Wszystkie powyższe czynności musiały przy tym zostać przeprowadzone w terminie 5 dni kalendarzowych pod rygorem odmowy wypłaty świadczenia. W tej sytuacji nie sposób uznać, że zakwestionowana klauzula umowna nie naruszała art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c.

Zdaniem też Sądu Apelacyjnego w Warszawie na ocenę zakwestionowanego postanowienia wzorca umowy nie miał wpływu znaczenia fakt, że możliwość zwrotu kosztów świadczenia assistance medycznego przewidziana została jako możliwość dodatkowa i nietypowa. Za taką opcję ubezpieczyciel pobierał składkę. Taka dodatkowa możliwość niewątpliwie stanowiła element wpływających na podjęcie przez konsumenta decyzji co do zawarcia umowy ubezpieczenia. Nie powinna ona zatem rażąco naruszać praw konsumenta, niezależnie od swojego nadzwyczajnego charakteru. Do takiego naruszenia niewątpliwie dochodziło, gdy okazywało się, że oferowana opcja nie gwarantowała ubezpieczonemu w istocie żadnych uprawnień.

Klauzula nr 3459

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 19 września 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 145/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

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

Postanowienie to w dniu 1 sierpnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3459.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 22 k.c. Zachowanie ekwiwalentności należy do dobrych obyczajów, a w przypadku umów ubezpieczenia należy ją interpretować w ten sposób, że wysokość składki uiszczanej przez ubezpieczającego powinna odpowiadać czasowi i zakresowi odpowiedzialności

ubezpieczyciela. Tymczasem postanowienie to dopuszczało możliwość indeksowania składki ubezpieczeniowej, za którą nie podążała indeksacja sumy ubezpieczenia. Prowadziło to do powstania sytuacji, w której osoba, po ukończeniu 60 lat wyraża zgodę na indeksację składki, licząc na uzyskanie wyższej sumy ubezpieczenia, uzyska świadczenie odpowiadające wysokości składki przed indeksacją.

Zdaniem pozwanego postanowienie dotyczyło bezpośrednio składki i świadczenia ubezpieczyciela z umowy ubezpieczenia, a więc tych postanowień, które nie są oceniane pod kątem abuzywności, jeśli tylko są transparentne. Stanowisko powoda nie uwzględniało specyficznych cech umowy ubezpieczenia, w szczególności, że ubezpieczyciel świadczy ochronę ubezpieczeniową w zakresie określonego ryzyka, z tytułu czego oblicza i pobiera składkę ubezpieczeniową. W umowie ubezpieczenia na życie wiek ubezpieczonego jest jednym z istotnych czynników branych pod uwagę przy ocenie ryzyka ubezpieczeniowego. W ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym kwestionowany zapis prowadził do ograniczenia opłat z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego i zwiększania wartości polisy. Do czasu ukończenia przez ubezpieczonego 60 roku życia indeksacja składki wraz z podwyższeniem sumy ubezpieczenia miała na celu urealnienie wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia, natomiast po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 roku życia służyła urealnieniu wysokości składki w stosunku do znacząco wzrastającego w tym czasie ryzyka ubezpieczeniowego. Dopuszczalność stosowania indeksacji wynikała wprost z przepisów prawa.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 22 k.c. Dotyczyło wpływu podwyższenia – w wyniku indeksacji – składki regularnej, czyli składki płatnej w terminach i wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na sumę ubezpieczenia i górny limit sumy ubezpieczenia począwszy od rocznicy polisy następującej po osiągnięciu przez ubezpieczonego wieku 60 lat. Klauzula ta nie określała świadczenia głównego. Przede wszystkim nie dotyczyła ona składki ubezpieczeniowej, ale kwestii braku podwyższenia sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia pomimo podwyższenia składki ubezpieczeniowej poprzez działanie instrumentu indeksacji. Natomiast jak wynikało z o.w.u., suma ubezpieczenia jest to suma pieniężna określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela, zaś górny limit sumy ubezpieczenia jest to maksymalna suma ubezpieczenia, obliczona przy uwzględnieniu wysokości i częstotliwości płatności składki regularnej, wieku, płci ubezpieczonego, zakresu

ochrony, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określoną w umowie. Jednocześnie z art. 824 § 1 k.c. wynika, że jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia ustalona w umowie stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Suma ubezpieczenia nie jest więc identyczna z wartością ubezpieczeniową. Suma ubezpieczenia jest to kwota pieniężna, na którą zawarto ubezpieczenie. Stanowi ona górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela i jest podstawą do obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Suma ta nie musi być więc równa wartości ubezpieczeniowej, może być od niej niższa, ale nie powinna jej przewyższać. W razie nastąpienia wypadku ubezpieczeniowego zakład ubezpieczeń jest obowiązany wypłacić odszkodowanie, a nie sumę ubezpieczenia. Odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia majątkowego nie może być wyższe od poniesionej szkody.

Zdaniem SOKiK z powyższego wynika, że suma ubezpieczenia z jednej strony stanowiła górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela, z drugiej zaś jest podstawą do obliczenia składki należnej zakładowi z tytułu umowy ubezpieczenia. Z o.w.u. wynikało również, że w tym przypadku suma ubezpieczenia stanowiła również podstawę ustalenia wysokości świadczenia pieniężnego. Była ona zazwyczaj deklarowana przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Nie było to więc pojęcie równoznaczne ze świadczeniem ubezpieczyciela, gdyż suma ubezpieczenia wyznaczała maksymalny poziom tego świadczenia lub stwarzała podstawę do ustalenia takiego świadczenia (w o.w.u. zostało rozbite to na dwa pojęcia, o jakich mowa w przedmiotowej klauzuli). Natomiast świadczenie ubezpieczyciela stanowiło określoną sumę pieniężną i było każdorazowo ustalone w sytuacji zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, a suma ubezpieczenia miała na nie o tyle wpływ, że świadczenie ubezpieczyciela nie mogło jej przewyższać. W tym przypadku odnosiło się to do górnego limitu sumy ubezpieczenia, zaś sama suma ubezpieczenia stwarzała jedynie podstawę określenia świadczenia pozwanego. Były to jednak pojęcia odrębne, których nie można ze sobą utożsamiać. Faktem jest, że dopuszczalność stosowania indeksacji wynika z art. 12a pkt 8 i art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Zgodnie z tymi przepisami, ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności metodę i sposób indeksacji składek, jeżeli ogólne warunki ubezpieczenia indeksację przewidują. Zakład ubezpieczeń może dokonywać indeksacji składki ubezpieczeniowej oraz innych opłat pobieranych od ubezpieczającego lub należnych ubezpieczającemu z tytułu zawartej umowy, pod warunkiem przedstawienia w umowie

ubezpieczenia metod i terminów, według których dokonuje się indeksacji. Jednak okoliczność, że przepisy prawa nie zawierają zapisu określającego wprost wpływ indeksacji składki ubezpieczeniowej na indeksację sumy ubezpieczenia (jej górnego limitu), nie oznacza *a limine* braku abuzywności przedmiotowej klauzuli. To, że umowa ubezpieczenia nie ma charakteru ekwiwalentnego to jednak wysokość składki uiszczanej przez ubezpieczającego powinna odpowiadać czasowi i zakresowi odpowiedzialności ubezpieczyciela i tak zresztą jest ustalana przez ubezpieczycieli, którzy ustalając składkę biorą pod uwagę m.in. te okoliczności. Sam pozwany wskazał, że ubezpieczyciel świadczy ochronę ubezpieczeniową w zakresie określonego ryzyka, z tytułu czego oblicza i pobiera składkę ubezpieczeniową uwzględniającą wyniki oceny tego ryzyka ubezpieczeniowego. Również bezsporne jest, że wraz z wiekiem osoby fizycznej sukcesywnie wzrasta ryzyko zgonu. Jak wyjaśnił pozwany, do czasu ukończenia przez ubezpieczonego 60 roku życia indeksacja składki następująca jednocześnie z podwyższeniem sumy ubezpieczenia ma na celu przede wszystkim urealnienie wysokości świadczeń z umowy ubezpieczenia, natomiast po ukończeniu tego wieku przez ubezpieczonego służy urealnieniu wysokości składki w stosunku do znacząco wzrastającego w tym czasie ryzyka ubezpieczeniowego, wpływając jednocześnie na wartość polisy. Jednak w ten sposób, bez zmiany umowy i informowania o tym klienta, ubezpieczyciel dokonywał podwyższenia składki (co samo w sobie jest dozwolone), lecz bez zmiany sumy ubezpieczenia i jej górnego limitu, a więc *de facto* zwiększał w taki sposób obciążenie finansowe konsumenta, bez zapewnienia mu jakiegokolwiek rekompensaty. Pomimo zwiększania się wraz z wiekiem ryzyka zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, nie oznaczało to wcale, że zdarzenie takie nastąpi, gdyż – jak była o tym mowa – umowa ubezpieczenia ma charakter losowy. Osoba, która ukończyła 60 lat i wyrażała zgodę na indeksację składki, licząc na uzyskanie wyższej sumy ubezpieczenia, uzyskiwała jednak świadczenie odpowiadające wysokości składki przed indeksacją, pomimo podwyższenia składki. Mamy więc tu do czynienia z zachwianiem równowagi kontraktowej, gdyż ubezpieczyciel, będący silniejszą stroną stosunku ubezpieczeniowego, wykorzystał swoją pozycję zawierając w umowie ubezpieczenia zapis, który narusza uzasadniony (w szczególności ekonomiczny) interes konsumenta.

Słusznie więc strona powodowa podniosła, że klauzula ta spełniała wymóg określony w art. 385³ pkt 22 k.c., który za niedozwolone uznaje postanowienie przewidujące obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta. Przede wszystkim jednak postanowienie to

było sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów, a w konsekwencji było niedozwolonym postanowieniem umownym – jako sprzecznym z art. 385¹ § 1 k.c. I nie miało uzasadnienia stwierdzenie pozwanego, że w ubezpieczeniu „Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne”, które było ubezpieczeniem na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stosownie do o.w.u. tego produktu kwestionowany zapis prowadził do ograniczenia opłat z tytułu ryzyka ubezpieczeniowego (składki w rozumieniu przepisu art. 805 k.c.) i zwiększania wartości polisy. Stosownie bowiem do treści o.w.u., wartość polisy oznaczała kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki regularne, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa. To, że wartość polisy zwiększała się wraz ze wzrostem wartości jednostek uczestnictwa (i w drugą stronę – malała wraz ze spadkiem wartości tych jednostek), stanowiło wyłącznie ustaloną konstrukcję funkcjonowania umowy ubezpieczenia, ale nie dotyczyło kwestii indeksacji sumy ubezpieczenia, czy jej górnego limitu. Wobec powyższego, przedmiotowe postanowienie należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów, a w konsekwencji za niedozwolone postanowienie umowne – jako sprzeczne z art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 22 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2012 r. (sygn. akt VI ACA 1472/11) oddalił apelację pozwanego. Wprawdzie Sąd I instancji błędnie przytoczył w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku art. 824 k.c., który rzeczywiście dotyczy ubezpieczeń majątkowych, to uchybienie to nie miało żadnego wpływu na rozstrzygnięcie. W o.w.u. zdefiniowano sumę ubezpieczenia jako sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela. Określono także górny limit sumy ubezpieczenia, definiując go jako maksymalną sumę ubezpieczenia, obliczoną przy uwzględnieniu wysokości i częstotliwości płatności składki regularnej, wieku, płci, ubezpieczonego, zakresu ochrony, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określoną w umowie. W ten sposób sam ubezpieczyciel powiązał proces indeksacji z wysokością sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia. Nadał również tym pojęciom treść uzasadniającą przyjęcie, że nie stanowią one głównych świadczeń stron, ale określają granicę odpowiedzialności skarżącego. Nie było również istotne dla rozstrzygnięcia, czy ubezpieczyciel może indeksować składkę bez powiadamiania o tym konsumenta. Istota problemu tkwiła bowiem w tym, że dokonanie tej indeksacji nie powodowało podwyższenia

sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia w przypadku konsumenta, który ukończył 60 lat, zwiększając obciążenie finansowe konsumenta i nie zapewniając w zamian żadnego ekwiwalentu. Wzrastało zatem zobowiązanie ubezpieczonego, a malał zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Było to tym bardziej istotne, że indeksacja dotyczyła tych klientów, których już łączyła z ubezpieczycielem umowa ubezpieczenia. Uiszczali oni przez pewien czas składki, inwestując w ochronę ubezpieczeniową i uiszczali je w coraz większym rozmiarze, a w zamian ochrona ta była słabsza. Trafnie zatem uznał Sąd I instancji, że dochodziło wówczas do zachwiania równowagi kontraktowej, a sama sporna klauzula wypełniała przesłanki określone w art. 385³ pkt 22.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie na ocenę zakwestionowanego postanowienia wzorca umowy nie miał również wpływu fakt dopuszczalności stosowania indeksacji na podstawie art. 12a pkt 8 i art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Przepis ten bowiem jedynie odsyła do ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie metody i sposobu indeksacji składek. Nie oznacza to jednak, że zastosowana metoda czy sposób zgodne będą z art. 385¹ k.c.

Klauzula nr 3460

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 19 września 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 145/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

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

Postanowienie to w dniu 1 sierpnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3460.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 21 k.c. Uzależniało spełnienie świadczenia przez ubezpieczyciela od zajścia warunku, którego spełnienie było obiektywnie uciążliwe dla ubezpieczonego, a nawet niemożliwe. Warunek ten był jednocześnie niezależny od ubezpieczonego, gdyż wymagał złożenia przez instytucję dokonującą transfuzji krwi oświadczenia, w którym uznawała swoją odpowiedzialność za

zakażenie, a więc oświadczenia o przyznaniu faktu wyrządzenia ubezpieczonemu szkody na jego osobie. Niezależnie od tego, że postanowienie to nie precyzowało formy tego oświadczenia, to złożenie takiego oświadczenia mogło stanowić przyznanie się do naruszenia procedur medycznych oraz prawa karnego, z czym wiązały się określone skutki prawne. W tym przypadku jedynym sposobem stwierdzenia tej odpowiedzialności było wyłącznie uzyskanie prawomocnego wyroku sądowego.

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 21 k.c. Postanowienie to odnosiło się do definicji Zakażenia Wirusem HIV/Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) i określało warunki, jakie muszą być spełnione, aby ubezpieczyciel uznał zasadność świadczenia. Klauzula ta nie określała więc głównego świadczenia strony, a jedynie warunki dla uznania odpowiedzialności ubezpieczyciela. Jednym z takich warunków była okoliczność, że instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność. Nie znajduje tu zatem zastosowania art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. W związku z tym trzeba zwrócić uwagę na art. 385³ pkt 21 k.c., zgodnie z którym postanowieniem niedozwolonym jest zapis uzależniający odpowiedzialność kontrahenta konsumenta od m.in. spełnienia przez konsumenta nadmiernie uciążliwych formalności. Kwestionowane postanowienie o.w.u. było właśnie takim postanowieniem, gdyż uzależniało spełnienie świadczenia ubezpieczyciela od spełnienia warunku, którego spełnienie było obiektywnie uciążliwe dla ubezpieczonego, a nawet niemożliwe do spełnienia. Warunek ten był całkowicie niezależny od ubezpieczonego, a wymagał złożenia przez instytucję dokonującą transfuzji krwi oświadczenia, w którym

uznaje ona swoją odpowiedzialność za zakażenie, a więc *de facto* oświadczenia o przyznaniu faktu wyrządzenia ubezpieczonemu szkody na jego osobie. Innymi słowy, stosowna instytucja miała złożyć oświadczenie, w którym przyznaje się do naruszenia procedur medycznych, ale przede wszystkim naraża się na odpowiedzialność przewidzianą w prawie karnym. Nie może więc ulegać wątpliwości, że złożenie takiego oświadczenia nie leżało w interesie instytucji dokonującej transfuzji krwi, a to z dwóch powodów: po pierwsze – narażało ją na odpowiedzialność odszkodowawczą (cywilną), po drugie – narażało ją również na odpowiedzialność karną. Taką sytuację trudno jest sobie wyobrazić, a więc już w tym momencie mieliśmy do czynienia z nadmiernie uciążliwą formalnością. Tak naprawdę, w odniesieniu do tej konkretnej sytuacji, jedynym sposobem stwierdzenia odpowiedzialności tej instytucji było postępowanie sądowe i uzyskanie prawomocnego wyroku w tym przedmiocie. Dopiero wówczas ubezpieczyciel – zgodnie z zapisem tego postanowienia – będzie zobowiązany do przyjęcia swojej odpowiedzialności. Przedmiotowe postanowienie nie precyzowało również w żaden sposób formy tego oświadczenia, a więc czy miała być to forma ustna, telefoniczna, pisemna, notarialna itd. Zatem pomijając nawet wcześniejsze wywody, to nawet w sytuacji złożenia stosownego oświadczenia przez instytucję, od decyzji ubezpieczyciela zależało, czy – przykładowo – ustne przyznanie się instytucji do zaistniałego zdarzenia uzna za wystarczające czy nie. Również z tej przyczyny nie miałyby zastosowania art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c., nawet gdyby uznać, że klauzula ta określała główne świadczenie stron (co nie miało uzasadnienia, jak wskazano powyżej).

Reasumując, postanowienie w takim brzmieniu wyłączało lub ograniczało odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, uzależniając ją od stanowiska podmiotu trzeciego w przedmiocie dobrowolnego uznania jego odpowiedzialności za szkodę na osobie. Było więc ono sprzeczne z art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 21 k.c.

Klauzula nr 3461

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 19 września 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 145/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

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

Postanowienie to w dniu 1 sierpnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3461.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Postanowienie wprowadzało możliwość ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób zbyt daleko idący. Pojedyncze zdarzenie może być podstawą do wypłaty jednego świadczenia, jednakże takie ograniczenie powinno być sformułowane w sposób jednoznaczny, a nadto powinno być uzupełnione dodatkowym zapisem, że nie jest dopuszczalne zawarcie kolejnych umów w zakresie tego ryzyka. Mimo regularnego opłacania składek wynikających z kilku zawartych umów, ubezpieczony otrzyma wyłącznie jedno świadczenie z umowy zawartej najwcześniej, a zatem brak jest ekwiwalentności we wzajemnych świadczeniach stron. Konsument opłacający składki ubezpieczeniowe na podstawie więcej niż jednej umowy ma prawo oczekiwać, że w przypadku zaistnienia okoliczności przewidzianych w tych umowach uzyska od ubezpieczyciela świadczenia (odszkodowania) określone w tych umowach, których wysokość powinna odpowiadać czasowi i zakresowi ubezpieczenia oraz wysokości wpłacanych składek. Jednakże ubezpieczyciel wprowadził zastrzeżenie, że niezależnie od liczby zawartych umów, ubezpieczony otrzyma wyłącznie jedno świadczenie.

Powód wskazał, że postanowienie to było spójne z postanowieniem ust. 9 tego samego paragrafu. Konstrukcja tego produktu ubezpieczeniowego zakłada możliwość zawarcia tylko jednej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego. Nie jest uzasadnione twierdzenie, że postanowienie to było krzywdzące dla ubezpieczonego, gdyż pozbawiało go części świadczenia, jaką mógłby uzyskać na podstawie umowy z najwyższą sumą ubezpieczenia, co wynikało z treści wzorca.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 22 k.c. Klauzula ta przewidywała sytuację, w której na rzecz ubezpieczonego zawarta została i w tym samym czasie obowiązuje więcej niż jedna umowa ubezpieczenia – wówczas ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność i

wypłacał świadczenie wyłącznie na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej najwcześniej, z zastrzeżeniem ust. 12, zaś odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pozostałych umów ubezpieczenia zawartych na rzecz ubezpieczonego była wyłączona. Nie ma tu zastosowania art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c., gdyż postanowienie to nie określało w żaden sposób głównego świadczenia strony pozwanej, a wyłączało jego odpowiedzialność (zwalniało z obowiązku zapłaty) z tytułu kolejnych umów w sytuacji, gdy zawarta została więcej niż jedna umowa.

Jak wynikało z o.w.u., ubezpieczony mógł być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko na podstawie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tych o.w.u. Zgodzić się więc należało ze stroną pozwaną, że konstrukcja tego produktu ubezpieczeniowego zakładała możliwość zawarcia tylko jednej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego. Jak wyjaśniła strona pozwana tego rodzaju konstrukcja wynikała stąd, że multiplikacja umów ubezpieczenia zawartych na rachunek tego samego ubezpieczonego powodowałaby skutek równoznaczny z zawarciem umowy ubezpieczenia z rażąco wysoką sumą ubezpieczenia (będącą sumą sum ubezpieczenia z poszczególnych umów ubezpieczenia), podczas gdy ubezpieczyciel szacował ryzyko ubezpieczeniowe tylko dla niższej sumy ubezpieczenia występującej w jednostkowych umowach ubezpieczenia. W ocenie SOKiK tego rodzaju okoliczność była bez znaczenia. Co prawda, o.w.u. zawierały zapis o objęciu ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na podstawie jednej umowy ubezpieczenia, nie wyłączało to jednak możliwości zawarcia kilku takich umów, a jeżeli do tego doszło, pobierana była od konsumenta składka ubezpieczeniowa od każdej z zawartych umów i nie można uznać, aby kolejne umowy były nieważne. Z treści o.w.u. nie wynikało, aby składka była pobierana od jednej umowy, a wręcz przeciwnie – mowa była o tym, że z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany był do opłacenia składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Zatem pomimo regularnego opłacania składek wynikających z kilku zawartych umów, jeżeli oczywiście faktycznie tych kilka umów zostało zawartych, ubezpieczony – zgodnie z zapisem przedmiotowej klauzuli – otrzymać miał wyłącznie jedno świadczenie z umowy zawartej najwcześniej, a zatem widoczny był brak ekwiwalentności we wzajemnych świadczeniach stron i nie miało tu znaczenia, że umowa ubezpieczenia nie jest umową ekwiwalentną w powyższym rozumieniu. Tak naprawdę klauzula ta przewidywała obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania zobowiązania przez jego kontrahenta, w wyniku czego była klauzulą niedozwoloną w rozumieniu art. 385³ pkt 22 k.c. Konsument opłacający składki ubezpieczeniowe na podstawie więcej niż jednej umowy miał prawo oczekiwać, że w

przypadku zaistnienia okoliczności przewidzianych w tych umowach uzyska od ubezpieczyciela świadczenia (odszkodowania) określone w tych umowach, których wysokość powinna odpowiadać czasowi i zakresowi ubezpieczenia oraz wysokości wpłacanych składek. Jednakże ubezpieczyciel – będący autorem wzorca umowy – wprowadził tu zastrzeżenie, że niezależnie od liczby zawartych umów, ubezpieczony otrzyma wyłącznie jedno świadczenie. I bez znaczenia pozostawała tu konstrukcja tego produktu ubezpieczeniowego, gdyż jeżeli pozwany zawarłby z konsumentem kilka umów ubezpieczenia dotyczących tego samego zdarzenia i pobierałby z tego tytułu składki ubezpieczeniowe, to jest zobowiązany do spełnienia świadczenia wzajemnego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

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

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

Klauzula nr 3462

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 19 września 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 145/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

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

Postanowienie to w dniu 1 sierpnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3462.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Wprowadzało możliwość ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób zbyt daleko idący oraz umożliwiało ubezpieczycielowi dokonywanie dowolnej, korzystnej dla niego interpretacji treści umowy i wzorca umowy w przypadku, gdy czas jej obowiązywania kończył się po przekroczeniu przez ubezpieczonego wieku 70 lat. W takim przypadku konsument miał do czynienia z wiążącym go zapisem umowy, na podstawie którego, w przypadku zaistnienia przesłanki warunkującej odpowiedzialność ubezpieczyciela, powinien otrzymać od niego świadczenie określone w umowie. Jednocześnie ubezpieczony – mimo zapłaty pełnej składki ubezpieczeniowej – korzystał z ochrony ubezpieczeniowej jedynie do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez niego 70 lat. Nawet gdyby w umowie podano nieprawdziwą lub omyłkową datę urodzin ubezpieczonego, to i tak należało mieć na uwadze treść art. 834 k.c.

W ocenie pozwanego nie można też mówić o dowolnej, korzystnej dla ubezpieczyciela wykładni, treść postanowienia nie wywoływała wątpliwości. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończyła się najpóźniej w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 70 roku życia. Była to samodzielna podstawa ustania odpowiedzialności ubezpieczyciela, niezależna od innych przypadków określonych w umowie ubezpieczenia. Zakwestionowane postanowienie definiowało zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej ubezpieczonemu, a więc był to zapis dotyczący bezpośrednio świadczenia ubezpieczyciela w postaci udzielania ochrony ubezpieczeniowej i jednocześnie o element konstrukcji produktu ubezpieczeniowego, którego dotyczył, a więc nie podlegał ocenie biorąc pod uwagę kryterium

abuzywności. W ubezpieczeniach na życie wiek ubezpieczonego ma istotne znaczenie dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a ubezpieczyciel może, tworząc produkt ubezpieczeniowy, podjąć decyzję, że danego ryzyka nie obejmuje zakresem ochrony ubezpieczeniowej. Ta umowa ubezpieczenia zawierana jest jako kontynuacja ubezpieczenia grupowego, którego cechami charakterystycznymi są prostota obejmująca również uproszczone zasady kalkulacji składki odpowiadającej stałemu dla całej grupy osób ubezpieczonych zakresowi ochrony. Standardowo w przypadku ubezpieczeń indywidualnych osoby w podobnym wieku nie są obejmowane ochroną ubezpieczeniową, a objęcie ich taką ochroną wymagałoby zapłaty odpowiednio wysokiej składki. Kwestionowany zapis nie wykluczał odmiennego uregulowania kwestii wieku ubezpieczonego, na rzecz którego ma być świadczona ochrona ubezpieczeniowa w danej umowie ubezpieczenia zawartej na rachunek tego ubezpieczonego. Nieuzasadniony był też zarzut, że ubezpieczony korzystał z ochrony ubezpieczeniowej jedynie do ukończenia przez niego 70 roku życia mimo opłacenia pełnej składki ubezpieczeniowej.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 22 k.c. Postanowienie to nie określało świadczenia głównego i podlegało ocenie pod kątem abuzywności. Zdaniem SOKiK bez znaczenia pozostawała okoliczność, że w ubezpieczeniach na życie wiek ubezpieczonego ma istotne znaczenie dla oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a ubezpieczyciel może, tworząc produkt ubezpieczeniowy, podjąć decyzję że danego ryzyka, w tym wystąpienia poważnego zachorowania u osób w pewnym wieku, nie obejmuje zakresem ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczyciel ma prawo odmówić zawarcia umowy z osobami, w stosunku do których ryzyko wystąpienia zdarzenia powodującego wypłatę świadczenia pieniężnego będzie na tyle wysokie, że tracie sens prowadzenie działalności ubezpieczeniowej. Może również ustalić składkę ubezpieczeniową na określonym, satysfakcjonującym go poziomie. Swoimi działaniami nie może jednak naruszać prawa konsumentckiego, a w szczególności stosować przepisów, które kształtują prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy, w tym ekonomiczne i finansowe. Takim właśnie niedozwolonym postanowienie była zakwestionowana klauzula. Skonstruowana została w ten sposób, że odpowiedzialność ubezpieczyciela kończyła się w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego określonego wieku (70 lat). Bez znaczenia pozostawała okoliczność, że na podstawie o.w.u. umowa ubezpieczenia zawierana była jako kontynuacja ubezpieczenia grupowego, którego cechami charakterystycznymi jest prostota, obejmująca również

uproszczone zasady kalkulacji składki odpowiadającej stałemu dla całej grupy osób ubezpieczonych zakresowi ochrony. Jest to kwestia spoczywająca po stronie ubezpieczyciela, w jaki sposób kalkuluje składkę i nie ma najmniejszego wpływu na ustalenie abuzywności klauzul umownych. Istotne jest zaś to, że odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie niektórych ryzyk wygasła w trakcie trwania umowy ubezpieczenia grupowego i w jaki sposób kwestia ta była uregulowana, gdyż tego dotyczyła przedmiotowa klauzula. Oczywistym jest, że wraz z wiekiem rozmiar pewnych ryzyk objętych ochroną, szczególnie ryzyka zgonu ubezpieczonego, znacząco wzrasta. Nie uzasadnia to jednak takiego zapisu, jaki został zawarty w zakwestionowanym postanowieniu. Jak bowiem wynika z o.w.u., umowa ubezpieczenia zawierana była na okres jednego roku. Generalnie odpowiedzialność ubezpieczyciela kończyła się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, zaś ta klauzula zawierała zapis o innym zakończeniu tej odpowiedzialności. Jednocześnie trzeba zwrócić uwagę, że w o.w.u. zawarto zapisy, w świetle których z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający obowiązany był do opłacenia składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Składka mogła być opłacana miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego, z zastrzeżeniem, że w przypadku wyboru miesięcznej częstotliwości opłacania składek ubezpieczający zobowiązany był do zapłacenia pierwszej składki za 3 miesiące. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest we wniosku. Możliwa była więc sytuacja, w której ubezpieczyciel pobierze składkę ubezpieczeniową za cały rok z góry, a więc za cały okres trwania umowy, bo taki będzie wybór ubezpieczonego, zaś ochrona ubezpieczeniowa ustanie w dacie osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 70 lat. W takiej sytuacji, ubezpieczony korzystał z ochrony ubezpieczeniowej jedynie do ukończenia przez niego 70 roku życia pomimo opłacenia pełnej składki ubezpieczeniowej. Nie znajdowało więc żadnego uzasadnienia stwierdzenie pozwanego, że składka pobierana z tytułu umowy ubezpieczenia uwzględniała w każdym przypadku datę końcową udzielania tej ochrony, gdyż nie wynikało to w żaden sposób z treści wzorca umowy. To ubezpieczający, a nie pozwany, wybierał okres, za jaki płacił składkę ubezpieczeniową i jedynie niczym nieudowodnionym twierdzeniem strony pozwanej pozostawało (art. 6 k.c.), że ubezpieczyciel nie pobierał składki za okres, w którym nie udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Poza tym, kontrola w niniejszej sprawie miała charakter abstrakcyjny i istotne było, że wzorzec umowy pozwalał pozwanemu na uzyskanie składki pomimo tego, że ochrona ubezpieczeniowa wygasła wcześniej niż upłyne okres, za który mogła ta składka być pobrana. Spełniało to przesłanki przewidziane w art. 385³ pkt 22 k.c. W konsekwencji przedmiotowe postanowienie należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz naruszające rażąco

interesy (w tym ekonomiczne) konsumentów. Było więc one sprzeczne z art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 22 k.c.

Klauzula nr 3463

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 19 września 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 145/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

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

Postanowienie to w dniu 1 sierpnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3463.

W ocenie powoda - Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Wprowadzało możliwość ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w sposób zbyt daleko idący oraz umożliwiało ubezpieczycielowi dokonywanie dowolnej, korzystnej dla niego interpretacji treści umowy i wzorca umowy w przypadku, gdy czas jej obowiązywania kończył się po przekroczeniu przez ubezpieczonego wieku 65 lat. W takim przypadku konsument miał do czynienia z wiążącym go zapisem umowy, na podstawie którego, w przypadku zaistnienia przesłanki warunkującej odpowiedzialność ubezpieczyciela, powinien otrzymać od niego świadczenie określone w umowie. Jednocześnie ubezpieczony – mimo zapłaty pełnej składki ubezpieczeniowej – korzystał z ochrony ubezpieczeniowej jedynie do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez niego 65 lat. Nawet gdyby w umowie podano nieprawdziwą lub omyłkową datę urodzin ubezpieczonego, to i tak należało mieć na uwadze treść art. 834 k.c.

Argumenty pozwanego były tożsame z wywodami prawnymi przedstawionymi przy klauzuli nr 3462.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 22 k.c. Jeżeli chodzi o uzasadnienie

SOKiK o abuzywnym charakterze tego postanowienia o.w.u. to było ono tożsame jak w przypadku klauzuli nr 3462.

Klauzula nr 3507

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 21 października 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1318/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Pojazd nielegalnie wprowadzony na polski obszar celny: (...) wprowadzony do kraju z zachowaniem obowiązku określonego w pkt.1), lecz bez zachowania obowiązku podania w zgłoszeniu celnym lub innym dokumencie danych zgodnych z rzeczywistością albo gdy naruszono ograniczenia w obrocie”.

Postanowienie to zostało w dniu 6 sierpnia 2012 r. wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3507.

Klauzula nr 3523

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 grudnia 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 960/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez D.A.S. Towarzystwo Ubezpieczeń Ochrony Prawnej w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Jeżeli ubezpieczyciel potwierdzi ochronę ubezpieczeniową przynajmniej dla dwóch wypadków ubezpieczeniowych w przeciągu jednego okresu ubezpieczenia albo kolejnych 12 miesięcy, wówczas może w terminie 30 dni od daty potwierdzenia ochrony ubezpieczeniowej rozwiązać umowę ubezpieczenia z zachowaniem 30 dni okresu wypowiedzenia”.

Postanowienie to zostało w dniu 6 sierpnia 2012 r. wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3523.

W ocenie powoda postanowienie to było sprzeczne z art. 812 § 5 k.c. Dwukrotne zajście wypadku ubezpieczeniowego jest sytuacją, w której zachodzi konieczność dwukrotnego wykonania umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela, czego nie można uznać za sytuację nadzwyczajną i ważny powód, uprawniający ubezpieczyciela do

wypowiedzenia umowy. Zdaniem też powoda zakwestionowane postanowienie było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta. Konsument zawierał umowę ubezpieczenia na czas określony a odpowiedzialność ubezpieczyciela limitowana była sumą ubezpieczenia. Na podstawie zakwestionowanego postanowienia mogła mieć miejsce sytuacja, w której pomimo niewyczerpania sumy ubezpieczenia, a nawet wypłaty relatywnie niskiego odszkodowania umowa ubezpieczenia rozwiązywana była przez ubezpieczyciela na skutek wypowiedzenia.

Zdaniem powoda postanowienie to nie naruszało rażąco interesu konsumenta. Warunkiem jego uruchomienia było to, aby ubezpieczony (konsument) uzyskał dwukrotnie uznanie jego roszczeń o świadczenie ubezpieczeniowe. Z uwagi na specyfikę ubezpieczenia ochrony prawnej oferowanego przez ubezpieczyciela taki zapis szanował interes obu stron i wywazał pozycję ubezpieczonego i ubezpieczyciela – konsument miał zagwarantowane co najmniej dwukrotne otrzymanie świadczenia ubezpieczeniowego o znacznej wartości, natomiast ubezpieczyciel zabezpieczony był przed świadczeniem ochrony ubezpieczeniowej ze znaczną stratą. Pozwany wyjaśnił, iż świadczenie spełniane przez niego w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego polegało na pokryciu szeregu kosztów ochrony prawnej – honorarium profesjonalnego pełnomocnika, opłaty sądowe, koszty powołania biegłych, koszty egzekucyjne poręczenie majątkowe itp., a także kosztów drugiej strony w sytuacji procesu przegranego. Cały pakiet zakresu ubezpieczenia to koszt 694 zł, za co konsument miał możliwość otrzymania świadczenia o wartości 60 000 zł. Zdaniem pozwanego nie było możliwe, aby konsument za swoją składkę otrzymał świadczenie o wartości mniejszej. Pozwany wskazał także, że ze względu na specyfikę ubezpieczenia ochrony prawnej zakwestionowana klauzula zabezpieczała go przed skutkami ewentualnego wykonania umowy ze znaczną szkodą. Specyfika przejawiała się w tym, iż uznając roszczenie ubezpieczonego o spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego nie jest możliwe dokładne określenie ostatecznej kwoty odszkodowania, Ostateczne koszty są znane dopiero z chwilą wydania prawomocnego orzeczenia, a w przypadku egzekucji nawet później. Zakwestionowane postanowienie nie mogło być również uznane za naruszające dobre obyczaje. Miało ono zastosowanie dopiero po dwukrotnym uznaniu istnienia ochrony ubezpieczeniowej, co nie mogło o tym świadczyć, że ubezpieczyciel chciał jak najmniejszym kosztem wywiązać się ze swych obowiązków, pozbawiając konsumenta realnej możliwości skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej. Zdaniem pozwanego nie zachodziła taka sytuacja i pomimo zastrzeżenia tej treści postanowienia we wzorcu umownym, to ubezpieczony interes

ubezpieczeniowy konsumenta zaspakajany był w pełni, i to co najmniej dwukrotnie. Pozwany podniósł także, że intencją zakwestionowanego postanowienia nie mogło być unikanie odpowiedzialności przez ubezpieczyciela, albowiem suma ubezpieczenia jest górną granicą odpowiedzialności tylko dla danego jednego zdarzenia. W przypadku każdego kolejnego zdarzenia konsument miał do dyspozycji ponownie pełną wysokość sumy ubezpieczenia. Tymczasem gdyby ubezpieczycielowi zależało na jak najszybszym i najtańszym pozbyciu się szkodowego klienta, wówczas racjonalnym byłoby zastrzeżenie w umowie, iż suma ubezpieczenia każdorazowo ulega pomniejszeniu o wypłacone odszkodowania. Takiej konstrukcji jednak nie było.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowana klauzula była postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

SOKiK wskazał, że w orzecznictwie sądowym wielokrotnie zwracano uwagę na konieczność wyraźnego, precyzyjnego określania w umowie ubezpieczenia wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. W orzeczeniach tych wskazywano na to, że po zawarciu umowy ubezpieczenia na określonych warunkach ubezpieczający nie powinien być narażony na odmowę naprawienia szkody przez ubezpieczyciela w oparciu o swobodną interpretację postanowień umownych ustalających różne kwestie związane z zakresem przyznanej ochrony. W szczególności dotyczy to interpretacji wyraźnie niesprecyzowanego znaczenia poszczególnych terminów. Wskazano również na wymóg między innymi wyraźnego formułowania postanowień wyłączających odpowiedzialność.

W świetle art. 815 § 5 k.c. wypowiedzenie przez ubezpieczyciela umowy zawartej na czas określony może nastąpić jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, a także z ważnych powodów określonych w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia. Treść powołanego przepisu uzasadnia wnioski, że ubezpieczyciel może korzystać z prawa do wypowiedzenia stosunków prawnych ubezpieczenia tylko w wypadkach wyjątkowych. Dlatego też nie jest wystarczające posługiwanie się w o.w.u. ogólnymi stwierdzeniami, że umowa może być wypowiedziana z ważnych powodów. Konieczne jest wskazanie i to w sposób możliwie precyzyjny przyczyny wypowiedzenia. Za takim rozumieniem przemawia treść art. 812 § 5 k.c. Mowa jest w nim o ważnych powodach określonych w umowie lub o.w.u. Ważne powody powinny być wobec tego w precyzyjny sposób określone w o.w.u. tak, aby możliwa była abstrakcyjna ocena, czy istotnie są one ważne oraz ustalenie, czy konkretne stany faktyczne mieszczą się w ich zakresie. Sformułowanie zakwestionowanego postanowienia o.w.u. tych wymagań nie spełniało. Odwoływało się bowiem w swej treści

bardzo ogólnie do bliżej niesprecyzowanych okoliczności zaistnienia co najmniej dwóch wypadków ubezpieczeniowych w okresie jednego okresu ubezpieczenia i przyznawało prawo do ich oceny tylko jednej stronie, tj. ubezpieczycielowi, że zaistniały ważne powody do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Z tych względów zakwestionowane postanowienie należało ocenić jako sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszające interesy konsumentów.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 16 grudnia 2011 r. (sygn. akt VI ACA 1269/11) oddalił apelację pozwanego. Sąd odwoławczy podzielił ocenę sądu I instancji, iż przedmiotowe postanowienie było postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Sąd Apelacyjny w Warszawie zaprezentował też stanowisko, że wypłata odszkodowania nie może stanowić ważnego powodu do wypowiedzenia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia.

Klauzula nr 3524

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 grudnia 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 960/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez D.A.S. Towarzystwo Ubezpieczeń Ochrony Prawnej w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Składka ubezpieczeniowa nie podlega zwrotowi, jeżeli w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zaistniał wypadek ubezpieczeniowy, na podstawie którego ubezpieczyciel spełnił świadczenie ubezpieczeniowe lub był zobowiązany do jego spełnienia”.

Postanowienie to zostało w dniu 6 sierpnia 2012 r. wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3524.

W ocenie powoda postanowienie to było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta, albowiem uprawniało ubezpieczyciela do odmówienia ubezpieczającemu zwrotu składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej nawet w sytuacji, gdy wypłacone przez ubezpieczyciela świadczenie było bardzo niskie. W skrajnych przypadkach mogła nawet wystąpić sytuacja, w której świadczenie będzie niższe niż składka, którą zgodnie z przepisami prawa ubezpieczyciel byłby zobowiązany zwrócić.

Zdaniem pozwanego postanowienie to nie naruszało w sposób rażący interesów konsumentów oraz nie było sprzeczne z dobrymi obyczajami. W przypadku ubezpieczenia

ochrony prawnej ubezpieczyciel ponosi ryzyko zapłaty kosztów ochrony prawnej, a wypadkiem ubezpieczeniowym jest zdarzenie, które wywołuje powstanie pasywów w majątku ubezpieczonego — zobowiązanie do poniesienia przez ubezpieczonego określonych wydatków związanych z ochroną jego interesów prawnych na drodze prawnej. Świadczenie w postaci ponoszenia ryzyka przez pozwanego spełniane jest więc zawsze, a wypłata odszkodowania następuje tylko w przypadku zajścia wypadku objętego ochroną. Tym samym składka stanowi wynagrodzenie dla ubezpieczyciela za sam fakt ponoszenia ryzyka, które samo w sobie stanowi należyte wykonanie zobowiązania z umowy ubezpieczenia (do czasu jej rozwiązania lub wygaśnięcia). Ponadto zgodnie ze specyfiką ubezpieczenia ochrony prawnej przedmiotem ubezpieczenia nie jest żaden określony substrat majątkowy, lecz określone w umowie kategorie interesów prawnych ubezpieczonego, które mogą spowodować powstanie pasywów w jego majątku, nieznanymi jeszcze w chwili zawarcia umowy, a nawet zgłoszenia wypadku ubezpieczeniowego (przez konieczność poniesienia kosztów ochrony prawnej ubezpieczonych interesów ubezpieczonego). Pozwany powołując się na poglądy doktryny, podniósł, że dopuszczalne jest pozbawienie ubezpieczającego prawa do zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, jeżeli całkowicie zostanie wykorzystana ochrona ubezpieczeniowa, zwłaszcza gdy „unicestwiony zostanie przedmiot ubezpieczenia”. Odnosząc ten pogląd do ubezpieczenia zawartego w zakwestionowanym wzorcu umownym, to ubezpieczyciel uznając roszczenie ubezpieczonego o pokrycie kosztów ochrony prawnej związanych z realizacją jego interesu prawnego (np. pokrycie kosztów procesu o zapłatę odszkodowania przysługującego ubezpieczonemu), a następnie wykonując swoje zobowiązanie pokrywając te koszty, doprowadzał w istocie właśnie do opisanej sytuacji, kiedy przedmiot ochrony (konkretne koszty ochrony prawnej) zostaje unicestwiony. W odniesieniu do danego przedmiotu ubezpieczenia nie było już możliwe dalsze świadczenie ochrony ubezpieczeniowej, ponieważ w majątku ubezpieczonego (konsumenta) nie istniały już wspomniane pasywa z tytułu kosztów ochrony prawnej konkretnych interesów prawnych (przystały istnieć wraz z zakończeniem sprawy sądowej). Działo się tak w przypadku każdego zdarzenia, wobec którego ubezpieczyciel spełniał świadczenie – bez względu czy koszty te konsumowały sumę ubezpieczenia, czy też nie. Ewentualna niższa wysokość spełnionego w świadczenia niż suma ubezpieczenia nie mogła świadczyć o naruszaniu interesu konsumenta – przedmiot ubezpieczenia wskutek pokrycia kosztów został unicestwiony, a koszty te były i tak wyższe niż wartość świadczenia konsumenta. Pozwany podniósł również, że ubezpieczenie ochrony prawnej w doktrynie jest określane jako najbardziej zbliżone w swej istocie do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W świetle zaś art. 41 ust. 2 oraz art. 56

ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych dopuszczalne jest w pewnych przypadkach ograniczenie prawa do zwrotu składki.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niezgodne z art. 385¹ § 1 k.c., sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało interes konsumenta. Postanowienie to stanowiło, że ubezpieczającemu nie przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w sytuacji rozwiązania umowy ubezpieczenia w czasie obowiązywania, w którym zaistniał wypadek ubezpieczeniowy, na podstawie którego ubezpieczyciel spełnił świadczenie ubezpieczeniowe lub był zobowiązany do jego spełnienia. Zdaniem SOKiK postanowienie to naruszało przepis art. 813 § 1 zd. 2 k.c. przez zastosowanie w zakwestionowanym postanowieniu interpretacji niezgodnej z treścią tego bezwzględnie obowiązującego przepisu. Treść tego postanowienia dopuszczała następujące postępowanie ubezpieczyciela w przypadku spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela (nieraz w wysokości niższej niż składka) – ubezpieczyciel rozwiązuje umowę i uzyskuje uprawnienie do zatrzymania składki. Tego rodzaju postępowanie ubezpieczyciela prowadziłoby niewątpliwie do bardzo niekorzystnych skutków dla ubezpieczającego, a poza tym dopuszczenie do możliwości takiej interpretacji art. 813 § 1 k.c. byłoby nie do pogodzenia z *ratio legis* regulacji zawartej w art. 813 § 1 zd. 2 k.c. Art. 813 § 1 zd. 2 k.c. wyraźnie i jasno formułuje zasadę, że po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia przed okresem na jaki została zawarta ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Postanowienie to było postanowieniem niedozwolonym, sprzecznym z dobrymi obyczajami, albowiem ukształtowane w nim prawo ubezpieczyciela zostało nieuczciwie i nierzetelnie, z naruszeniem słuszych interesów konsumentów, rażąco naruszało interesy konsumentów, pozbawiając ich prawa do zwrotu składki.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 16 grudnia 2011 r. (sygn. akt VI ACa 1269/11) oddalił apelację pozwanego. Sąd odwoławczy podzielił ocenę sądu I instancji, iż przedmiotowe postanowienie było postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 3525

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 9 grudnia 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 354/10 uznał za niedozwolone i

zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„W przypadku urządzeń zabezpieczających nie stanowiących fabrycznego wyposażenia pojazdu oraz w odniesieniu do pojazdów zarejestrowanych po raz pierwszy poza RP, z wyjątkiem pojazdów fabrycznie nowych, fakt montażu urządzenia oraz jego sprawność muszą być potwierdzone stosownym pisemnym zaświadczeniem wydanym przez licencjonowaną stację obsługi”.

Postanowienie to w dniu 6 sierpnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3525.

W ocenie powoda postanowienie to było sprzeczne z art. 385¹ § 1 k.c. Nakładało na konsumenta obowiązek ponoszenia nadmiernych kosztów i wysiłku w celu uzyskania zaświadczenia, od którego ubezpieczyciel uzależniał obowiązek wypłaty odszkodowania i to także wtedy, gdy urządzenia zabezpieczające w wymaganej przez o.w.u. liczbie były zamontowane w pojeździe i gdy ubezpieczony działał z należytą starannością i w dobrej wierze. Ponadto postanowienie to stwarzało zbyt dużą dowolność dla ubezpieczyciela w zakresie uznania zaświadczenia za „stosowne”, nie określało kryteriów i nie precyzowało, co rozumieć należy pod pojęciem „licencjonowanej stacji obsługi” działającej za granicą. Zmuszało również konsumenta do ponoszenia niepotrzebnych kosztów i straty czasu.

Zdaniem pozwanego, formułując zawarty w kwestionowanym postanowieniu obowiązek zabezpieczenia przez ubezpieczającego jego pojazdu w sposób tam opisany i posiadania dokumentów potwierdzających ten fakt, działał on w ramach upoważnień ustawowych. Umowa autocasco jest umową dobrowolną, ubezpieczający akceptuje o.w.u., a więc nie można uchylać się od skutków nieobjęcia zakresem ubezpieczenia zdarzenia, w związku z którym dochodzi się odszkodowania w sytuacji, gdy nie dopełniło się obowiązków wynikających z o.w.u. Cechą umowy ubezpieczenia jest brak ekwiwalentności świadczeń, zazwyczaj wartość wypłacanego przez ubezpieczyciela odszkodowania stanowi wielokrotność uiszczonej składki, a więc ekonomicznie uzasadnione jest nakładanie na ubezpieczających dodatkowych obowiązków zmniejszających ryzyko ubezpieczeniowe. Ubezpieczyciel, zmniejszając ryzyko kradzieży, chroni interes zarówno właściciela ubezpieczonego auta, jak i pośrednio interes wszystkich ubezpieczonych. Nadto postanowienie to sprzyjało zwiększeniu bezpieczeństwa obrotu pojazdami. Termin „stosowne zaświadczenie” oznaczało, że ma to być zaświadczenie o montażu urządzenia zabezpieczającego i jego sprawności, a więc wykładnia powoda naruszała art. 65 § 2 k.c.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 9 k.c. Przedmiotowa klauzula zawierała zastrzeżenie dotyczące urządzeń zabezpieczających. Zgodnie z ogólną zasadną zawartą w o.w.u. pod pojęciem urządzenia zabezpieczającego przed kradzieżą rozumiało się niezależny, samodzielny mechaniczny lub elektroniczny system zabezpieczenia przeciwkradzieżowego, posiadający ustaloną klasę skuteczności, który był sprawny i trwale zamontowany przez stację obsługi, posiadającą autoryzację (licencję) producenta danego zabezpieczenia do montażu lub serwisowania zabezpieczeń antykradzieżowych lub stanowiący fabryczne wyposażenie pojazdu. Natomiast kwestionowana klauzula odnosiła się do dwóch sytuacji: 1) gdy urządzenie zabezpieczające nie stanowiło fabrycznego wyposażenia pojazdu, 2) gdy pojazd zarejestrowany został po raz pierwszy poza RP (poza pojazdami fabrycznie nowymi). W tych dwóch sytuacjach ubezpieczyciel wymagał, aby fakt montażu urządzenia oraz jego sprawność były potwierdzone stosownym pisemnym zaświadczeniem wydanym przez licencjonowaną stację obsługi. Pozwany podniósł, że ekonomicznie uzasadnione jest nakładanie na ubezpieczających dodatkowych obowiązków zmniejszających ryzyko ubezpieczeniowe, skoro cechą umowy ubezpieczenia jest brak ekwiwalentności świadczeń, a ubezpieczyciel, zmniejszając ryzyko kradzieży, chroni interes zarówno właściciela ubezpieczonego auta, jak i pośrednio interes wszystkich ubezpieczonych, a nadto sprzyja to zwiększeniu bezpieczeństwa obrotu pojazdami.

Z powyższym należy się w pewnym sensie zgodzić. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zaś ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Oczywistym jest, że składka ubezpieczeniowa zwykle nie stanowi równowartości odszkodowania, chociaż zdarza się, że po zakończeniu stosunku ubezpieczenia świadczenie ubezpieczającego jest równe świadczeniu ubezpieczyciela, a nawet je przewyższa, jak chociażby w sytuacji objęcia umową ubezpieczenia przez okres kilku lat, opłacania w tym okresie składki i braku zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli jednak dochodzi do wypłaty odszkodowania, to zwykle stanowi ono wielokrotność wpłacanej składki. Aby zmniejszyć ryzyko zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel jest uprawniony do nakładania na ubezpieczającego pewnych obowiązków, które mają skutkować obniżeniem ryzyka zaistnienia zdarzenia, a więc w konsekwencji – wypłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela. Z jednej strony chroni to interesy ubezpieczyciela, którego działalność – jako przedsiębiorcy – nastawiona jest na

osiągnięcie zysku, z drugiej zaś strony chroni interesy innych ubezpieczonych, gdyż w przypadku zbyt częstej wypłaty odszkodowań, również w wyniku zaniedbań ubezpieczających, musieliby oni płacić znacznie wyższe składki, co związane byłoby właśnie ze zwiększeniem ryzyka wystąpienia zdarzenia powodującego konieczność wypłaty odszkodowania.

Podkreślić jednak należy, że wszystkie powyższe okoliczności, mające doniosłe znaczenie z punktu widzenia praktycznego, nie mogą niweczyć obowiązków, jakie nakładane są na przedsiębiorców przepisami prawa konsumenckiego, w tym również odnoszącymi się do niedozwolonych postanowień umownych. Oznacza to, że postanowienia we wzorcach umowy nie mogą być sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszać interes konsumenta. Tymczasem przedmiotowe postanowienie zasady te naruszało.

Zgodnie z treścią art. 385³ pkt 9 k.p.c., w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonym postanowieniem umownym jest takie postanowienie, które przyznaje kontrahentowi konsumenta uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. W wyroku z dnia 3 lutego 2006 r. (sygn. akt I CK 297/05, „Wokanda” 2006, nr 7-8, s. 18) Sąd Najwyższy stwierdził, że w art. 385³ k.c. chodzi o ułatwienie sądowi dociekań, czy rozważane *in casu* postanowienie wzorca kontraktowego stanowi postanowienie niedozwolone, to znaczy takie, które kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c.). Lista tych postanowień odpowiada katalogowi typowych klauzul niedozwolonych wskazanych w dyrektywie nr 93/13/WE z dnia 5 kwietnia 1993 r. o nieuczciwych warunkach w umowach konsumenckich. Oznacza to, że użycie w art. 385³ k.c. sformułowania „w razie wątpliwości” nie powoduje, że zapisy tego przepisu nie mogą być brane pod uwagę przy wykładni w art. 385¹ k.c., a więc czy doszło do naruszenia dobrych obyczajów i rażącego naruszenia interesów konsumentów. Zestawienie zawarte w art. 385³ k.c. określa bowiem najjaskrawsze przykłady niedozwolonych postanowień umownych, które o ile nie zawsze (nie w każdym przypadku) muszą być uznane za niedozwolone, to jednak stanowią wytyczne dla określenia abuzywności postanowień umownych.

Widać więc wyraźnie, że ustawodawca uznał – co do zasady – za niedozwolone postanowienie, które nadaje przedsiębiorcy uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Podkreślić należy, że w przypadku umowy użycie sformułowań „w szczególności”, „np.”, „takich jak”, „stosownie” itp. powoduje, że mamy do czynienia z możliwością jej interpretacji. Zgodnie z art. 65 § 2 k.c., w umowach należy raczej badać, jaki

był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Jak podnosi się w orzecznictwie, dyrektywa zawarta w tym przepisie dotyczy tylko wykładni i nie można przy jej wykorzystaniu zmieniać treści umowy. Ogólne warunki ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia zawierające sformułowania niejednoznaczne interpretuje się na korzyść ubezpieczonego. Jednak zgodnie z art. 385 § 2 zd. 3 k.c., zasady tej nie stosuje się w postępowaniu w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Co prawda, przepis ten nie obowiązywał w dacie wniesienia pozwu, jednak pamiętać trzeba, że kontrola wzorca umownego w trybie art. 479³⁶ k.p.c. ma charakter abstrakcyjny i dotyczy wyłącznie treści postanowień zawartych w kwestionowanym wzorcu. Innymi słowy, aby danego postanowienia umownego nie można było uznać za abuzywne, nie może ono pozwalać na interpretację, co z uwagi na treść art. 385³ pkt 9 k.c. oznacza, że postanowienie to musi być sformułowane w sposób jednoznaczny i zrozumiały. Nie jest w tego typu postępowaniach dopuszczalna – co do zasady – interpretacja wzorca umowy, a jak wynika z treści powołanego art. 385³ pkt 9 k.c., ustawodawca wyłączył uprawnienie kontrahentowi konsumenta (przedsiębiorcy) do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Jest to oczywiście uzasadnione, jako że w przypadku postanowień niejednoznacznych przedsiębiorca, który i tak – jako profesjonalista w danej dziedzinie – ma przewagę nad kontrahentem, jeszcze tę przewagę w sposób dowolny mógłby zwiększać.

Tymczasem zakwestionowane postanowienie na taką interpretację stronie pozwanej pozwalało. Uprawnienie to przysługiwało wyłącznie ubezpieczycielowi. Zatem to ubezpieczyciel miał prawo do interpretacji umowy przez określenie, czy dane pisemne zaświadczenie było „stosowne”, a w konsekwencji – odmówić wypłaty odszkodowania. Takiego uprawnienia nie posiadał konsument. To ubezpieczyciel był uprawniony jednostronnie do przyjmowania, że zaświadczenie nie spełniało znamion określonych w przedmiotowej klauzuli. Tak naprawdę konsument nie miał na to ani żadnego wpływu, ani nawet nie wiedział, jakimi kryteriami posługiwać się będzie ubezpieczyciel przy takiej interpretacji. Bez znaczenia pozostawała podnoszona przez pozwanego kwestia interpretacji, że kontekst użycia klauzuli oznaczał, że słowo „stosowne” odnosiło się do okoliczności montażu i sprawności urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą. Po pierwsze, była to interpretacja wyłącznie przedstawiona przez stronę pozwaną, a jak wskazano, nie ma ona znaczenia w przypadku postępowania w przedmiocie uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Abuzywność danej klauzuli rozpatrywana jest w oderwaniu od faktycznego jej

stosowania, a więc chociażby od tego, jak w praktyce rozumiane jest dane postanowienie umowne przez jedną ze stron stosunku umownego. Po drugie, taka interpretacja i tak nie znajdowała uzasadnienia w świetle zapisów o.w.u. Jak wynikało z treści klauzuli, zaświadczenie to miało potwierdzać fakt montażu urządzenia oraz jego sprawność. Gdyby faktycznie chodziło tylko o tę kwestię, jak twierdziła strona pozwana w odpowiedzi na pozew, zbędne byłoby dodanie, że zaświadczenie ma być „stosowne”. Użycie takiego sformułowania zmieniało całkowicie treść przedmiotowego postanowienia, gdyż oznaczało, że nie każde zaświadczenie o fakcie montażu urządzenia oraz jego sprawności, wydane przez licencjonowaną stację obsługi, byłoby uznane przez ubezpieczyciela. Od woli pozwanego zależało określenie, czy dane zawarte w zaświadczeniu uznałby on za stosowne. Pojęcie „stosownego pisemnego zaświadczenia” można odnieść przede wszystkim do jego treści. Jednak użycie sformułowania „stosowne” powodowało, że konsument nie miał możliwości ustalenia treści takiego zaświadczenia tak, aby z całą pewnością była ona wystarczająca dla ubezpieczyciela. Przykładowo, nawet jeżeli zaświadczenie zawierało informację, że system został zamontowany i jest sprawny, to ubezpieczyciel był uprawniony do uznania, że potrzebne są jeszcze dodatkowe informacje związane z montażem i sprawnością urządzenia i uznanie, że zaświadczenie nie było „stosowne”, a więc, że nie spełniało wymogów określonych w tej klauzuli. Poza tym, pojęcie to wcale nie musiało dotyczyć tylko treści zaświadczenia, ale chociażby jego formy. Innymi słowy, przykładowo, ubezpieczyciel mógł uznać, że zaświadczenie wystawione na zwykłej kartce papieru nie spełniało tego wymogu, gdyż nie zostało złożone na druku (formularzu) stacji obsługi, co również mogło stanowić przyczynę odmowy wypłaty odszkodowania. Po trzecie, należało zwrócić uwagę na pojęcie „licencjonowanej stacji obsługi”, użyte w końcowej części klauzuli. W zdaniu poprzedzającym użyte jest pojęcie stacji obsługi, posiadającej autoryzację (licencję) producenta danego zabezpieczenia do montażu lub serwisowania zabezpieczeń antykradzieżowych. Takiego pojęcia nie użyto w przedmiotowej klauzuli, a mowa była jedynie o licencjonowanej stacji obsługi. Przyjmując, że definicja takiej stacji została zawarta właśnie o.w.u., to nie zostało w żaden sposób określone, czy chodziło o licencjonowane stacje obsługi na terenie Polski, czy poza granicami Polski, co przede wszystkim dotyczy pojazdów zarejestrowanych po raz pierwszy poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej. Przy tak sformułowanej klauzuli ubezpieczyciel uprawniony był – w odniesieniu do takiego pojazdu – zażądać zaświadczenia wydanego przez licencjonowaną stację obsługi w kraju, z którego dany pojazd pochodził, gdyż brak było dokładniejszej definicji tego pojęcia. W takiej sytuacji ubezpieczony własnym staraniem musiał spowodować, że za granicą zostanie wydane

zaświadczenie dotyczące faktu zamontowania i sprawności urządzenia, co bez oględzin pojazdu mogło nie być możliwe. Konieczny mógłby być wyjazd za granicę w celu dokonania takich oględzin, aby stacja obsługi mogła okoliczności te stwierdzić, co wiązało się oczywiście z niczym nieuzasadnionymi trudnościami i kosztami. Co więcej, konsument musiał przede wszystkim ustalić, kto i gdzie zamontował urządzenie zabezpieczające, co mogło wiązać się z dużymi problemami. Ostatecznie jednak i tak ubezpieczony nie miał pewności, czy takie zaświadczenie zostanie uznane przez ubezpieczyciela za „stosowne”, a więc wystarczające do tego, aby wypłacił on odszkodowanie. Po czwarte, nie zostało również określone, na jaką datę stosowne zaświadczenie ma wykazać sprawność urządzenia zabezpieczającego przed kradzieżą. Skoro zaświadczenie ma być stosowne i ma poświadczać sprawność takiego zabezpieczenia, to powstaje pytanie, czy stosowne było zaświadczenie wystawione np. kilka lat przed kradzieżą pojazdu. Oczywistym jest, że ubezpieczyciel mógł odmówić przymiotu „stosowności” takiemu zaświadczeniu twierdząc, że chodzi o wykazanie zaświadczeniem sprawności pojazdu w dacie szkody, gdyż zaświadczenie wystawione jakiś czas wcześniej nie będzie już stanowiło podstawy potwierdzenia sprawności takiego urządzenia.

Jak już wskazano powyżej, kontrola w niniejszym postępowaniu miała charakter abstrakcyjny, w oderwaniu od stosowania danego postanowienia umownego. W tym przypadku nie jest więc istotne, w jaki sposób poszczególne przypadki interpretował pozwany (jego pracownicy), ale to, że w ogóle miał prawo do wiążącej dla konsumenta interpretacji, zaś konsument nie miał możliwości nawet weryfikacji takiej interpretacji w oparciu o zapisy umowne, nie mówiąc już o tym, że nie miał żadnego wpływu na interpretację dokonywaną przez ubezpieczyciela. Możliwość wystąpienia przez konsumenta do sądu powszechnego z roszczeniem w przypadku odmowy wypłaty odszkodowania, gdy ubezpieczyciel dane zaświadczenie uznał za „niestosowne”, z punktu widzenia niniejszego postępowania nie ma żadnego znaczenia – gdyby bowiem była to przesłanka wpływająca na ustalenie, czy dana klauzula nie jest abuzywna, kontrola abstrakcyjna pozbawiona byłaby jakiegokolwiek sensu, gdyż w każdym wypadku możliwe jest badanie przez sąd ważności umowy w konkretnym postępowaniu. Jednak kontrola abstrakcyjna jest kontrolą całkowicie odrębną od kontroli incydentalnej, niezależną od niej i nie ma wpływu na rozstrzygnięcie w jej ramach okoliczność, że konsument może wytoczyć powództwo przeciwko pozwanemu np. o zapłatę odszkodowania. Powodowało to, że przedsiębiorca miał całkowitą dowolność w ustaleniu okoliczności, jakie zwalniają go od odpowiedzialności na podstawie przedmiotowej klauzuli

umownej, co wypełniało określone w art. 385¹ i art. 385³ pkt 9 k.p.c. Takie stwierdzenie jest tym bardziej uzasadnione, gdyż tak naprawdę klauzula ta pozwalała ubezpieczycielowi odmówić wypłaty odszkodowania nawet w przypadku, gdy urządzenia zabezpieczające były w pojeździe zamontowane w liczbie wymaganej zapisami o.w.u. i działały w sposób prawidłowy, zaś ubezpieczony nie przedstawił stosownego zaświadczenia. Warto zauważyć, że pomimo tego, a więc gdy zabezpieczenie w pojeździe nie zostało zamontowane fabrycznie lub gdy pojazd został sprowadzony zza granicy, ubezpieczyciel mógł zawrzeć umowę z konsumentem, a więc zobowiązać się do wypłaty odszkodowania po zajściu zdarzenia wywołującego szkodę i pobrać składkę, pobierać ją przez długi okres czasu (np. kilka lat), a następnie mógł odmówić wypłaty odszkodowania powołując się na brak stosownego zaświadczenia, mimo że było ono zamontowane, działało, a ubezpieczyciel obejmował pojazd ubezpieczeniem właśnie przez długi okres czasu. Takie działanie było sprzeczne z art. 355 § 2 k.c. Wbrew twierdzeniom strony pozwanej, taka sytuacja nie miała nic wspólnego z ochroną ubezpieczonych i bezpieczeństwem obrotu samochodami, ale dawała ubezpieczycielowi możliwość uchylenia się od spełnienia swojego podstawowego obowiązku, a więc wypłaty odszkodowania. Skoro posiadanie takiego zaświadczenia było obowiązkiem ubezpieczonego, to fakt jego posiadania powinien być weryfikowany na etapie zawierania umowy, a jeżeli ubezpieczyciel tego nie czynił, a pomimo tego obejmował ochroną ubezpieczeniową określony pojazd i pobierał z tego tytułu składkę, to ze wszystkimi tego konsekwencjami. W takiej sytuacji przedmiotowa klauzula nie tylko nakładała na konsumenta obowiązek poniesienia dodatkowych kosztów związanych z zaświadczeniem, i to nie wiadomo, od której stacji obsługi miało być to zaświadczenie uzyskane, a i to z zastrzeżeniem, że nie było wiadome, czy zaświadczenie to będzie właściwe i wystarczające, to jeszcze dodatkowo ubezpieczyciel mógł odmówić wypłaty odszkodowania mimo, że urządzenie zabezpieczające spełniało wszystkie niezbędne wymogi, powołując się na „niestosowność” zaświadczenia.

Z powyższych względów kwestionowane postanowienie stanowiło w obrocie z konsumentami niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.p.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2012 r. (sygn. akt VI ACa 1181/11) oddalił apelację pozwanego. Sąd odwoławczy podzielił ocenę sądu I instancji, iż przedmiotowe postanowienie było niedozwolonym postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c.

Klauzula nr 3834

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 7 października 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1704/09, wyrokiem z dnia 1 września 2011 r. w sprawie sygn. akt XVIII AmC 1941/11 oraz wyrokiem z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 3669/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z/s w Warszawie w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

„Oplata likwidacyjna jest pobierana w wysokości wskazanej w tabeli poniżej:

<i>Rok Polisowy, w którym jest pobierana opłata likwidacyjna od środków wypłacanych z Subkonta Składek</i>	<i>Wysokość opłaty likwidacyjnej stanowiąca procent środków wypłacanych z Subkonta Składek</i>
1	99%
2	99%
3	80%
4	70%
5	60%
6	50%
7	40%
8	30%
9	20%
10	10%

Postanowienie to w dniu 16 października 2012 r. i w dniu 23 października 2013 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3834. Klauzula ta była oceniana w trzech różnych postępowaniach, dlatego też poniżej zostaną one odrębnie opisane.

a) Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 7 października 2011 r. (sygn. akt XVII AmC 1704/09)

W ocenie powódek postanowienie to wypełniało dyspozycję art. 385¹ oraz art. 385³ pkt 17 k.c. W świetle tego postanowienia umownego, jeżeli doszło do rozwiązania umowy w trakcie dwóch pierwszych lat jej obowiązywania wysokość opłaty likwidacyjnej wynosiła 99%, środków wpłaconych przez konsumenta ubezpieczycielowi. Wielkość ta zmniejsza się w każdym kolejnym roku obowiązywania umowy, aż do 10% w roku dziesiątym. Wysokość opłaty likwidacyjnej była zatem rażąco wygórowana i sprawiała, że w przypadku wygaśnięcia

umowy ubezpieczenia (np. w wypadku odstąpienia od umowy), ubezpieczony *de facto* pozbawiony został możliwości zwrotu wpłaconych uprzednio składek, które przepadały na rzecz pozwanego. Tak ukształtowana zasada „odstępnego” konstituowała regułę niezwracania ubezpieczającemu wpłaconych pieniędzy, prowadząc w ten sposób do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Wygórowana wysokość „opłaty likwidacyjnej” nie znajdowała jakiegokolwiek uzasadnienia faktycznego i nie mogła być traktowana jako zrównoważenie kosztów działalności ubezpieczyciela, które ponosił on w związku z wykonaniem umowy. Ubezpieczyciel za prowadzenie rachunku naliczał opłatę administracyjną za zarządzanie i ryzyko, która co do zasady stanowiła ekwiwalent kosztów związanych z administrowaniem kontem ubezpieczonego. W ocenie powódek kwestionowany zapis naruszał też art. 813 § 1 k.c. w zw. z art. 807 k.c., zgodnie z którymi w przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa. W uzasadnieniu swojego stanowiska wskazał, iż kwestionowany wzorzec umowy (załącznik do o.w.u.) został doręczony powódkom już w momencie składania przez nie stosownych wniosków o zawarcie umowy. Już wówczas mogły one zapoznać się z jego treścią i miały czas na rozważenie wszystkich konsekwencji wynikających z zawarcia umowy, w tym skutków związanych z postanowieniami dotyczącymi opłat likwidacyjnych. Wszelkie postanowienia kształtujące stosunek umowny stron były powódkom znane, w tym kwestionowane postanowienie dotyczące opłaty likwidacyjnej, i na brzmienie każdego postanowienia powódki wyraziły zgodę składając stosowne oświadczenie. Ponadto zgodnie z zapisami o.w.u. ubezpieczający mógł odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od zawarcia umowy, składając stosowne oświadczenie. W takim wypadku, umowa obligowała ubezpieczyciela do zwrotu ubezpieczającemu wartości jego rachunku, ustalonej według wyceny jednostek uczestnictwa najpóźniej z dziesiątego dnia wyceny i zwiększonej o pobrane opłaty wskazane w o.w.u. Skorzystanie z tego prawa odstąpienia nie rodziło obowiązku uiszczenia opłaty likwidacyjnej, podobnie było także w sytuacji rezygnacji konsumenta w dowolnym czasie, jeżeli w jego miejsce do umowy wstępowała wskazana przez niego osoba trzecia.

Pozwany podkreślił również, iż umowa zawarta z powódkami była umową inwestycyjną, która była jednocześnie umową ubezpieczenia na życie. W ramach tej umowy ubezpieczający uzyskiwał specjalistyczny produkt inwestycyjny, który przy zaangażowaniu

odpowiednich środków, umożliwiał mu w miarę upływu czasu, uzyskanie korzyści w postaci wzrostu wartości nabytych przez niego jednostek uczestnictwa, stanowiących prawo do udziału w zarządzanej przez pozwanego masie majątkowej. Przedmiotowa opłata likwidacyjna została dostosowana do poziomu kosztów, jakie ubezpieczyciel ponosił w związku z zawarciem i wykonaniem umowy, przy założeniu pozostawania umowy ubezpieczenia w mocy przez planowany minimalny okres 10 lat. Przedsiębiorca w stosowanym wzorcu umowy mógł przewidywać postanowienia określające zasady odpowiedzialności finansowej konsumenta w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia umowy, byleby zasady tej odpowiedzialności pozostawały w związku z jego kosztami i ryzykiem. Z zapłaconych składek finansowane były w szczególności bardzo wysokie koszty związane z zawieraniem i odnawianiem umów ubezpieczenia (koszty akwizycji), obejmujące koszty bezpośrednie, w tym prowizje agentów, wynagrodzenia pracowników zajmujących się akwizycją, koszty wystawiania polis i włączania umowy do portfela, a także koszty pośrednie, w tym przypadające na daną umowę ubezpieczenia koszty reklamy i promocji produktów ubezpieczeniowych oraz koszty ogólne związane z badaniem wniosków i wystawianiem polis. Ponadto każdą umowę ubezpieczenia obciążały koszty likwidacji szkód i windykacji regresów, koszty działalności lokacyjnej (w tym koszty zarządzania lokatami, prowizje bankowe i prowizje towarzystw funduszy inwestycyjnych) oraz koszty administracyjne związane z inkasem składek, zarządzaniem portfelem umów ubezpieczenia, umów reasekuracji oraz ogólnym zarządzaniem zakładem ubezpieczeń.

Rozwiązanie umowy przed końcem okresu pobierania opłat likwidacyjnych wiązało się dla ubezpieczyciela z utratą korzyści, jakie spodziewał się uzyskać przy założeniu wykonywania umowy ubezpieczenia przez planowany minimalny okres 10 lat. Kwestionowana opłata likwidacyjna nie miała charakteru kary umownej, była bowiem stosowana czasowo, po upływie określonego czasu ubezpieczający miał możliwość rozwiązania umowy bez negatywnych skutków finansowych. Nie można więc przyjąć, iż sporne postanowienie stanowiło klauzulę niedozwoloną w rozumieniu art. 385³ pkt 16 i 17 k.c.

Pozwany podniósł także, iż kształtowanie stawek opłaty likwidacyjnej na poziomie zbliżonym do stosowanych przez niego było powszechnie stosowaną, uzasadnioną ekonomicznie i w pełni aprobowaną przez organ nadzoru i instytucje ochrony konsumentów praktyką ubezpieczycieli oferujących umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Schemat naliczania opłaty likwidacyjnej polegający na pobieraniu wyższych

opłat w pierwszych latach wykonywania umowy był stosowany przez pozwanego od wielu już lat. W 2006 r. oferowane przez pozwanego o.w.u. zawierające analogiczne do kwestionowanych postanowienia, zostały skontrolowane przez UOKiK, który ich nie zakwestionował, ani w zakresie wysokości, ani też sposobu pobierania opłaty likwidacyjnej. Jednocześnie pozwany zaznaczył, iż inwestycyjny charakter stosunku zobowiązaniowego łączącego go ze stroną powodowa ma znaczenie nie tylko dla oceny abuzywności kwestionowanego zapisu wzorca umownego, ale także dla oceny tego, czy powódki z uwagi na charakter ich działalności kontraktowej, winny być traktowane jako typowy konsument w rozumieniu art. 22¹ k.c. i korzystać z takiej samej ochrony jak tego typu konsument, będący stroną umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego. Wprowadzenie zaś opłaty likwidacyjnej nie miało za zadanie umożliwić pozwanemu uzyskanie dodatkowego zysku, a jedynie zminimalizowanie ryzyka poniesienia straty.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w pierwszej kolejności podkreślił, że twierdzenia pozwanego, iż inwestycyjny charakter stosunku zobowiązaniowego łączącego go ze stroną powodową ma znaczenie nie tylko dla oceny abuzywności kwestionowanego zapisu wzorca umownego, ale także dla oceny tego, czy powódki winny być traktowane jak o typowy konsument w rozumieniu art. 22¹ k.c. i korzystać z takiej samej ochrony jak tego typu konsument, nie miały wpływu na rozstrzygnięcie niniejszej sprawy. Inwestycyjny charakter stosunku zobowiązaniowego nie ma znaczenia dla oceny czy powódki posiadają status konsumenta w rozumieniu art. 22¹ k.c., gdyż w myśl tego przepisu za konsumenta uważa się każdą osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Umowy zawarte na podstawie wzorca umowy, które zawarły z pozwanym powódki – jako osoby fizyczne – nie były związane bezpośrednio z prowadzoną działalnością gospodarczą lub zawodową. Zgodnie zaś o.w.u. umowę na podstawie tego wzorca mógł zawrzeć ubezpieczający – każda osoba fizyczna. Powódki były osobami fizycznymi i posiadały legitymację do wystąpienia z powództwem w niniejszej sprawie.

W ocenie SOKiK zakwestionowane postanowienie było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumentów, a przy tym nakładało na konsumenta, który odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanego odstępnego, w rozumieniu art. 385³ pkt 17 k.c.

Zgodnie z zapisami o.w.u., jeżeli doszło do wygaśnięcia umowy ubezpieczenia np. na skutek upływu okresu wypowiedzenia umowy, to na podstawie zakwestionowanego

postanowienia w okresie dwóch pierwszych lat obowiązywania umowy ubezpieczyciel pobierał opłatę likwidacyjną w wysokości 99% środków wpłaconych przez konsumenta – ubezpieczonego, – ubezpieczycielowi. Opłata ta pobierana była z subkonta składek regularnych poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa przed całkowitą wypłatą środków zgromadzonych na rachunku prowadzonym przez ubezpieczyciela na rzecz ubezpieczonego. Wysokość opłaty likwidacyjnej zmniejszała się w każdym kolejnym roku wykonywania umowy do 10% w roku 10, po czym opłata ta zanikała.

SOKiK podzielił argumenty powódek, że wysokość tej opłaty zwłaszcza w początkowym okresie trwania umowy była rażąco wygórowana i powodowała, że w przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczony pozbawiony został możliwości uzyskania zwrotu wpłaconych przez niego uprzednio składek, które przepadały na rzecz pozwanego. Wygaśnięcie umowy w ciągu dwóch pierwszych lat od jej zawarcia, przy uwzględnieniu wysokości opłaty likwidacyjnej na poziomie 99% oraz tego, iż stosownie do o.w.u. poza opłatą likwidacyjną pozwany pobierał także opłatę od wykupu w wysokości 1%, oznacza *de facto*, że ubezpieczony tracił całość środków (100%) wpłaconych przez niego uprzednio tytułem składek. Środki te przejmował pozwany a rozwiązanie to było przy tym całkowicie niezależne od wartości środków jakie wpłacił ubezpieczony. Takie ukształtowanie stosunku prawnego pomiędzy pozwanym jako ubezpieczycielem, a ubezpieczonym konsumentem trudno nie uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy słabszej strony tego stosunku prawnego, tj. konsumenta. Rozwiązanie to naruszało wewnętrzną równowagę umowy i słuszność kontraktową, dyskryminując konsumenta.

W ocenie SOKiK przedmiotowa klauzula wypełniała dyspozycję przepisu 385³ pkt 17 k.c. Opłata likwidacyjna musi być bowiem traktowana jako odstępne – w ujęciu wskazanego przepisu – w sytuacji gdy ubezpieczony odstępuje od umowy ubezpieczenia, co prowadzi do jej wygaśnięcia. Zważywszy na podaną wyżej wysokość tego „odstępnego”, zwłaszcza w czasie dwóch początkowych lat obowiązywania umowy, nie sposób przyjąć aby nie było ono rażąco wygórowane.

SOKiK podkreślił również, iż choć przedsiębiorca może stosować postanowienia wzorca umownego określające zasady odpowiedzialności finansowej konsumenta w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia umowy, to jednak zasady tej odpowiedzialności muszą pozostawać w zawiązku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy⁶. W niniejszej sprawie zdaniem SOKiK pozwany nie wykazał, aby przyjęte w przedmiotowej klauzuli uregulowanie

⁶ Por. wyrok SN z dnia 19 marca 2007 r. (sygn. akt III SK 21/06, OSNP 2008, z. 11-12, poz. 181).

zasad odpowiedzialności finansowej w przypadku wygaśnięcia umowy, na skutek wcześniejszego jej wypowiedzenia przez konsumenta, było uzasadnione ze względu na koszty i ryzyko ponoszone przez pozwanego.

Twierdzenia pozwanego, iż kształtowanie stawek opłaty likwidacyjnej na poziomie zbliżonym do stosowanych przez niego było powszechnie stosowaną, uzasadnioną ekonomicznie i w pełni aprobowaną przez organ nadzoru i instytucje ochrony konsumentów praktyką ubezpieczycieli oferujących umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a nadto że w 2006 r. stosowane przez niego o.w.u, zawierające analogiczne do kwestionowanych postanowienia, zostały skontrolowane przez UOKiK, który ich nie zakwestionował ani w zakresie wysokości, ani też sposobu pobierania opłaty likwidacyjnej nie miały w ocenie SOKiK znaczenia dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy. Powszechność zamieszczania w stosowanych przez ubezpieczycieli wzorcach umów regulacji podobnych do kwestionowanego w pozwie postanowienia nie może oznaczać samo przez się, że postanowienie to nie jest abuzywne. Wynik kontroli stosowanych przez pozwanego wzorców umów przez UOKiK nie ma zaś wpływu na niniejszą sprawę, która ma charakter sprawy cywilnej rozpoznawanej w postępowaniu sądowym.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 87/12 oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie, albowiem ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd I instancji były prawidłowe i wystarczające, zaś ocena prawna w przeważającej części trafna i Sąd Apelacyjny ją podzielił oraz przyjął za własne z pewnymi zastrzeżeniami, które nie miały jednak wpływu na treść zaskarżonego wyroku.

Zdaniem Sądu I instancji nałożenie przez pozwanego na konsumenta odstępującego od umowy opłaty likwidacyjnej w wysokości wynikającej z o.w.u. stanowiło niedozwolone postanowienie umowne określone w przepisie art. 385³ pkt 17 k.c. Przepis ten stanowi, iż w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności nakładają na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego. Sąd I instancji uznał opłatę likwidacyjną za rażąco wygórowane odstępnę.

Słusznie zarzucił apelujący, iż w świetle treści wzorca umowy, kwalifikacji przez Sąd pierwszej instancji opłaty likwidacyjnej *stricte* jako odstępnego nie sposób było podzielić. Zgodnie bowiem z przepisem art. 396 k.c. odstępnę stanowi oznaczoną przez strony sumę, płatną przy złożeniu oświadczenia o odstąpieniu od umowy, jeżeli strony zastrzegły

możliwość odstąpienia od umowy za zapłatą tej sumy. Wzorzec umowy stosowany przez pozwanego rzeczywiście przewidywał prawo odstąpienia przez konsumenta (ubezpieczającego) od umowy ubezpieczenia. Zgodnie z o.w.u. ubezpieczający mógł odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od zawarcia umowy, składając pozwanemu stosowne oświadczenie. W takim wypadku, umowa obligowała ubezpieczyciela do zwrotu ubezpieczającemu wartości jego rachunku, ustalonej według wyceny jednostek uczestnictwa najpóźniej dziewiątego dnia wyceny i pobranie opłaty. W postanowieniach o.w.u. dotyczących prawa odstąpienia służącego konsumentowi nie zostało jednak zastrzeżone, że konsumentowi wolno od umowy odstąpić wyłącznie za zapłatą oznaczonej sumy (odstępnego). Z powołanego zapisu o.w.u. wynikał wprost obowiązek zwrotu przez zakład ubezpieczeń na rzecz odstępującego od umowy konsumenta wszelkich wniesionych przezeń opłat, w tym opłaty likwidacyjnej, jeżeli została ona pobrana przez ubezpieczyciela — pozwanego. Skoro więc w o.w.u. nie zastrzeżono możliwości odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczenia za zapłatą oznaczonej sumy, to trafnie podnosił pozwany, iż tym samym stawki procentowe opłaty likwidacyjnej określone w kwestionowanym postanowieniu nie mogły zostać uznane za stawki procentowe odstępnego rozumianego zgodnie z jego definicją zawartą w art. 396 k.c. Sam pozwany jednak wskazał, iż świadczenie w postaci opłaty likwidacyjnej zbliża się do instytucji prawnej odstępnego i ma analogiczny do odstępnego charakter, nie jest jednak odstępnym w rozumieniu art. 396 k.c.

Przedmiotowy wzorzec nie zawierał definicji opłaty likwidacyjnej, nie wyjaśniał jej charakteru ani funkcji. Postanowienia o.w.u. stanowiły jedynie, że ubezpieczyciel pobiera taką opłatę. Szczegółowe jej stawki zawierało zakwestionowane postanowienie o.w.u. Postanowienia o.w.u. określały, że opłata likwidacyjna ustalana była procentowo i pobierana z subkonta składek regularnych poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa oraz w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia. W toku postępowania strona pozwana nie wskazała w sposób wyraźny za jakie jej świadczenia pobierana jest opłata likwidacyjna, tłumacząc konieczność jej pobierania z uwagi na „utrata spodziewanych korzyści”. W o.w.u. brak było jednak zapisu, który wskazywałby na funkcję kompensacyjną opłaty. Bezsporne było jedynie, iż opłata ta była stosowana czasowo. Nazwa „opłaty” i zapisy o.w.u., które dotyczyły zasad jej pobierania wskazywały, że opłata ta stanowiła świadczenie konsumenta, nie będące świadczeniem głównym za bliżej nieokreślone czynności pozwanego i pobierana była w razie wygaśnięcia umowy z powodu niedopełnienia obowiązków kontraktowych przez konsumenta bądź wypowiedzenia przez niego umowy.

Z powyższego wynikało, iż ubezpieczyciel przewidział dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami, w przypadku zawarcia ubezpieczenia na rzecz konkretnej osoby, przy czym owo zastrzeżenie miało charakter uniwersalny, tzn. było całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Opłata likwidacyjna nie miała więc charakteru świadczenia odszkodowawczego, a zatem w drodze analogii można było uznać, iż zakwestionowane postanowienie wzorca podpadało jednak pod dyspozycję art. 385³ pkt 17 k.c. – tak jak przyjął to Sąd I instancji – zwłaszcza wobec faktu, iż katalog klauzul szarych zawartych w przepisie art. 385³ k.c. nie jest zamknięty. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie prawidłowe jest zatem ostatecznie uznanie przez Sąd pierwszej instancji, iż zakwestionowane postanowienie naruszało dobre obyczaje, gdyż sankcjonowało przejście przez ubezpieczyciela w pierwszych latach trwania umowy niemal całości wykupionych środków – w postaci opłaty likwidacyjnej, niezależnie od tego, czy zakwalifikowało się ją jako swojego rodzaju „odstępne”, czy też po prostu sankcję finansową – w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków.

Pobranie opłaty likwidacyjnej przewidziane zostało nie tylko w sytuacji niedopełnienia przez ubezpieczającego obowiązków umownych, ale także w razie wypowiedzenia przez niego umowy, tj. skorzystania z przysługującego mu uprawnienia do rozwiązania umowy. Zatem uznanie, iż zakwestionowane postanowienie kształtowało prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy nie nasuwało wątpliwości. Wzorzec umowy przewidujący, że w razie rezygnacji przez ubezpieczonego z kontynuowania umowy ubezpieczenia traci on wszystkie środki uzyskane wskutek wykupu jednostek uczestnictwa, bezsprzecznie naruszał dobre obyczaje, gdyż sankcjonował przejście przez ubezpieczyciela całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Zapis taki rażąco naruszał interes konsumenta, gdyż prowadził do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas, gdy ten ostatni zgromadził na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości.

Sąd Apelacyjny w Warszawie podkreślił również, iż sama istota opłaty likwidacyjnej nie była przez powódki kwestionowana, a ocena zaskarżonego wzorca umowy pod kątem jego abuzywności dotyczyła jedynie wysokości stawek procentowych tej opłaty, które nie znajdowały żadnego uzasadnienia w ponoszonych przez stronę pozwaną kosztach, ani nie pozostawały w związku z jej ryzykiem. Nie wystarczało tu ogólne powołanie się na

rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu ulokowanych środków jest w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia wyższy niż w następnych z uwagi na wyższe opłaty manipulacyjne. Nie stanowiło też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter. Znaczna część kosztów funkcjonowania pozwanej oraz jej ryzyko było bowiem pokrywane przez konsumenta w ramach szeregu innych opłat pobieranych przez pozwanego, o których mowa o.w.u., takich jak opłata wstępna, opłata za zarządzanie, czy opłata administracyjna. Wysokość opłaty likwidacyjnej powinna być uzależniona jedynie od kosztów jakie pozwany ponosi w związku z wygaśnięciem umowy ubezpieczenia i wykupem jednostek uczestnictwa. Tymczasem, jak wskazywał pełnomocnik pozwanego, przy określeniu wysokości tej opłaty strona pozwana brała pod uwagę wszystkie koszty jej działalności, w większości już pokryte przez ubezpieczonego w ramach innych opłat. Zatem uzasadnione jest stanowisko, iż opłata likwidacyjna w wysokości 99% środków wypłacanych z subkonta składek regularnych była niezwykle wygórowana, niezależna od poniesionych przez ubezpieczyciela kosztów, nadmiernie obciążająca konsumenta, a tym samym rażąco naruszająca jego interesy.

Sąd Apelacyjny w Warszawie podkreślił również, że w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia w pierwszych dwóch latach po jej zawarciu, ubezpieczyciel obciążał konsumenta opłatami: likwidacyjną (99%) i od wykupu (1%), co w konsekwencji oznaczało, iż ubezpieczyciel zatrzymywał całość wpłaconych przez ubezpieczającego środków. Słuszny był zarzut powódek, iż niemożliwym było, żeby koszty związane z wygaśnięciem umowy uzasadniały zatrzymanie 100% środków zgromadzonych przez ubezpieczonego, tym bardziej, że w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia pobierane były także inne opłaty. Kwestionowany zapis rażąco naruszał interes konsumenta, gdyż prowadził do uzyskiwania przez ubezpieczyciela korzyści, kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas gdy ten ostatni zgromadził na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości. Słusznie zatem Sąd I instancji uznał, że przedmiotowa klauzula wypełniała dyspozycję przepisu art. 385 1 § 1 k.c.

S.A. w Warszawie nie podzielił również twierdzenia strony pozwanej, iż mieści się w ramach dobrych obyczajów i równego traktowania stron umowy ubezpieczenia, aby opłata likwidacyjna nie tylko rekompensowała ubezpieczycielowi koszty własne, ale także miała na celu zapewnienie ubezpieczycielowi „godziwego” zysku. Takie twierdzenie pozostawało bowiem w oczywistej sprzeczności z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2007 r. (sygn. akt III SK 21/06), a podzielenie stanowiska apelującego oznaczałoby, że „godziwym”

zyskiem jest przejęcie praktycznie całości środków zgromadzonych przez konsumenta w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia (w dwóch pierwszych latach), co w sposób oczywisty naruszało równowagę stron umowy.

b) Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 1 września 2011 r. (sygn. akt XVII AmC 1941/11)

W postępowaniu tym powódka złożyła pozew o stwierdzenie postanowień wzorców umownych za niedozwolone. Wniosła o uznanie za niedozwolone i zakazanie wykorzystywania w obrocie postanowienia o ww. treści. Wyrokiem z dnia 25 maja 2010 r. SOKiK uznał to postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami. Od tego wyroku strony wniosły apelację, w wyniku której Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 marca 2011 r. uchylił zaskarżony wyrok w całości i przekazał sprawę do ponownego rozpoznania. Sąd Apelacyjny w Warszawie dokonując oceny prawnej zakwestionowanego postanowienia uznał, że opłata likwidacyjna nie ma charakteru odstępnego i wskazał, że rozpoznając sprawę ponownie sąd I instancji winien uwzględnić rzeczywisty charakter opłaty likwidacyjnej oraz rolę jaką pełni ona w ramach stosunku umownego stron.

Rozpoznając sprawę ponownie Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wskazał, że wzorec umowny nie zawierał definicji opłaty likwidacyjnej. W o.w.u. znajdował się tylko zapis, że ubezpieczyciel pobiera taką opłatę. Szczegółowe stawki określał załącznik do o.w.u. Zapis o.w.u. określał, że opłata likwidacyjna była ustalana procentowo i pobierana z subkonta składek regularnych poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa oraz w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia. W odpowiedzi na pozew, jak również w toku postępowania strona pozwana nie wskazała w sposób wyraźny za jakie jej świadczenia pobierana jest opłata likwidacyjna, tłumacząc konieczność jej pobierania utratą spodziewanych korzyści. Zdaniem strony pozwanej, z uwagi na fakt, że opłata ta było stosowana czasowo nie miała ona charakteru kary umownej. Ocenę tę SOKiK podzielił, gdyż we wzorcu brak było zapisu, który wskazywałby na funkcje kompensacyjną opłaty likwidacyjnej.

Nazwa opłaty jak również zapisy o.w.u. wydawały się wskazywać, że opłata ta stanowiła świadczenie konsumenta, nie będące świadczeniem głównym, za bliżej nie określone czynności pozwanego. W ocenie SOKiK, postanowienie umowne przewidujące obowiązek spełnienia przez konsumenta na rzecz oferenta świadczenia, bez określenia jego

charakteru lub ewentualnego świadczenia wzajemnego było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interes konsumentów. Postanowienia umowne wzorca, zdaniem SOKiK, w sposób nieusprawiedliwiony nakładały na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanego mu się należało. Konsument nie miał zatem możliwości stwierdzenia, czy świadczenie jego było ekwiwalentne i uzasadnione. Godziło to w zasadę równowagi kontraktowej stron, uniemożliwiając konsumentowi ochronę jego praw. Pozwany dysponował natomiast prostym mechanizmem naliczania tej opłaty i fizycznego jej pobierania w drodze potrąceń. Tego rodzaju dysproporcja praw przekraczała zakres określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 24 kwietnia 2012 r. (sygn. akt VI ACa 1342/11) oddalił apelację pozwanego w zakresie ww. postanowienia umownego. Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie w zakwestionowanym postanowieniu ubezpieczyciel przewidział dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami, w przypadku zawarcia ubezpieczenia na rzecz konkretnej osoby, przy czym owo zastrzeżenie miało charakter uniwersalny, tzn. było całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Tak sformułowane postanowienie naruszało dobre obyczaje, gdyż sankcjonowało przejście przez ubezpieczyciela w pierwszych latach trwania umowy niemal całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Nie wystarczyło tu ogólnikowe powołanie się na rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu ulokowanych środków był w pierwszych latach trwania umowy ubezpieczenia wyższy niż w następnych z uwagi na wyższe opłaty manipulacyjne. Nie stanowił też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter.

Kwestionowany zapis rażąco naruszał interes konsumenta, gdyż prowadził do uzyskiwania przez ubezpieczyciela korzyści, kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas gdy ten ostatni zgromadził na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości.

c) Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 28 czerwca 2012 r. (sygn. akt XVII AmC 3669/10)

W ocenie powoda zakwestionowane postanowienie zastrzegało rażąco wygórowaną opłatę likwidacyjną, było sprzeczne z art. 385¹ § 1 k.c., sprzeciwiało się zasadzie lojalnego kontraktowania oraz równorzędności stron.

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa w całości. Argumentował, że o.w.u. zostały dostarczone powódce już w momencie składania wniosku o zawarcie umowy. Stwierdził, że zakwestionowaną klauzulę należy oceniać w kontekście całej umowy, konsument mógł odstąpić od umowy w ciągu 60 dni bez ponoszenia opłat, a także że wysokość opłaty likwidacyjnej została dostosowana do poziomu kosztów jakie ubezpieczyciel ponosił w związku z zawarciem umowy. Postanowienie to było skonstruowane w sposób jasny, zrozumiały i przejrzysty dla klienta.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z dobrymi obyczajami, gdyż wywoływało istotną i niesprawiedliwą dysproporcję praw stron. SOKiK podzielił stanowisko powoda, że zapis o wysokości opłaty likwidacyjnej rażąco naruszał zasadę równorzędnego traktowania konsumenta, umożliwiając ubezpieczycielowi jednostronne ukształtowanie wysokości tego świadczenia, w sposób zupełnie nieodzwierciedlający faktycznych wydatków ubezpieczyciela. Ustalona w ten sposób opłata była nadmiernie wygórowana i nieprzystająca do nakładu środków ponoszonych przez ubezpieczyciela. Pozwany nie wykazał, że przewidziana we wzorcu opłata likwidacyjna była adekwatna do poniesionych kosztów. Sąd Ochrony konkurencji i Konsumentów rozstrzygając sprawę o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone ocenia dane postanowienie w sposób abstrakcyjny, w oderwaniu od postanowień konkretnej umowy zawartej pomiędzy stronami. Jednak w niniejszym przypadku, z uwagi na podjętą przez pozwanego próbę udowodnienia adekwatności poniesionych kosztów w stosunku do wysokości opłaty likwidacyjnej, należało odnieść się, na zasadzie przykładowej i porównawczej, do składki wniesionej przez pozwaną. Świadek (zeznał, że w przypadku tej konkretnej polisy, koszty pozwanego wyniosły ok. 23 700 zł (17 200 zł koszty bezpośrednie, które zostały poniesione przez pozwanego w chwili zawarcia umowy, koszty pośrednie ok. 6500 zł), w kolejnych latach koszty administrowania polisą miały wynosić ok. 300-400 zł. To zestawienie pozwalało stwierdzić, że w sytuacji, gdy powódka wpłacała roczną składkę w wysokości 25 000 zł, nieuzasadnione było pobieranie od niej 99% wpłacanej składki już w pierwszym roku obowiązywania umowy, tym bardziej nie znajdowało to uzasadnienia w

kolejnych latach. Nawet w dziesiątym roku pobranie kwoty 2500 zł (10%) w przypadku kosztów rzędu 300-400 zł stanowiło w istocie nieuzasadnione wynagrodzenie pozwanego. Pozwany nie udowodnił tym bardziej, że w przypadku niższych składek ubezpieczeniowych ponosił koszty takiego rzędu, jak w przypadku polisy ze składką w wysokości 25 000 zł. Przedstawione przez niego stanowisko w postaci opinii prawnej i opinii ekonomiczno-aktuarialnej, nie miały w sprawie istotnego znaczenia, z uwagi na ogólne odniesienie się do charakterystyki prawnej i ekonomicznej ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W niniejszym procesie SOKiK dokonuje oceny adekwatności opłaty likwidacyjnej w stosunku do poniesionych przez pozwanego kosztów, przy zastosowaniu zasad dowodowych obowiązujących w prawie polskim, przy czym głównie w oparciu o zasadę rozkładu ciężaru dowodu w sporze (art. 6 k.c.).

Kwestionowane postanowienie stawiało konsumenta z góry, w oderwaniu od konkretnych okoliczności, w gorszym położeniu. Prowadziło to w konsekwencji do złamania zasady ekwiwalentności świadczeń oraz znacznego odchylenia przyjętego uregulowania od zasady uczciwego wyważenia praw i obowiązków. Z tych względów postanowienie dotyczące wysokości opłaty likwidacyjnej było sprzeczne z dobrymi obyczajami. Naruszało one interes konsumenta, głównie ekonomiczny, mogło jednak wywołać u niego dyskomfort z powodu rozczarowania, braku satysfakcji z zawartej umowy. Nierównomierne rozłożenie praw i obowiązków stron umowy było również elementem powodującym rażąco naruszenie interesów konsumenta. Ponadto w myśl art. 385³ pkt 16 oraz pkt 17 k.c., niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności nakładają wyłącznie na konsumenta obowiązek zapłaty ustalonej sumy na wypadek rezygnacji z zawarcia lub wykonania umowy, a także nakładają na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania lub odstąpił od umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego. Wbrew stanowisku pozwanego przedstawionemu w odpowiedzi na pozew, sama okoliczność sformułowania postanowień wzorca umowy w sposób jasny, jednoznaczny i zrozumiały nieusprawiedliwia użycia postanowień rażąco naruszających interes konsumenta oraz dobre obyczaje. Pomimo jasnego i niebudzącego wątpliwości wyrażenia określonych warunków umownych, mogą one wciąż być uznane za niedozwolone, jeśli spełniają przesłanki opisane w art. 385¹ oraz art. 385³ k.c.

Biorąc powyższe pod uwagę SOKiK stwierdził, że kwestionowane postanowienie wzorca stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w myśl art. 385¹ k.c. w zw. z art. 385³ pkt 16 oraz 17 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 26 kwietnia 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1376/12) oddalił apelację pozwanego w zakresie zakwestionowanego postanowienia o.w.u. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie opłata likwidacyjna nie stanowiła kary umownej, ani *sensu stricte* odstępnego w rozumieniu art. 396 k.c. O.w.u. przewidywały prawo ubezpieczającego do odstąpienia od umowy w terminie 60 dni od jej zawarcia, nie uzależniały jednak skorzystania przez konsumenta z tego prawa od obowiązku zapłaty na rzecz ubezpieczyciela jakiegokolwiek kwoty pieniężnej. Opłata likwidacyjna nie została jednak zdefiniowana w o.w.u. Pozwany twierdził, że miała ona charakter odszkodowawczy i w ocenie Sądu Apelacyjnego powinna mieć taki charakter, co w żaden sposób jednak nie wynikało z postanowień wzorca umowy, w szczególności zakwestionowanego postanowienia, w którym wysokość tej opłaty nie została powiązana w jakikolwiek sposób z ewentualnie poniesioną przez pozwanego szkodą na skutek wcześniejszego niż zostało to ustalone w umowie jej rozwiązania, z powodu niedopełnienia obowiązków kontraktowych przez ubezpieczającego bądź wypowiedzenia przez niego umowy. Jak uznał to już niniejszy Sąd Apelacyjny w Warszawie, rozpoznający takie same klauzule zawarte jednak w innych wzorcach umownych stosowanych przez pozwanego (sygn. akt VI ACa 1342/11, VI ACa 87/12), zastrzeżona opłata likwidacyjna była rodzajem sankcji za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy przez konsumenta, bez powiązania jej z realnie poniesionymi przez pozwanego w związku z konkretną umową wydatkami (co zostało zostało wykazane przez Sąd I instancji w niniejszej sprawie), przy czym owo zastrzeżenie miało charakter uniwersalny tzn. było całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczającego jednostek uczestnictwa. Zbliżała to przedmiotową opłatę likwidacyjną do instytucji prawnej odstępnego i pozwalało tym samym stosować w drodze analogii przepis art. 385³ pkt 17 k.p.c. Przede wszystkim jednak należało mieć na uwadze, że podany w art. 385³ k.c. katalog klauzul niedozwolonych ma charakter przykładowy. Okoliczność, że badana klauzula nie wyczerpywała znamion jednej z klauzul szarych wskazanych w powyższym przepisie, nie oznaczała, że nie była ona abuzywną, w szczególności jeżeli spełnia przesłanki z art. 385¹ § 1 k.c., tj. kształtowała prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interes. SOKiK słusznie uznał, że zakwestionowane postanowienie powyższe przesłanki spełniało, gdyż sprzeczne z dobrymi obyczajami było przyznanie ubezpieczycielowi prawa do pobierania opłaty nadmiernie wygórowanej, nieprzystającej do poniesionego przez niego nakładu środków i przyjętego na siebie ryzyka, a już na pewno opłaty odpowiadającej wysokości prawie całego zaangażowania finansowego drugiej strony umowy w pierwszych dwóch latach jej trwania.

Wysokość opłaty likwidacyjnej powinna pozostawać w związku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy⁷, a nie stanowić niczym nie uzasadnione przysporzenie majątkowe na rzecz ubezpieczyciela i to w takiej wysokości, która odpowiadała w pierwszych latach umowy niemal całości jednostek uczestnictwa zgromadzonych przez konsumenta na subkoncie składek regularnych, niezależnie od wysokości tychże zgromadzonych środków. Wysokość opłaty likwidacyjnej przysługującej pozwanemu w sytuacji przedwczesnego rozwiązania umowy w kolejnych latach mogła być także rażąco wygórowana, chociaż w 10 roku polisowym stanowiła już jedynie 10%, to jest to jednak 10% środków wypłacanych z subkonta składek regularnych. Przykładowo zatem, jeżeli w wyniku przedwczesnego rozwiązania umowy, ubezpieczający wypłacał kwotę 100 000 zł, to wysokość opłaty likwidacyjnej w 10 roku trwania umowy wynosiła 10 000 zł. Była to kwota tym bardziej wygórowana, że przez cały okres trwania umowy ubezpieczyciel pokrywał znaczną część kosztów swojego funkcjonowania i swojego ryzyka w ramach innych, nałożonych na konsumenta opłat, a koszty jakie ponosił w związku z przedwczesnym rozwiązaniem umowy w ostatnim roku jej obowiązywania (a nawet spodziewane w tymże ostatnim roku korzyści) mogły w żaden sposób nie przystawać do wysokości pobieranej opłaty likwidacyjnej.

Zakwestionowane postanowienie rażąco naruszało interes ekonomiczny konsumenta, gdyż prowadziło do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas, gdy ten zgromadził na subkoncie składek regularnych aktywa o znacznej wartości, które w pierwszych latach obowiązywania umowy mogły zostać przejęte przez ubezpieczyciela w ramach opłaty likwidacyjnej prawie w całości.

Klauzula nr 3938

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 21 lutego 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 3351/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez InterRisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Jeżeli Ubezpieczający/Ubezpieczony zmienił siedzibę lub adres i nie zawiadomił o tym Ubezpieczyciela, pismo Ubezpieczyciela skierowane pod ostatni znany adres Ubezpieczającego/Ubezpieczonego, uważa się za doręczone i wywołujące skutki prawne od

⁷ Por. wyrok SN z dnia 19 marca 2007 r. (sygn. akt III SK 21/06).

chwili, w której zostałyby doręczone, gdyby Ubezpieczający/Ubezpieczony nie zmienił siedziby lub adresu”.

Postanowienie to w dniu 9 listopada 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3938.

W ocenie powoda postanowienie to stanowiło niedozwoloną klauzulę wskazaną w art. 385¹ § 1 k.c., gdyż w sposób sprzeczny z prawem przewidywało domniemanie na niekorzyść konsumentów zasad związanych z doręczaniem oświadczeń woli ubezpieczyciela. Ponadto podobne klauzule zostały wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych pod pozycją 1906 i 1927.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa. Jego zdaniem zakwestionowane o.w.u. nie stanowiły wzorca umownego przeznaczonego dla obrotu konsumenckiego. Zostały sporządzone wyłącznie na potrzeby łączącej pozwanego z bankiem umowy ubezpieczenia i stanowiły jej załącznik. Bank był ubezpieczającym, zaś umowa została zawarta na podstawie art. 808 k.c. i była umową zawartą na rachunek osób trzecich. W treści o.w.u. wyraźnie było zastrzeżone, że mają one zastosowanie do umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy ubezpieczycielem i bankiem. W oparciu o przedmiotowy wzorzec ubezpieczyciel nie zawierał żadnych innych umów ubezpieczenia, co zaprzeczało twierdzeniom powoda, iż w ramach prowadzonej działalności gospodarczej oferowane były usługi ubezpieczeniowe konsumentom w oparciu o przedmiotowy wzorzec. Postanowienia przedmiotowego wzorca nie mogły być zatem rozpatrywane w ramach kontroli abstrakcyjnej. Ponadto postanowienie zostało zmienione i upłynął 6-miesięczny termin od zakończenia jego stosowania. Umowy zaś zawarte na podstawie zakwestionowanych o.w.u. nie były aneksowane i były tylko wykonywane. Na ich podstawie nie były zawierane nowe umowy.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów przedmiotowy wzorzec podlegał kontroli abstrakcyjnej. Umowa ubezpieczenia zawarta przez pozwanego z bankiem stanowiła przykład umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 808 k.c.). Na mocy wskazanej umowy bank jako ubezpieczający, działając we własnym imieniu ubezpieczał interes majątkowy klientów banku, tj. kredytobiorców od ryzyka utraty pracy, całkowitej niezdolności do pracy i pobytu w szpitalu. Z treści o.w.u. wynikało, że ubezpieczonym, do którego odnosiły się również w pewnym zakresie postanowienia wzorca, był kredytobiorca (lub kredytobiorcy) będący osobą fizyczną, który zawarł z ubezpieczającym umowę kredytu. Ponadto w treści o.w.u. wprost wskazano, iż *„ochroną ubezpieczeniową mogą być objęte osoby fizyczne zamieszkałe i zatrudnione (...) w Polsce, które na dzień podpisania deklaracji*

zgody, miały ukończone 18 lat (...)”. Jednoznacznie wskazywało to, że postanowienia zawarte w zakwestionowanym wzorcu umownym, ustalonym co prawda pomiędzy profesjonalistami w obrocie, dotyczą także bezpośrednio praw i obowiązków klientów banku zwanych ubezpieczonymi. Zgodnie z treścią art. 808 § 5 k.c., jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹-385³ k.c. stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Przepis ten wprowadza zatem bardzo istotną regulację, przewidującą stosowanie tych przepisów również do umów ubezpieczenia na cudzy rachunek zawieranych przez przedsiębiorców na rachunek konsumentów, w tym zakresie, w którym postanowienia umowy ubezpieczenia dotyczą ubezpieczonego. W ten sposób zakaz stosowania klauzul abuzywnych, które kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy został rozszerzony na umowy, w których ubezpieczonymi są konsumenci. W tym zakresie ustawodawca nawiązuje wprost do definicji konsumenta z art. 22¹ k.c. W świetle zatem zapisów zakwestionowanego wzorca umownego oraz powołanych przepisów kodeksowych stwierdzić należy, iż wzorzec ten był przeznaczony do obrotu, którego jedną ze stron jest konsument. Wzorzec był przeznaczony do obrotu z konsumentami. Mając przy tym na względzie okoliczność, iż wzorzec ten był ustalony przez pozwanego w porozumieniu z bankiem, a następnie przedstawiony konsumentowi, stwierdzić należy, iż jego postanowienia nie zostały indywidualnie uzgodnione z konsumentem a zatem zostały mu z góry narzucone.

W ocenie SOKiK zakwestionowany zapis o.w.u. był niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. ponieważ umożliwiał ubezpieczycielowi dokonanie samodzielnej, jednostronnej oceny kwestii skuteczności doręczania konsumentom kierowanej do nich korespondencji na ostatni znany adres. Zastosowanie omawianego postanowienia w praktyce mogło doprowadzić do sytuacji, w której ubezpieczyciel arbitralnie uzna np.: że konsument został poinformowany o istotnych zmianach regulaminu, podczas gdy taka informacja w ogóle do niego nie dotarła. W takiej sytuacji konsument nie miałby rzeczywistej wiedzy o treści skierowanej do niego korespondencji i nie byłby świadomy skutków z tym związanych. Zatem przyjęte w spornym postanowieniu rozwiązanie mogło uniemożliwić konsumentowi realizacją przysługujących mu praw. Treść spornej klauzuli niekorzystnie zatem kształtowała sytuację konsumenta poprzez zastosowanie we wzorcu umownym odnośnie składania oświadczeń woli, instytucji tzw. doręczenia zastępczego, co stało w sprzeczności z art. 61 § 1 k.c. W ocenie SOKiK przedmiotowa klauzula naruszała

normy dobrych obyczajów jakie powinny występować w relacjach przedsiębiorca – konsument. Powodowała bowiem po stronie konsumenta dezinformację co do przysługujących mu uprawnień i odpowiedzialności pozwanego w związku z zawartą umową, a także zmierzała do wykorzystania niewiedzy konsumenta co do istniejących regulacji prawnych w tym zakresie. Tymczasem do obowiązków przedsiębiorcy jako profesjonalisty należy formułowanie postanowień umownych w sposób jednoznaczny i zrozumiały dla konsumenta. Zdaniem SOKiK w związku z treścią przedmiotowego zapisu istniała również obawa, że nawet w przypadku zawiadomienia pozwanego o zmianie adresu, korespondencja przesłana przez pozwanego na „stary” adres, np. w przypadku omyłki po stronie pozwanego, mogła zostać uznana przez niego za skutecznie doręczoną i rodzić określone skutki dla konsumenta, chociaż nie miał on możliwości zapoznania się z jej treścią. Wszystko to uzasadniało twierdzenie, iż przedmiotowe postanowienie nie uwzględniało i nie zabezpieczało interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Zakwestionowane postanowienie umowne było przejawem nadużycia przez ubezpieczyciela uprzywilejowanej pozycji w łączącym strony stosunku prawnego. Dlatego też postanowienie spełniało przesłanki klauzuli niedozwolonej w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 3979

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 5498/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„HDI nie odpowiada za szkody: (...) polegające na kradzieży pojazdu w przypadku, gdy poszkodowany nie przedłoży HDI - nie później niż do następnego dnia roboczego po zgłoszeniu szkody - łącznie: a) w przypadku pojazdu podlegającego rejestracji: dowodu rejestracyjnego tego pojazdu i karty pojazdu - jeżeli została wydana, b) kluczyków służących do otwarcia pojazdu lub jego uruchomienia w liczbie i rodzaju podanym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, c) kluczyków/sterowników do urządzeń przeciwkradzieżowych w liczbie i rodzaju podanym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, d) dokumentów potwierdzających zamontowanie urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą (karta gwarancyjna, rachunki) lub zaświadczenia potwierdzającego sprawność tego urządzenia wystawionego przez specjalistyczny zakład instalacyjny, e)

dokumentów zakupu pojazdu wymienionych we wniosku o zawarcie ubezpieczenia w przypadku, gdy ubezpieczający posiada pojazd krócej, niż 3 lata (...)”.

Postanowienie to w dniu 15 listopada 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 3979.

W ocenie powoda postanowienie to w sposób sprzeczny z prawem przewidywało wyłączenie z góry wszelkiej odpowiedzialności ubezpieczyciela tylko dlatego, że klient spóźnił się np. o jeden dzień z dostarczeniem do zakładu ubezpieczeń wszystkich wymienionych przedmiotów. Narzucenie klientom tak krótkiego terminu nie znajdowało żadnego uzasadnienia. W praktyce dostarczenie wymienionych przedmiotów w określonym terminie mogło okazać się w ogóle niewykonalne, gdy szkoda zostanie ubezpieczycielowi zgłoszona wieczorem, to już nazajutrz upływałby termin określony w klauzuli. Zastrzeżony termin był więc rażąco krótki i uciążliwy dla ubezpieczonych. Ponadto zdaniem powoda, oceny zachowania konsumenta polegającego na zbyt późnym wykonaniu obowiązków przewidzianych w o.w.u. nie można dokonywać w oderwaniu od winy, związku przyczynowego oraz jakichkolwiek skutków dla stron wynikających ze zbyt późnego dostarczenia dokumentów czy kluczyków. Powód w drodze analogii wskazał na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2001 r. (sygn. akt I CKN 31/99) i uchwałę Sądu Najwyższego z 5 sierpnia 2004 r. (sygn. akt III CZP 40/04), zgodnie z którymi obowiązki ubezpieczającego zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia, przewidujące wyłączenie odpowiedzialności odszkodowawczej ubezpieczyciela w razie niedopełnienia obowiązków zmierzających do zmniejszenia szkody bez względu na to, czy niedopełnienie tych obowiązków było wynikiem rażącego niedbalstwa ubezpieczającego, z art. 826 k.c., a tym samym nieważne. Powód wskazał również na przepis art. 385³ pkt 2 i 9 k.c., zgodnie z którymi zabronione są postanowienia wzorców umownych, które wyłączają lub znacznie ograniczają odpowiedzialność ubezpieczyciela względem konsumenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania oraz przyznają kontrahentowi uprawnienia do wiążącej interpretacji umowy. W ocenie powoda tylko rażąco niedbałe niedopełnienie przez ubezpieczającego obowiązku podjęcia działań pozwalających na zmniejszenie szkody, powstałej ze zdarzenia objętego ubezpieczeniem, uzasadniałoby odmowę lub zmniejszenie odszkodowania.

Pozwany podniósł, że powód nie wykazał sprzecznego z dobrymi obyczajami ukształtowania praw i obowiązków konsumenta, ani rażącego naruszenia jego interesów. W ocenie pozwanego zakwestionowana klauzula uwzględniała zarówno prawa i obowiązki konsumenta, jak i ubezpieczyciela. Zgodny zamiar stron i cel umowy oraz natura stosunku

ubezpieczeniowego nie ogranicza się bowiem do udzielenia ochrony (tym bardziej nieograniczonej) oraz przyznania prawa do świadczenia, ale uwzględnia również chronione ryzyko, zapewnienie prawidłowej likwidacji szkody oraz zabezpieczenie praw ubezpieczyciela. Ponadto pozwany podniósł, iż umowy ubezpieczenia, do których mają zastosowanie przedmiotowe o.w.u. mają charakter dobrowolny w rozumieniu art. 12 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Na zasadzie swobody umów strony mogą zatem ułożyć stosunek prawny dowolnie. Do zakresu obowiązku ubezpieczającego nie należy przy tym jedynie obowiązek uiszczenia składki, ale również istnieje szereg innych obowiązków (powinności), których spełnienie jest warunkiem koniecznym dokonania przez ubezpieczyciela prawidłowej oceny przejmowanego ryzyka oraz należytej i terminowej wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego. Pozwany wskazał, iż wypełnienie powinności przez ubezpieczającego jest przesłanką dochodzenia roszczeń wobec ubezpieczyciela. Ponadto pozwany wskazał, iż brak jest jakichkolwiek podstaw do przyjęcia, iż przedmiotowa klauzula była sprzeczna z przepisem art. 826 k.c. Pozwany zarzucił także, iż orzeczenia cytowane przez powoda dotyczyły odmiennych, niż w niniejszej sprawie, stanów faktycznych. Wyłączenie odpowiedzialności dotyczące obowiązku przedłożenia po kradzieży pojazdu wszelkich kluczyków, sterowników i dokumentów pojazdu wynika z wymogów prawidłowej likwidacji szkody. Pewne sytuacje związane z zachowaniami ubezpieczającego są bowiem wyłączone przez ubezpieczyciela z zakresu jego odpowiedzialności, gdyż utrudniają lub uniemożliwiają likwidację szkody albo stwarzają domniemanie, że do szkody doszło w okolicznościach, w których ochrona ubezpieczeniowa jest wyłączona.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie spełniało przesłanki postanowienia niedozwolonego w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Zgodnie z art. 385³ pkt 21 k.c. w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności uzależniają odpowiedzialność kontrahenta konsumenta od spełnienia przez konsumenta nadmiernie uciążliwych formalności. Zdaniem SOKiK zakwestionowana klauzula wypełniała znamiona przywołanego przepisu. Nakładała ona bowiem na ubezpieczającego obowiązki, które ocenić należy jako rażąco wygórowane i uciążliwe. Nie znajdowały one przy tym uzasadnienia w treści umowy, zwłaszcza wobec ustalenia, iż ubezpieczyciel, zgodnie z o.w.u. zobowiązany jest wypłacić odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Zakwestionowana klauzula rażąco naruszała równowagę stron stosunku umownego, kształtując sytuację profesjonalisty w sposób uprzywilejowany, zaś konsumenta bez

uzasadnienia stawiając w ekstremalnie trudnym położeniu. Trzeba bowiem zważyć, iż sytuacja kradzieży pojazdu sama w sobie może wiązać się, i zwykle tak jest, z nieprzyjemnymi, trudnymi przeżyciami emocjonalnymi, a także niesie ze sobą obowiązek udziału w czasochłonnych czynnościach policji, czy innych organów ścigania. Kradzież pojazdu może być również połączona z rozbojem, co może mieć wpływ na stan zdrowia ubezpieczającego. Nie można przy tym wykluczyć sytuacji, gdy kradzież pojazdu następuje w miejscowości znacznie oddalonej od miejsca zamieszkania konsumenta – czyli miejsca przechowywania niektórych z przedmiotów, o których mowa w zakwestionowanej klauzuli. Samo dotarcie z powrotem wiązać się może z upływem wielu godzin. Ponadto o rażącej uciążliwości formalności wymienionych w zakwestionowanej klauzuli świadczy ich ilość. Z doświadczenia życiowego wynika bowiem, iż o ile dowód rejestracyjny pojazdu czy też kluczyki w jednym egzemplarzu kierowca zwykle posiada przy sobie, to inne kluczyki, sterowniki, dokumenty potwierdzające zamontowanie urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą oraz inne dokumenty – bardzo rzadko. Zobowiązanie konsumenta przez profesjonalistę do dostarczenia wszystkich tych licznych przedmiotów w ciągu jednej doby było w ocenie Sądu obliczone na dążenie do uniknięcia odpowiedzialności. To samo należało odnieść do zobowiązania konsumenta do złożenia zaświadczenia potwierdzającego sprawność urządzenia zabezpieczającego przed kradzieżą, wystawionego przez specjalistyczny zakład instalacyjny. Uzyskanie takiego zaświadczenia było w ocenie SOKiK w większości przypadków niemożliwe w ciągu jednego dnia roboczego po zgłoszeniu szkody, a wobec kradzieży pojazdu mogło okazać się w ogóle niewykonalne (brak jest bowiem możliwości oceny sprawności urządzeń przeciwkradzieżowych). Niewątpliwie zakwestionowana klauzula stawiała klienta w tak trudnej sytuacji, iż musiała zostać oceniona jako nieprzyzwoita. Nie pozwalała na realizację takich wartości w stosunku kontraktowym, jak szacunek wobec partnera, jego trudnej sytuacji życiowej, uczciwość, szczerść, zaufanie, lojalność, rzetelność i fachowość. Rażąco naruszała interes konsumenta, gdyż mogła być podstawą pozbawienia go prawa do odszkodowania, a także spowodować ogromny zawód i przykrości z tym związane, poczucie wykorzystania oraz bycia oszukanym.

Klauzula nr 4130

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 23 lutego 2013 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 143/10 uznał za niedozwolone i

zakazał stosowania przez Bank Ochrony Środowiska S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Składka ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia pomostowego i niskiego wkładu własnego podlega zwrotowi na wniosek Kredytobiorcy proporcjonalnie do liczby pełnych miesięcy kalendarzowych, w których towarzystwo ubezpieczeniowe nie świadczyło ochrony ubezpieczeniowej”.

Postanowienie to w dniu 13 grudnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 4130. Postanowienie to było stosowane we wzorcu umownym przez bank, jednakże zostanie przedstawione w niniejszym raporcie, gdyż bezpośrednio dotyczyło umowy ubezpieczenia – zasad zwrotu składki za niewykorzystany okres ochrony z umowy ubezpieczenia kredytu.

W ocenie powoda postanowienie to było niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., gdyż wyłączało możliwość dochodzenia przez kredytobiorców zwrotu składki ubezpieczeniowej za niewykorzystany okres ochrony liczony co do dnia tak rozumianej ochrony ubezpieczeniowej.

W odniesieniu do zarzutu powoda, pozwany stwierdził, iż widzi konieczność zmian porozumień zawartych z towarzystwami ubezpieczeniowymi w taki sposób, aby rozliczenie zapłaconych przez kredytobiorcę składek było możliwe co do dnia świadczonej ochrony ubezpieczeniowej.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał to postanowienie za niedozwolone z uwagi na fakt, iż przewidywało po stronie konsumenta obowiązek ponoszenia kosztów składki ubezpieczenia za każdy pełny miesiąc kalendarzowy, niezależnie od tego, czy kredytobiorca fatycznie korzystał z ochrony ubezpieczeniowej przez cały ten okres. Takie ukształtowanie treści postanowienia umownego w praktyce wyłączało możliwość dochodzenia przez konsumenta zwrotu składki ubezpieczenia za niewykorzystany okres ubezpieczenia, co stało w sprzeczności z treścią art. 813 § 1 k.c. Przepis ten stanowi, iż składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela; w przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Treść ww. przepisu jednoznacznie zatem rozstrzygała, iż niedozwolone jest pobieranie składki za okres, w którym ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności. Mając na uwadze powyższe, Sąd uznał, iż treść zakwestionowanych postanowień może

wywołać u konsumenta błędne przekonanie co do zakresu przysługujących mu praw oraz możliwości dochodzenia przez niego ewentualnych roszczeń wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 21 marca 2012 r. (sygn. akt VI ACa 1155/11) oddalił apelację. W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji należycie określił niedozwolony charakter tego postanowienia umownego.

Klauzula nr 4156

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 maja 2013 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1015/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Europejskie Centrum Odszkodowań S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„W razie wątpliwości przyjmuje się, że każde uzyskanie odszkodowania z tytułu określonego w § 1 od dnia podpisania niniejszej umowy jest wynikiem działań Zleceniobiorcy i stanowi podstawę do naliczania wynagrodzenia w wysokości, określonej w § 3 ust. 3 i 4 umowy (§ 3 ust. 5)”.

Postanowienie to w dniu 31 grudnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 4156. W rejestrze zostało przez Prezesa UOKiK oznaczone jako postanowienie z zakresu usług ubezpieczeniowych.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Wprowadzało domniemanie, że każde świadczenie uzyskane przez poszkodowanego było wynikiem działań pozwanego, niezależnie od jego faktycznych działań, i w konsekwencji powodowało, że zleceniodawca (poszkodowany) miał obowiązek zapłaty stosownego wynagrodzenia, stanowiącego część świadczenia uzyskanego przez poszkodowanego od zakładu ubezpieczeń jeszcze przed udzieleniem pozwanemu pełnomocnictwa do prowadzenia sprawy. Postanowienie to mogło stanowić klauzulę abuzywną określoną w art. 385³ pkt 22 k.c., ponieważ przewidywało obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta (zapłaty wynagrodzenia pozwanemu), mimo że kontrahent sam nie wykonał zobowiązania. Było też sprzeczne z naturą umowy zlecenia.

Zdaniem pozwanego zakwestionowane postanowienie nie naruszało interesów konsumenta i nie pozostawało w sprzeczności z dobrymi obyczajami. Z całości treści wzorca umownego, którym posługiwała się strona pozwana wynikało wprost, że zleceniobiorca ma prawo do naliczania wynagrodzenia w wysokości określonej w umowie i to od dnia podpisania umowy. Kwestionowany zapis należało interpretować łącznie z innym zapisem wzorca, zgodnie z którym zleceniodawca oświadczał, że do chwili podpisania umowy nie powierzy żadnemu innemu podmiotowi dochodzenia jakichkolwiek roszczeń i zleceniobiorca ma prawo dokonywania wszelkich czynności przewidzianych prawem w celu uzyskania odszkodowania dla zleceniodawcy od podmiotów odpowiedzialnych i zobowiązanych do naprawienia szkody. Wskazany zapis jest całkowicie jasny czytelny, zrozumiały i jednoznaczny. Dodatkowo wzorzec, którym posługiwał się pozwany stanowił, że w kwestiach nieuregulowanych umową zastosowanie mają właściwe przepisy kodeksu cywilnego oraz nie jest wykluczona możliwość zmiany zapisu stosowanego przez siebie wzorca umowy w drodze wzajemnych negocjacji stron.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to spełniało przesłanki niedozwolonego postanowienia w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Za zasadne uznać należało stanowisko powoda, iż zapis wprowadzał domniemanie, że każde świadczenie uzyskane przez konsumenta – zleceniodawcę – od chwili podpisania umowy – jest wynikiem działania pozwanego – zleceniobiorcy i stwarzało po stronie konsumenta obowiązek zapłaty wynagrodzenia jego kontrahentowi. W myśl tego zapisu obowiązek zapłaty wynagrodzenia ciążył na konsumencie niezależnie od tego czy jego kontrahent rzeczywiście podjął ze swej strony jakiegokolwiek działania, których następstwem było otrzymanie przez konsumenta odszkodowania. Mogło wszak zdarzyć się tak, że jeśli konsument, w wyniku własnych starań podjętych jeszcze przed podpisaniem umowy z pozwanym, uzyskał odszkodowanie – już po podpisaniu takiej umowy, a jeszcze przed podjęciem jakichkolwiek czynności przez pozwanego – to będzie miał on obowiązek wypłacenia wynagrodzenia, będącego częścią otrzymanego przez niego świadczenia odszkodowawczego. Mogło to więc oznaczać, iż konsument będzie miał obowiązek zapłaty wynagrodzenia swojemu kontrahentowi – zleceniobiorcy, mimo że ten sam *de facto* nie wykonał swojego zobowiązania. Było to sprzeczne z istotą zobowiązań umownych, w tym umowy zlecenia, której dotyczył przedmiotowy wzór umowy. W umowie odpłatnego zlecenia przyjmujący zlecenie – zleceniobiorca zobowiązuje się do dokonania określonej czynności prawnej dla zleceniodawcy, a ten zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia za wykonanie zlecenia, przy

czym wynagrodzenie należy się zleceniobiorcy dopiero po wykonaniu zlecenia (art. 734 § 1 , 735 § 1 oraz art. 744 k.c.). Mając to na uwadze przyjąć należało, że to postanowienie wzorca umownego kształtowało prawa i obowiązki stron umów zawieranych na jego podstawie w sposób sprzeczny dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Postanowienie to świadczyło bowiem o wykorzystywaniu przez pozwanego pozycji profesjonalisty, braku rzetelnego i uczciwego traktowania konsumenta, dysproporcji praw i obowiązków wynikających z umowy na niekorzyść konsumenta. Jednocześnie kwestionowane postanowienie, wobec tego, że przewidywało obowiązek wykonania zobowiązania (zapłaty wynagrodzenia) przez zleceniodawcę – konsumenta, nawet w sytuacji niewykonania zobowiązania (dokonania zleconych czynności prawnych) przez kontrahenta, stanowiło niedozwoloną klauzulę umowną określoną w art. 385³ pkt 22 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 12 czerwca 2012 r. (sygn. akt VI ACa 1321/11) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji należycie określił niedozwolony charakter tego postanowienia umownego. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie postanowienie to wprowadzało domniemanie, że każde odszkodowanie uzyskane przez zleceniodawcę z tytułu określonego w umowie od dnia jej podpisania stanowiło wynik działań zleceniobiorcy i było podstawą do naliczenia wynagrodzenia. Tym samym zawarcie w umowie powyższego postanowienia stawiało konsumenta w sytuacji gorszej niż wynikająca z ogólnych zasad kodeksu cywilnego. Zgodnie bowiem z art. 6 k.c. to zleceniobiorca żądając zapłaty wynagrodzenia musiałby wykazać, że określony rezultat, do którego odnoszą się kwestionowane postanowienia wzorca był wynikiem podjętych przez niego w wykonaniu umowy zlecenia czynności. Tymczasem wprowadzenie kwestionowanego zapisu obciążało zleceniodawcę obowiązkiem wykazania, że uzyskanie odszkodowania nie było wynikiem działania przedsiębiorcy, ale np. starań samego konsumenta podjętych jeszcze przed zawarciem umowy. W konsekwencji, jak trafnie wskazał Sąd I instancji, zawarcie w umowie kwestionowanego postanowienia mogło prowadzić do sytuacji, w której konsument będzie obowiązany do zapłaty wynagrodzenia nawet w sytuacji, gdy przedsiębiorca nie podjął żadnych czynności zmierzających do wykonania zobowiązania, co niewątpliwie rażąco naruszało interesy konsumenta i było sprzeczne z dobrymi obyczajami, wypełniając też dyspozycję art. 385³ pkt 22 k.c. Sam skarżący w treści apelacji wskazywał, że celem tego postanowienia było zabezpieczenie interesów strony pozwanej w sytuacji, gdy konsument, po rozwiązaniu umowy, uzyskuje odszkodowanie będące wynikiem działań przedsiębiorcy – z treści postanowienia nie wynikało, że dotyczy ono tylko takiej sytuacji, a użyte we wzorcu

sformułowania dawały pełne podstawy do dokonania odmiennej wykładni postanowienia, skrajnie niekorzystnej dla konsumenta, którego interesy nie były należycie zabezpieczone.

Klauzula nr 4157

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 maja 2013 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1015/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Europejskie Centrum Odszkodowań S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„W przypadku rozwiązania umowy przez Zleceniobiorcę z powodu naruszenia przez Zleceniodawcę postanowień § 2 ust. 1, zapłaci On Zleceniobiorcy wynagrodzenie w wysokości określonej w § 3 ust. 3 i 4 niniejszej umowy (§ 4 ust.3)”.

Postanowienie to w dniu 31 grudnia 2012 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 4157. W rejestrze zostało przez Prezesa UOKiK oznaczone jako postanowienie z zakresu usług ubezpieczeniowych.

W ocenie powoda – Prezesa UOKiK postanowienie to przewidywało obowiązek zapłaty przez konsumenta wynagrodzenia na rzecz pozwanego, w przypadku, gdy ten rozwiąże umowę. Prowadziło to do tego, że konsument miał obowiązek zapłaty rażąco wysokiego odszkodowania (odpowiadającego wynagrodzeniu zleceniobiorcy z tytułu wykonania zobowiązania), niezależnie od tego, czy po jego stronie rzeczywiście powstała jakakolwiek szkoda (z powodu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez konsumenta). Sporne postanowienie wprowadzało rażącą dysproporcję pomiędzy uprawnieniami zleceniobiorcy i zleceniodawcy (konsumenta) na niekorzyść tego drugiego. Postanowienie to mogło stanowić klauzulę abuzywną w rozumieniu art. 385³ pkt 9 k.c., ponieważ przyznawało kontrahentowi konsumenta uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Zleceniobiorca miał bowiem prawo stwierdzić, że konsument – bez wcześniejszych, wzajemnych uzgodnień – podjął jakiejkolwiek czynności w zakresie objętym umową, a w razie uznania, że tak się stało (wiążąca interpretacja umowy) mógł rozwiązać umowę, co powodowało, że konsument miał obowiązek zapłaty umówionego wynagrodzenia. Postanowienie to mogło stanowić klauzulę abuzywną w rozumieniu art. 385³ pkt 16 k.c., gdyż nakładało wyłącznie na konsumenta obowiązek zapłaty ustalonej sumy na wypadek rezygnacji z wykonania umowy. W razie, gdy konsument zdecydował się na powierzenie dochodzenia roszczeń innym podmiotom (rezygnacja z wykonania umowy), wówczas na

mocy omawianego postanowienia miał obowiązek zapłaty określonego w umowie wynagrodzenia (ustalonej sumy pieniężnej).

Zdaniem pozwanego zakwestionowane postanowienie nie naruszało interesów konsumenta i nie pozostawało w sprzeczności z dobrymi obyczajami. Nie oznaczało obowiązku zapłaty rażąco wysokiego odszkodowania niezależnie od tego czy po stronie zleceniobiorcy powstała jakakolwiek szkoda. Celem tego zapisu było jedynie uzyskanie przez zleceniobiorcę wynagrodzenia zgodnego z treścią wzorca.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów podzielił stanowisko powoda co do niedozwolonego charakteru tego postanowienia w obrocie z konsumentami. Postanowienie to przewidywało obowiązek zapłaty przez konsumenta odszkodowania – wynagrodzenia na rzecz zleceniobiorcy, w przypadku gdy ten rozwiąże umowę. Prowadziło to do tego, że konsument miał obowiązek zapłaty wysokiego odszkodowania odpowiadającego wynagrodzeniu zleceniobiorcy z tytułu wykonania zobowiązania – niezależnie od tego, czy po stronie kontrahenta rzeczywiście powstała jakakolwiek szkoda (z powodu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez konsumenta). Zapis ten więc *a priori* przyjmował odpowiedzialność odszkodowawczą konsumenta, bez wykazywania spełnienia przesłanek tego typu odpowiedzialności określonych w art. 361 i 471 k.c.

W ocenie SOKiK postanowienie to wprowadzało rażąco nierównowagę pomiędzy uprawnieniami zleceniobiorcy i zleceniodawcy (konsumenta) na niekorzyść słabszej strony krytycznej umowy. Rozważany wzorzec umowy nie nakładał bowiem na kontrahenta konsumenta obowiązku zapłaty odszkodowania (świadczenia pieniężnego) na rzecz konsumenta, w sytuacji gdy konsument rozwiązał umowę z powodu naruszenia jej przez kontrahenta – zleceniobiorcę. Oznaczało to, że zapis ten był sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszał interesy konsumenta w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Dodatkowo spełniał przesłanki niedozwolonego postanowienia umownego z art. 385³ pkt 9 k.c. Przyznawał bowiem kontrahentowi konsumenta uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. To zleceniobiorca decydował o tym czy doszło do naruszenia przez zleceniodawcę postanowień umowy. Zleceniobiorca mógł jednostronnie stwierdzić, że konsument – bez wcześniejszych, wzajemnych uzgodnień – podjął jakiejkolwiek czynności w zakresie objętym umową, a w razie uznania, że miało to miejsce, rozwiązać umowę, czego skutkiem był obowiązek konsumenta zapłaty określonego świadczenia pieniężnego.

Zdaniem SOKiK – wbrew twierdzeniom powoda – nie można uznać, aby zapis ten stanowił klauzulę abuzywną w ujęciu art. 385³ pkt 16 k.c. Zgodnie z tym przepisem w razie

wątpliwości uważa się za niedozwolone postanowienie umowne, które nakłada wyłącznie na konsumenta obowiązek zapłaty ustalonej sumy na wypadek rezygnacji z wykonania umowy.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 12 czerwca 2012 r. (sygn. akt VI ACa 1321/11) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji należycie określił niedozwolony charakter tego postanowienia umownego. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie niejasne sformułowanie tego postanowienia dawało podstawy do uznania, że „wynagrodzenie” o którym mowa w tym postanowieniu stanowi w istocie karę umowną do uiszczenia której zobowiązany zostaje konsument w wypadku naruszenia postanowień umowy skutkującego rozwiązaniem umowy przez zleceniobiorcę. Nałożenie na zleceniodawcę w kwestionowanym zapisie obowiązku zapłaty kwoty w określonej wysokości, niezależnej od nakładu i czasu pracy poniesionych przez zleceniobiorcę, stanowiło sankcję za naruszenie obowiązków wynikających z umowy i było karą umowną w rozumieniu art. 483 k.c. Treść powyższego postanowienia nakładała na konsumenta, który nie wykonał zobowiązania, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej odpowiadającej wysokości całego należnego kontrahentowi wynagrodzenia, niezależnie od tego, czy i w jakim zakresie kontrahent konsumenta swoje zobowiązanie wynikające z umowy wykonał, a więc czy podjął jakiegokolwiek działania zmierzające do realizacji zlecenia i czy w związku z tym poniósł szkodę.

Klauzula nr 4631

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 974/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„W razie odstąpienia od umowy Ubezpieczenia Towarzystwo zwraca Ubezpieczającemu Wartość Rachunku Ubezpieczającego, ustaloną według wyceny Jednostek Uczestnictwa najpóźniej z dziewiątego Dnia Wyceny po dniu zaakceptowania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia, zwiększoną o pobranie opłaty, wskazane w § 18 ust. 1 pkt 1-6”.

Postanowienie to w dniu 14 maja 2013 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzwanych pod 4631.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to spełniało przesłanki klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 12 k.c. Stosownie do treści art. 385³ pkt 12 k.c. w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności wyłączają obowiązek zwrotu konsumentowi uiszczonej zapłaty za świadczenie nie spełnione w całości lub części, jeżeli konsument zrezygnuje z zawarcia umowy lub jej wykonania. Zgodnie z zakwestionowanym postanowieniem w przypadku odstąpienia konsumenta od umowy ubezpieczenia zwracana była wyłącznie wartość rachunku oraz opłaty wskazane w o.w.u. Z brzemienia tej klauzuli wynikało zatem, że zwrotowi nie będzie natomiast podlegać część opłaty za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Stosowanie zaś do treści art. 813 § 1 zd. 2 k.c. w przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Składka ubezpieczeniowa jest elementem przedmiotowo istotnym umowy ubezpieczenia i korelatem świadczenia ubezpieczyciela. Przy ustaleniu wysokości składki podlegającej zwrotowi należy brać pod uwagę proporcjonalność świadczeń stron – składki i ochrony ubezpieczeniowej. Zarówno okres świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, jak i składka są z natury swej podzielne. Należy więc uznać, że zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej musi być oparty na zasadzie proporcji. Co do zasady przy ustalaniu, czy ubezpieczającemu należy się składka za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej, nie ma znaczenia przyczyna wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta umowa. W szczególności nie jest istotne to, z czyjej inicjatywy umowa została rozwiązana lub też kto ponosi odpowiedzialność za okoliczności, których skutkiem jest wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia. Tak więc w przypadku odstąpienia konsumenta od umowy powinna zostać mu zwrócona cała składka wpłacona z góry za okresy przypadające po rozwiązaniu umowy po potrąceniu składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Tymczasem na podstawie przedmiotowego postanowienia, w przypadku odstąpienia konsumenta od umowy zwracane były uiszczone należności z tytułu ubezpieczenia oraz pobrane opłaty określone w o.w.u., za wyjątkiem opłat za niewykorzystany okres ubezpieczenia związanych z udzielaną ochroną ubezpieczeniową. SOKiK stanął na stanowisku, że takie uregulowanie stosunku prawnego pozostaje niewątpliwie w sprzeczności z zasadą ekwiwalentności świadczeń, powodując tym samym nierównomierne rozłożenie praw i obowiązków stron umowy ze szkodą dla

konsumenta. W ocenie SOKiK, ubezpieczyciel na podstawie przedmiotowego postanowienia w sposób dowolny zatrzymywał część opłat uiszczonych przez klienta w związku z jego rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej. W ten sposób ubezpieczyciel otrzymywał część świadczenia klienta, sam będąc zwolniony od spełnienia własnego świadczenia.

Zdaniem SOKiK przedsiębiorca ma prawo do potrącenia poczynionych nakładów, jak również kompensaty poniesionych strat, w przypadku rezygnacji konsumenta z usługi. Kwota podlegająca potrąceniu powinna jednak zostać ustalona w zakresie zbliżonym do rzeczywistej straty poniesionej przez ubezpieczyciela, jak również uwzględniać faktyczny okres ochrony ubezpieczeniowej. W związku z tym, zwrotowi powinna podlegać część niewykorzystana po odliczeniu ww. kosztów. Ubezpieczyciel zaś nie wykazał, że ponosił straty lub, że poniósł już nakłady w wysokości zbliżonej do wielkości wskazanych w kwestionowanym zapisie. Określone w kwestionowanym postanowieniu należności pozostawały, w ocenie SOKiK, w sprzeczności z unormowaniem powołanego przepisu art. 813 k.c. i prowadziły do przekonania, iż wysokość płaconej w tych warunkach przez konsumenta kwoty jest niewspółmierna i zbyt wygórowana w stosunku do poniesionych przez ubezpieczyciela nakładów i utraconych korzyści, jak również do faktycznie uzyskanej przez konsumenta ochrony ubezpieczeniowej. Postanowienie to, zdaniem SOKiK, mogło także w istocie powodować ograniczenie uprawnienia konsumenta do odstąpienia od umowy. W praktyce mogło bowiem dojść do takiej sytuacji, w której konsumenci będą rezygnować z przysługującego im uprawnienia do odstąpienia od umowy z obawy przed utratą uiszczonych dotąd należności na rzecz zakładu ubezpieczeń. Przedmiotowe postanowienie nie uwzględniało i nie zabezpieczało interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co nie znajdowało żadnego uzasadnienia i prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 4 kwietnia czerwca 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1324/12) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji należycie określił niedozwolony charakter tego postanowienia umownego. Z zakwestionowanego postanowienia bez wątplenia wynikało, że zwrotowi nie będzie podlegać część opłaty za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Argumentacja pozwanego jakoby zapis ten nie wyłączał możliwości zwrotu części niewykorzystanej składki, a po prostu nie regulował tej kwestii, była całkowicie chybiona. Ogólne warunki umowy nie przewidywały zwrotu części składek w żadnym zapisie, w żadnym punkcie, a więc skoro w ogóle zwrotu tego nie przewidziano, a analizowany zapis stanowi podstawę do wyliczenia kwot należnych

ubezpieczonemu po zakończeniu umowy nie można zgodzić się z apelującym, że naruszono art. 385³ pkt 12 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, polegające na błędnej kwalifikacji postanowienia wzorca umowy uznanego za niedozwolone jako wypełniającego dyspozycję przepisu art. 385³ pkt 12) k.c. i przyjęciu, że w razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia zwrotowi na rzecz ubezpieczającego nie podlega część uiszczonych przez klienta opłat, co jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interesy konsumenta. Uregulowanie stosunku prawnego w sposób jaki uczynił to pozwany pozostawało niewątpliwie w sprzeczności z zasadą ekwiwalentności świadczeń powodując tym samym nierównomierne rozłożenie praw i obowiązków stron umowy ze szkodą dla konsumenta. Pozwany na podstawie przedmiotowego postanowienia w sposób dowolny zatrzymywał część opłat uiszczonych przez klienta w związku z jego rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej. W ten sposób pozwany otrzymywał część świadczenia klienta, sam będąc zwolniony od spełnienia własnego świadczenia.

Klauzula nr 4632

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 974/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Opłata likwidacyjna pobierana z Subkonta Składek regularnych, poprzez umorzenie Jednostek Uczestnictwa, przed Całkowitą Wypłatą, w razie wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia (...) oraz tej części Częściowej Wyплаты z Subkonta Składek regularnych, która powoduje, że Wartość Subkonta Składek Regularnych staje się niższa od kwoty odpowiadającej Statusowi Polisy Opłaconej przed wskazaną poniżej Rocznicą Polisy, w następującej wysokości:

do dnia poprzedzającego

1. Rocznicę Polisy - 100,0%

od 2. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego

3. Rocznicę Polisy - 80,0%

od 3 Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego

4 Rocznicę Polisy - 70,0%

od 4. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego

5 Rocznicę Polisy - 60,0%

od 5. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego

6 Rocznicę Polisy - 50,0%

od 6 7. Rocznicę Polisy - 40.0%

od 7. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego

8. Rocznicę Polisy - 30,0%

od 8 Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego

9. Rocznicę Polisy - 20,0%

od 9. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego

10. Rocznicę Polisy - 10,0%

od 10. Rocznicy Polisy - 0%. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego”.

Postanowienie to w dniu 14 maja 2013 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod 4632.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolonym postanowieniem w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. SOKiK wskazał, że stosowane przez pozwanego ubezpieczyciela wzorce umowne nie zawierały definicji „Opłaty likwidacyjnej”. Pozwany w odpowiedzi na pozew, jak również w toku postępowania sądowego nie wskazał w sposób wyraźny za jakie jej świadczenia pobierana była przedmiotowa opłata likwidacyjna, tłumacząc konieczność jej pobierania potrzebą zniwelowania ryzyka, jakie ponosi w związku z przedwczesnym zrywaniem przez konsumentów umów. Zdaniem SOKiK należało zatem wskazać, że opłata likwidacyjna pobierana była w razie rozwiązania umowy a podstawę jej naliczenia stanowił stan rachunku oodstawowego. Opłata ta była określona w sposób ryczałtowy. Z uwagi na fakt, że opłata likwidacyjna była stosowana czasowo, nie miała ona charakteru kary umownej. We wzorcu umownym brak było zapisu, który wskazywałby na funkcję kompensacyjną opłaty likwidacyjnej. Nazwa opłaty, jak również zapisy stosowanych przez pozwanego wzorców umownych wydawały się wskazywać, że opłata ta stanowi świadczenie konsumenta, nie będące świadczeniem głównym, za bliżej nieokreślone czynności pozwanego. Przedmiotowy wzorec umowny nie wskazywał, jakie świadczenia objęte zostały pobieranymi opłatami likwidacyjnymi. Naruszało to bez wątpienia obowiązki rzetelnego i kompletnego informowania konsumentów o istotnych okolicznościach dotyczących jego praw i obowiązków w zakresie łączącego stosunku prawnego.

W ocenie SOKiK, postanowienie umowne przewidujące obowiązek spełnienia przez konsumenta na rzecz oferenta świadczenia, bez określenia jego charakteru lub ewentualnego

świadczenia wzajemnego było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interes konsumentów. W sposób nieusprawiedliwiony nakładało na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanej mu się należy. Konsument nie miał zatem możliwości stwierdzenia, czy jego świadczenie było ekwiwalentne i uzasadnione. Godziło to w zasadę równowagi kontraktowej stron, uniemożliwiając konsumentowi ochronę jego praw. Pozwany dysponował natomiast prostym mechanizmem naliczania tej opłaty i fizycznego jej pobierania w drodze potrąceń.

W ocenie SOKiK tego rodzaju dysproporcja praw przekraczała określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Przedmiotowe postanowienie rażąco naruszało też interes konsumenta, który był obciążany opłatą nie mającą odzwierciedlenia w przepisach prawa. Jednocześnie dochodziło do ukształtowania obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i wykorzystania jego słabej pozycji w stosunku umownym. Okoliczności te uzasadniały twierdzenie, że zakwestionowane postanowienie nie uwzględniało i nie zabezpieczało interesu konsumenta jako słabszej strony umowy, co prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Zakwestionowany zapis bezsprzecznie zatem, w ocenie Sądu, kształtował prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 4 kwietnia czerwca 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1324/12) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji należycie określił niedozwolony charakter tego postanowienia umownego. Słusznie SOKiK wskazał, że postanowienie to w sposób nieusprawiedliwiony nakładało na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanej mu się należy. Konsument nie miał zatem możliwości stwierdzenia, czy jego świadczenie jest ekwiwalentne i uzasadnione. Umowa ubezpieczenia jest umową wzajemnie zobowiązującą, a zatem świadczenia stron winny być ekwiwalentne. W toku postępowania pozwana spółka nie wykazała w sposób wyraźny za jakie jej świadczenia pobierana była opłata likwidacyjna, tłumacząc decyzję o jej pobieraniu koniecznością swoistej refundacji „utruty spodziewanych zysków”. Podnieść z całą mocą trzeba, że umowa zawarta przez strony nie zawiera zapisów kształtujących to świadczenie nie będące świadczeniem głównym konsumenta, jako opłatę kompensacyjną. Zatem tłumaczenie i uzasadnianie tego świadczenia w zasadzie *post factum*, na potrzeby niniejszego

postępowania nie mogło prowadzić do uznania tego zapisu wzorca umowy za precyzyjny, zgodny z dobrymi obyczajami i nienaruszający interes konsumenta. Przedmiotowe postanowienie nie uwzględniało i nie zabezpieczało interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. To, że ubezpieczyciel przewidział swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy, nie powiązując jej wysokości z realnie poniesionymi wydatkami, powodowało ponadto, że trudno przypisać opłacie likwidacyjnej charakter odszkodowawczy. Wbrew twierdzeniom apelującego Sąd I Instancji nie dokonał oceny zgodności z dobrymi obyczajami postanowienia umowy bez uwzględnienia pełnej treści wzorca umowy. W żadnym z zapisów o.w.u. nie można bowiem odnaleźć uzasadnienia i przyczyn, dla których usprawiedliwione byłoby pobieranie opłaty likwidacyjnej w wymaganej wysokości. Wysokość ta nie pozostawała w związku ani z ponoszonymi kosztami, ani z ryzykiem ekonomicznym, a w każdym razie nie zostało to w o.w.u. wskazane i wyjaśnione. Znaczna część kosztów funkcjonowania pozwanego oraz jego ryzyko są przecież pokrywane przez konsumenta w ramach szeregu innych opłat, jak opłata wstępna, opłata administracyjna, itp.

Klauzula nr 4633

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 4 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 974/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Aegon Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Opłata likwidacyjna jest pobierana w wysokości wskazanej w tabeli poniżej.

<i>Indywidualny Rok Ubezpieczenia, w którym jest pobierana opłata likwidacyjna</i>	<i>Wysokość opłaty likwidacyjnej stanowiącej procent środków wypłacanych z Subkonta Składek Regularnych</i>
<i>1</i>	<i>100%</i>
<i>2</i>	<i>100%</i>
<i>3</i>	<i>80%</i>
<i>4</i>	<i>70%</i>
<i>5</i>	<i>60%</i>
<i>6</i>	<i>50%</i>
<i>7</i>	<i>40%</i>
<i>8</i>	<i>30%</i>
<i>9</i>	<i>20%</i>
<i>10</i>	<i>10%</i>

Postanowienie to w dniu 14 maja 2013 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod 4633.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolonym postanowieniem w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Uzasadnienie abuzywności postanowienia było tożsame z oceną SOKiK, która została wyrażona przy klauzuli abuzywnej nr 4632.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 4 kwietnia czerwca 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1324/12) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu odwoławczego, Sąd I instancji należycie określił niedozwolony charakter tego postanowienia umownego. Stanowisko Sądu Apelacyjnego w Warszawie było tożsame jak w przypadku klauzuli nr 4632.

Klauzula nr 4744

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 28 września 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1449/12 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Wszelkie spory wynikłe z tytułu wykonywania zobowiązań związanych z Promocją będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla siedziby Organizatora konkursu”.

Postanowienie to w dniu 24 maja 2013 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 4744.

W ocenie powoda ubezpieczyciel zorganizował promocję, w ramach której posługuje się regulaminem, zawierającym niedozwolone postanowienie umowne, gdyż w sposób sprzeczny z prawem narzucał konsumentom właściwość sądu.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa. Potwierdził, iż zorganizował dobrowolną promocję upominkową dla klientów w ramach promocji ubezpieczeń mieszkaniowych. Wskazał, iż organizując promocję kierował się przepisami normującymi przyrzeczenie publiczne i dlatego regulaminu nie należy utożsamiać z wzorcem umownym.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wskazał, że za bezzasadny należało uznać zarzut pozwanego, iż regulamin nie dotyczył umowy z konsumentami, ale był przyrzeczeniem publicznym w rozumieniu art. 919 k.c. Zakres zastosowania art. 919 k.c. ogranicza się do sytuacji, gdy przyrzekający nagrodę oznacza czynność, której wykonanie warunkuje

otrzymanie nagrody. W orzecznictwie i piśmiennictwie wymienia się czynności, które polegać mogą na działaniu lub zaniechaniu, takie jak znalezienie zaginionej osoby lub zwierzęcia, odszukanie ukradzionej rzeczy, ujawnienie groźnego przestępcy, dokonanie wyczynu sportowego, rozwiązanie zadania umysłowego w zamian za nagrodę, którą mogą być pieniądze lub inne dobra materialne. W realiach niniejszej sprawy pozwany oferował klientom zawarcie umowy ubezpieczenia majątkowego (za wynagrodzeniem), co uprawniało do otrzymania upominku promocyjnego w postaci torebki o wartości nie przekraczającej kwoty 760,00 zł. Tak więc „regulamin” dotyczył typowej umowy ubezpieczenia. Celem podstawowym pozwanego, jak należy przyjąć, było przekonanie jak największej ilości klientów do zawarcia umowy ubezpieczenia. Możliwość otrzymania upominku zakwalifikować należało jako działanie marketingowe stosowane powszechnie przez sprzedawców, mające na celu zwiększyć atrakcyjność oferty. Wyłączało to możliwość uznania, iż pozwany złożył przyrzeczenie publiczne.

W ocenie SOKiK zakwestionowane postanowienie nakładało na konsumenta obowiązek zwrócenia się do sądu właściwego ze względu na siedzibę pozwanego w przypadku sporów wynikłych z umowy, a więc sprzecznie z zasadą wynikającą z art. 27 § 1 k.p.c. Zgodnie z art. 34 § 1 k.p.c. powództwo o ustalenie istnienia umowy, o jej wykonanie, rozwiązanie lub unieważnienie, jako też o odszkodowanie z powodu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy wytoczyć można przed sąd miejsca jej wykonania. Wynika stąd, że w takim przypadku powód może skorzystać z właściwości ogólnej, ale również z właściwości wynikającej z miejsca wykonania umowy. Sporny zapis pozwalał na uznanie go za sprzeczny z treścią wskazanych przepisów. Ustalał on bowiem właściwość sądu w praktyce zawsze na korzyść pozwanego przedsiębiorcy wówczas, gdy będzie występował on po stronie pozwanego, jak i wtedy gdy sam będzie występował jako powód. Tymczasem mogło się okazać, iż według przepisów o właściwości przemiennej konsument mógłby wybrać sąd właściwy ze względu na swoje miejsce zamieszkania, czy położenie banku. Wskazać bowiem należy, iż w ramach jednego stosunku prawnego może zachodzić właściwość kilku różnych sądów. Stosując zakwestionowaną klauzulę pozwany powyższy wybór konsumenta wyłączył.

Zgodnie z art. 46 § 1 k.p.c. strony mogą umówić się na piśmie o poddanie sądowi pierwszej instancji, który według ustawy nie jest miejscowo właściwy, sporu już wynikłego lub sporów mogących w przyszłości wyniknąć z oznaczonego stosunku prawnego. Sąd ten będzie wówczas wyłącznie właściwy, jeżeli strony nie postanowiły inaczej. Strony mogą

również ograniczyć umową pisemną prawo wyboru powoda pomiędzy kilku sądami właściwymi dla takich sporów. Strony nie mogą jednak zmieniać właściwości wyłącznej (§ 2). W wyniku takiego zapisu umownego, jak kwestionowana klauzula, pozwany wyłączył więc właściwość miejscową przewidzianą w przepisach regulujących procedurę cywilną. Tak ukształtowana klauzula naruszała treść art. 385³ pkt 23 k.c., zgodnie z którym, w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które narzucają rozpoznanie sprawy przez sąd, który wedle ustawy nie jest miejscowo właściwy. Kwestionowana klauzula, niezależnie od sporu, narzucała jedną właściwość – sądu siedziby pozwanego. Zatem nie mogło ulegać wątpliwości, że klauzula ta kształtowała prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. Dodatkowo, w rejestrze klauzul niedozwolonych, prowadzonym przez Prezesa UOKiK, figurowały klauzule o sensie identycznym z zakwestionowanym postanowieniem.

Klauzula nr 4797

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 marca 2013 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1448/12 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Organizator nie ponosi odpowiedzialności za działanie dostawców i ewentualne nie doręczenie upominków do Agencji”.

Postanowienie to w dniu 6 czerwca 2013 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 4797.

Powód zakwestionował postanowienie regulaminu promocji upominkowej dla klientów w ramach promocji ubezpieczeń mieszkaniowych. W ocenie powoda wskazane postanowienie wzorca umowy stanowiło niedozwoloną klauzulę, gdyż było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumentów. Przewidywało wyłączenie odpowiedzialności przedsiębiorcy za niewykonanie lub nienależyte wykonanie umowy.

Pozwany wniósł o oddalenie powództwa, gdyż żądanie pozwu nie dotyczyło wprowadzonego do obrotu wzorca umowy, ponieważ zawarte w regulaminie oświadczenie ubezpieczyciela miało charakter jednostronny i stanowiło przyrzeczenie publiczne w rozumieniu art. 919 k.c. Tym samym nie podlegało kontroli w toku postępowania o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie nie było składnikiem jednostronnego oświadczenia woli. O jednostronności stosunku prawnego decydowałyby zbędność oświadczenia woli jednej ze stron. Nie można zatem mówić o zbędności oświadczenia woli uczestnika promocji, gdy do wzięcia w niej udziału konieczne jest wcześniejsze wyrażenie zgody na warunki proponowane przez przedsiębiorcę a tym bardziej przystąpienie do umowy ubezpieczenia. W omawianym regulaminie sam pozwany używał sformułowania „dokonają zawarcia z Organizatorem nowej umowy ubezpieczenia mieszkaniowego” (art. 2 ust. 2 wzorca umowy). Powyższe sformułowanie nie mogło być rozumiane inaczej, niż jako złożenie oświadczenia woli. Przystąpienie do promocji wymagało zatem złożenia wzajemnie sobie odpowiadających wyraźnych oświadczeń woli pozwanego i uczestnika, co innymi słowy oznaczało zawarcie umowy. Dodatkowo w świetle orzecznictwa Sądu Apelacyjnego w Warszawie z natury uregulowania przyrzeczenia publicznego wynika, iż chodzi w nim o nieskomplikowaną relację prawną, sprowadzającą się do prostego wykonania jednej oznaczonej czynności, za co obiecano nagrodę. Stosunek prawny regulowany kilkunastoma postanowieniami, nie mieści się w ramach przewidzianej w art. 919 k.c. instytucji przyrzeczenia publicznego⁸. Zgodnie z art. 66 § 1 k.c. oświadczenie drugiej stronie woli zawarcia umowy stanowi ofertę, jeżeli określa istotne postanowienia tej umowy. Regulamin, jakim posługiwał się pozwany bez wątplenia te istotne postanowienia określał. Należy zatem stwierdzić, że ogłoszenie promocji i wprowadzenie do obrotu regulaminu, stanowiło nie tyle przyrzeczenie publiczne, co ofertę zawarcia umowy o udział w promocji.

Zdaniem SOKiK dobrym obyczajem jest to, aby przedsiębiorca nie wykorzystywał swej uprzywilejowanej pozycji kontraktowej, będącej rezultatem stosowania przez niego jednostronnie ustalonego wzorca umowy. Przedstawianie konsumentom do akceptacji warunków umowy zawierających zapisy, kształtujące ich prawa i obowiązki w sposób mniej korzystny niż wynika to z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, niewątpliwie przeczy powyższemu. Oczekiwany jest także, by pozwany przedsiębiorca nie przenosił na konsumenta ryzyka związanego z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą, które w kontekście niniejszej sprawy wiąże się z uprawnieniem do zwolnienia się z odpowiedzialności za nienależyte wykonanie umowy przez osoby trzecie, przy pomocy których pozwany wykonuje swoje zobowiązanie. Poprzez zastosowanie kwestionowanego zapisu mogło dojść

⁸ Wyrok SA w Warszawie z dnia 4 października 2011 r. (sygn. akt VI ACa 282/11), wyrok SA w Warszawie z dnia 7 września 2011 r. (sygn. akt VI ACa 284/11), wyrok SA w Warszawie z dnia 20 października 2010 r. (sygn. akt VI ACa 231/10), wyrok SA w Warszawie z dnia 20 października 2010 r. (sygn. akt VI ACa 233/10).

do sytuacji, w której konsument spełniając warunki promocji, nie otrzyma upominku promocyjnego, a przedsiębiorca nie poniesie za to odpowiedzialności. Nie może zatem zyskać aprobaty praktyka stosowana przez przedsiębiorcę przewidująca taką możliwość. Świadczy to o woli utrudnienia konsumentowi możliwości dochodzenia swoich usprawiedliwionych roszczeń. Naruszenie interesu konsumenta przejawiało się przede wszystkim w sferze ekonomicznej. Konsument mimo iż spełnił swoje świadczenie poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia mógł nie otrzymać w zamian upominku promocyjnego, a pozwany – stosując kwestionowany zapis – zwolnić się od odpowiedzialności, nie dając konsumentowi możliwości dochodzenia roszczeń. Powodowało to straty finansowe, jak również naruszenie interesów prywatnych wynikających z braku satysfakcji, związanego z niepomysłnym załatwieniem sprawy, uniemożliwieniem dochodzenia usprawiedliwionych roszczeń oraz wynikającymi z tego trudnościami organizacyjnymi.

W ocenie SOKiK przedmiotowa klauzula stanowiła niedozwolone postanowienie umowne stosownie do art. 385¹ k.c., w szczególności zaś mieściła się w hipotezie art. 385³ pkt 2 k.c., zgodnie z którym w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności wyłączają lub istotnie ograniczają odpowiedzialność względem konsumenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania. Postanowienie to wypełniało także hipotezę art. 385³ pkt 21 k.c., zgodnie z którym w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności uzależniają odpowiedzialność przedsiębiorcy od wykonania zobowiązań przez osoby, za pośrednictwem których wykonuje swoje zobowiązanie.

SOKiK wskazał także, że ubezpieczyciel w zakwestionowanym postanowieniu zastrzegł, że nie ma wpływu na działania przewoźnika, które mogą powodować opóźnienie lub nawet brak doręczenia upominków promocyjnych, i te zdarzenia, co istotne, nie mogą być podstawą do roszczeń kierowanych przez konsumentów. Takie uregulowanie umowne jest niedopuszczalne. Powszechnie przyjętą praktyką w przypadku przesyłania i dostarczania towarów jest przekazywanie, polecenie ich wyspecjalizowanym podmiotom, realizującym usługi pocztowe lub kurierskie. Zasady odpowiedzialności za działania osób, którymi przedsiębiorca posługuje się realizując swoje zobowiązanie, uregulowane są w sposób wyważony w przepisach powszechnie obowiązujących, przede wszystkim w art. 474 k.c., zgodnie z którym dłużnik odpowiedzialny jest jak za własne działanie lub zaniechanie za działania i zaniechania osób, z których pomocą zobowiązanie wykonuje. Zakwestionowane postanowienie zawężyło odpowiedzialność w sposób nadmierny. Świadczenie pozwanego jest

spełnione w momencie, kiedy konsument otrzyma upominek promocyjny. Niedopuszczalne zatem jest postanowienie wzorca umowy prowadzące do sytuacji, w której z tytułu nieotrzymania lub bardzo późnego otrzymania upominku promocyjnego konsument musiałby dochodzić roszczeń od przedsiębiorcy pocztowego lub innego podmiotu, który przyczynił się do powstania opóźnienia. Z podmiotami takimi nie wiąże konsumenta żaden stosunek umowny. Łączyłyby się z tym zatem szereg praktycznych trudności, poczynając od ustalenia, który podmiot ponosi odpowiedzialność w sytuacji braku jakichkolwiek dokumentów potwierdzających wysyłkę towaru. To pozwany decydował, w jaki sposób zorganizowana jest jego działalność i komu zleca poszczególne czynności. Dlatego niedopuszczalne jest wyłączenie lub ograniczanie odpowiedzialności za wykonanie zobowiązania ze względu na wadliwe działanie podmiotów świadczących usługi pocztowe lub dostawcze. Konsekwencją tego jest uznanie, że zakwestionowana klauzula nie uwzględniała i nie zabezpieczała interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co nie znajdowało żadnego uzasadnienia i prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco dla niego niekorzystny. Przedmiotowy zapis bezsprzecznie kształtował prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy.

Klauzula nr 5224

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 278/11, wyrokiem z dnia 3 lipca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 279/11 oraz wyrokiem z dnia 3 lipca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 280/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Pramerica Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści.

„Pisma kierowane do Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego pod ich ostatni znany Pramerica Życie TUiR S.A. adres korespondencyjny uważa się za doręczone i wywierające skutki prawne po upływie 30 dni od daty wysłania”.

Postanowienie to w dniu 23 października 2013 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 5224. Klauzula ta była oceniana w trzech różnych postępowaniach, dlatego też poniżej zostaną one odrębnie opisane.

a) Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 24 sierpnia 2012 r. (sygn. akt XVII AmC 278/11)

W ocenie powoda zakwestionowane postanowienie niekorzystnie kształtowało sytuację konsumenta i rażąco naruszało jego interesy, a ubezpieczyciel umieszczając je w o.w.u. wykorzystywał swoją uprzywilejowaną sytuację. Uprawienie do doręczenia zastępczego zastrzeżone zostało tylko na rzecz ubezpieczyciela. Postanowienia o podobnej treści były już uprzednio wpisywane do rejestru klauzul niedozwolonych.

Zdaniem pozwanego przedmiotowa klauzula nie miała charakteru abuzywnego. Zapis o.w.u. miał swoje źródło w art. 61 § 1 k.c. Przepis ten nie wymaga, aby adresat faktycznie zapoznał się z jego treścią oświadczenia, decydująca jest bowiem sama możliwość zapoznania się z jego treścią. Pozwany podkreślił, że nałożenie na konsumenta obowiązku informowania zakładu ubezpieczeń o zmianie adresu jest konieczne, w przeciwnym razie ubezpieczyciel nie będzie w stanie wykonywać swoich ustawowych obowiązków informacyjnych wobec klientów. Stwierdził również, że taki sposób komunikacji z klientem jest dla konsumentów korzystny, ponieważ nie wiąże się z uciążliwością odbierania przesyłek na pocztę jak w przypadku listów poleconych.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwestionowana klauzula stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., ponieważ kształtowała prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. Postanowienie to przyznawało uprawnienie do jednostronnej oceny doręczenia korespondencji konsumentom. Nie było zgodne z art. 61 § 1 k.c., w myśl którego oświadczenie woli które ma być złożone innej osobie, jest złożone z chwilą, gdy doszło do niej w taki sposób, że mogła zapoznać się z jego treścią. Odwołanie takiego oświadczenia jest skuteczne, jeżeli doszło jednocześnie z tym oświadczeniem lub wcześniej. SOKiK nie podzielił stanowiska pozwanego, który wskazywał, że przedmiotowa klauzula odpowiadała warunkom przedstawionym w art. 61 k.c. i była zastrzeżona na korzyść konsumentów. W świetle tego przepisu kluczowe jest zapewnienie adresatowi przesyłki rzeczywistej możliwości zapoznania się z treścią oświadczenia. Tymczasem analizowana klauzula takiej możliwości konsumenta pozbawiała. Skutek doręczenia był przewidziany w każdej sytuacji wysłania przesyłki, mimo że przepisy prawa przyjmują obowiązek jej faktycznego doręczenia w taki sposób, aby adresat miał możliwość zapoznania się z jego treścią. SOKiK podzielił stanowisko wyrażane w orzecznictwie (np. sprawa sygn. akt XVII AmC 1872/09), zgodnie z którym to na składającym oświadczenie woli spoczywa ciężar

dowodu, że doszło ono do adresata w sposób umożliwiający mu, według reguł rozsądku i doświadczenia życiowego, zapoznanie się z jego treścią. Jeśli więc oświadczenie zostało wysłane adresatowi listem albo innym sposobem porozumiewania się na odległość, składający powinien wykazać np. za pomocą zwrotnego poświadczenia odbioru (pocztowego dowodu nadania), że pismo zostało adresatowi doręczone. Powstały dowód nadania listu poleconego wprowadza domniemanie doręczenia. Adresat pisma może obalić to domniemanie wykazując, iż nie miał możliwości zapoznania się z treścią oświadczenia⁹. Zgodnie bowiem z teorią doręczenia, ryzyko niedojścia oświadczenia woli do adresata spoczywa na składającym oświadczenie. Tymczasem postanowienie objęte sporem w niniejszej sprawie takiego ryzyka dla pozwanego nie przewidywało, a wręcz przeciwnie – przerzucało je na konsumenta. Taki zapis wzorca w sposób sprzeczny z przepisami i dobrymi obyczajami kształtował prawa i obowiązki konsumentów, rażąco naruszając ich interesy, przenosząc na nich w każdej sytuacji odpowiedzialność za wykazanie, że przesyłki nie otrzymali (tym samym nakładając obowiązek przedstawienia tzw. dowodu negatywnego, niezgodnie z treścią art. 6 k.c.).

Zdaniem SOKiK wbrew stanowisku prezentowanemu przez pozwanego, przedmiotowa klauzula znacznie wykraczała poza nałożenie na konsumenta obowiązku informowania towarzystwa ubezpieczeń o zmianie adresu. Wprowadzała bowiem nadmiernie surową, automatyczną sankcję za niedopełnienie takiego obowiązku w postaci fikcji doręczenia pisma konsumentowi. Zakwestionowana klauzula mogła również spowodować, że konsument nawet czasowo nieobecny pod wskazanym adresem, nie poznał treści adresowanej do niego korespondencji. Taka konstrukcja umowy wyłączała wzięcie pod uwagę indywidualnych okoliczności sprawy i stawiała klientów pozwanego w wyjątkowo niekorzystnym położeniu względem przedsiębiorcy. W dodatku analogiczne uprawnienie, jak słusznie zauważył powód, nie zostało przewidziane we wzorcu umownym dla drugiej – słabszej – strony kontraktu, tj. konsumenta. Podsumowując, kwestionowana klauzula jako wprowadzająca w błąd co do przysługujących konsumentom uprawnień, naruszała dobre obyczaje i w sposób sprzeczny z nimi kształtowała prawa i obowiązki konsumentów. Godziła również w równowagę kontraktową, powodując przewagę po stronie pozwanego, czym rażąco naruszała interesy konsumentów.

SOKiK podkreślił również, że klauzule o analogicznej treści, stosowane przez innych przedsiębiorców, figurowały już w rejestrze klauzul niedozwolonych m.in., wpisane były pod

⁹ Por. wyrok SN z dnia 20 stycznia 2004 r. (sygn. akt II CK 358/02).

numerem 2322, 2559, 1711. Rozszerzona prawomocność wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone nie wyłącza możliwości wytoczenia powództwa przeciwko innemu przedsiębiorcy, niebiorącemu udziału w postępowaniu, w którym zapadł wyrok, stosującemu takie same lub podobne postanowienia wzorca, jak wpisane do rejestru klauzul abuzywnych¹⁰. Możliwe więc było wydanie wyroku uwzględniającego powództwo w przedmiotowej sprawie, jednak nie ulegało wątpliwości, że pozwany stosował klauzulę o treści i funkcji jednakowej, jak klauzule już wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych, a zatem w sposób rażący naruszył art. 479⁴³ k.p.c.

b) Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 3 lipca 2012 r. (sygn. akt XVII AmC 279/11)

W dniu 1 marca 2012 r. Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie sygn. akt XVII AmC 279/11 wydał wyrok zaoczny i uznał za niedozwolone oraz zakazał stosowania postanowienia o ww. treści. Na skutek sprzeciwu pozwanego SOKiK wyrokiem z dnia 3 lipca 2012 r. wyrok zaoczny utrzymał w mocy.

W ocenie powoda kwestionowane postanowienie niekorzystnie kształtowało sytuację konsumenta, przenosząc na grunt obrotu z udziałem konsumentów instytucję doręczenia zastępczego, która jest instrumentem prawa procesowego i nie powinna być przenoszona na grunt obrotu gospodarczego, w szczególności z udziałem konsumentów, mając na uwadze treść art. 61 k.c. Konsument może bowiem zostać pozbawiony możliwości rzeczywistego zapoznania się z oświadczeniem woli pozwanego i narażony będzie na skutki z tym związane. Powód wskazał, iż uprawnienie to zostało zastrzeżone tylko na rzecz pozwanego, z wykluczeniem klientów, a poza tym do rejestru klauzul niedozwolonych wpisane zostały tożsame klauzule.

Pozwany w uzasadnieniu sprzeciwu od wyroku zaocznego wskazał, że sporne postanowienie nie było tożsame z klauzulami wpisanymi do rejestru klauzul abuzywnych. Nie kształtowało praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, ani rażąco nie naruszało jego interesów. Zaprzeczył, że stosował instytucję doręczenia zastępczego. Wskazał, iż wszystkie swoje przesyłki wysyłał listami zwykłymi, a poleconymi nadawane były wyłącznie oświadczenia o negatywnej decyzji odnośnie objęcia ochroną ubezpieczeniową. Stosując przedmiotową klauzulę zapewnił bardziej dogodną pozycję dla

¹⁰ Tak SN w uchwale z dnia 7 października 2008 r. (sygn. akt III CZP 80/08).

swoich klientów niż gwarantował to art. 61 k.c., gdyż umożliwił odbiorcy zapoznanie się z oświadczeniem woli, co oznacza przesłanie przesyłki na podany adres. Przewidziany został bardzo długi, bo 30- dniowy okres, po upływie którego przesyłki uważano się za doręczone. Przesyłanie zaś listów poleconych było dużo bardziej kłopotliwie, bo wiązało się z koniecznością ich odbioru na poczcie. Podał także, iż UOKiK w raporcie z 2006 r. wskazał, iż nie kwestionuje możliwości wprowadzenia domniemania doręczenia na korzyść zakładów ubezpieczeń, a jedynym warunkiem jest zapewnienie równorzędności stron. Nadto raport UOKiK z 2010 r. nie wykazał nieprawidłowości spornego postanowienia. Wskazał również na brak jednolitości linii orzeczniczej w tym zakresie.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwestionowana klauzula stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. W świetle tego postanowienia o.w.u. pisma kierowane pod ostatnio znany adres korespondencyjny uważano się za doręczone i wywierające skutki prawne po upływie 30 dni od daty wysłania. Tymczasem, pomijając kwestię złożenia oświadczenia woli w postaci elektronicznej (art. 61 § 2 k.c.), oświadczenie woli, które ma być złożone innej osobie, jest złożone z chwilą, gdy doszło do niej w taki sposób, że mogła zapoznać się z jego treścią (art. 61 § 1 k.c.). Z art. 61 k.c. wynika, iż w sprawie składania oświadczenia woli ustawodawca przyjął teorię doręczenia. Według tej teorii dla przyjęcia, że oświadczenie woli zostało złożone innej osobie, istotna jest chwila dojścia treści tego oświadczenia do wiadomości tej osoby. Ze względu na interes i bezpieczeństwo obrotu oraz ułatwienia dowodowe domniemywa się, że adresat zapoznał się z treścią oświadczenia, gdy doszła do niego w taki sposób, iż powzięcie o nim wiadomości stało się możliwe. Z punktu widzenia skuteczności oświadczenia woli nieistotne jest zatem, czy i kiedy adresat zapoznał się z jego treścią. Wystarczające jest, że oświadczenie woli doszło do niego w sposób stwarzający mu realną możliwość zapoznania się z treścią oświadczenia¹¹. Oświadczenie woli uznaje się za skutecznie złożone również wtedy, gdy adresat mogąc zapoznać się z jego treścią, celowo tego nie uczynił¹², odmówił zapoznania się z nim¹³ lub z własnej woli nie podjął przesyłki pocztowej zawierającej to

¹¹ Por. np. wyrok SN z dnia 19 października 1976 r. (sygn. akt I PR 125/76, LEX nr 14332), wyrok SN z dnia 6 listopada 1980 r. (sygn. akt I PRN 109/80, PiZS 1982, nr 5, s. 53), wyrok SN z dnia 15 stycznia 1990 r. (sygn. akt I CR 1410/89, LEX nr 9006), postanowienie SN z dnia 5 października 1995 r. (sygn. akt I CR 9/95, „Palestra” 1996, nr 11-12, s. 218), wyrok SN z dnia 18 grudnia 1996 r. (sygn. akt I CKU 44/96, „Prokuratura i Prawo” 1997, nr 6, poz. 30), uchwała SN z dnia 6 października 1998 r., III ZP 31/98, OSNP 1999, nr 3, poz. 80).

¹² Por. wyrok SN z dnia 16 marca 1995 r. (sygn. akt I PRN 2/95, OSNP 1995, nr 18, poz. 229).

¹³ Por. wyrok SN z dnia 23 stycznia 1998 r. (sygn. akt I PKN 501/97, OSNP 1999, nr 1, poz. 15).

oświadczenie¹⁴. Innymi słowy, odmowa przyjęcia oświadczenia woli lub zaniechanie zapoznania się z nim nie wywołuje bowiem żadnych skutków prawnych¹⁵.

W zakwestionowanej klauzuli skutek doręczenia był przewidziany w każdej sytuacji skierowania pisma, mimo że przepisy prawa przyjmują obowiązek jego faktycznego doręczenia w taki sposób, aby adresat miał możliwość zapoznania się z jego treścią. To na składającym oświadczenie woli spoczywa ciężar dowodu, że doszło ono do adresata w sposób umożliwiający mu – według zasad doświadczenia życiowego – zapoznanie się z jego treścią. Jeśli więc oświadczenie zostało wysłane adresatowi listem albo innym sposobem porozumiewania się na odległość, składający powinien wykazać np. za pomocą pocztowego dowodu nadania lub zwrotnego poświadczenia odbioru, że list (telegram) został adresatowi doręczony. Powstały dowód nadania listu poleconego nie jest wprawdzie dowodem doręczenia go adresatowi, lecz jest dowodem *prima facie*. Adresat oświadczenia może obalić to domniemanie wykazując, że nie miał możliwości zapoznania się z treścią oświadczenia. Zgodnie bowiem z teorią doręczenia, ryzyko niedojścia oświadczenia woli do adresata spoczywa na składającym oświadczenie. Tymczasem postanowienie objęte sporem w niniejszej sprawie takiego ryzyka dla pozwanego nie przewidywało, a wręcz przerzucało je na konsumenta. Nawet bowiem w sytuacji zaginięcia przesyłki, jej zagubienia przez operatora pocztowego, pozwany – w świetle tego zapisu – spełniłby swój obowiązek doręczenia korespondencji, gdyż „*pisma kierowane pod ostatni znany (..) adres korespondencyjny (...) uważało się za doręczone i wywierające skutki prawne po upływie 30 dni od daty wysłania*”, co nie znajdowało żadnego uzasadnienia w przepisach prawa.

Poza tym, klauzula ta nie odróżniała różnych sytuacji, które mogły być przyczyną niepodjęcia korespondencji przez klienta, jak chociażby jego pobyt w szpitalu, błąd operatora pocztowego, itd., a więc nie różnicowała przyczyn niepodjęcia przesyłki. Co więcej, mogła zaistnieć przykładowo sytuacja, że konsument zmienił adres i nie zdążył jeszcze o tym fakcie poinformować pozwanego, a w międzyczasie nadejdzie przesyłka od pozwanego. W związku z tym, w zasadzie w każdym przypadku skierowania przesyłki pod adres wskazany pozwany był uprawniony do uznania, że przesyłka została prawidłowo zaadresowana i doręczenie nastąpiło, co mogło powodować określone skutki dla konsumenta, a więc uznanie, że mógł on (przynajmniej) się zapoznać z oświadczeniem woli ubezpieczyciela. Przyczyny nieodebrania mogą być uwzględniane na gruncie art. 61 k.c., mają wpływ na skuteczność doręczenia, ale

¹⁴ Por. wyrok SN z dnia 11 grudnia 1996 r. (sygn. akt I PKN 36/96, OSNP 1997, nr 14, poz. 251).

¹⁵ Por. J. Strusińska-Żukowska, *Rozwiązanie stosunku pracy*, „Prawo Pracy” 1995, nr 10, s. 6 i nast.

nie mogą być uwzględniane na bazie kwestionowanej klauzuli, gdyż niezależnie od przyczyn nieodebrania, następuje skutek doręczenia (uznania doręczenia za prawidłowe), a jednak konsument jest pozbawiony możliwości zapoznania się z oświadczeniem pozwanego.

Uwzględniając powyższe uznać należało, iż taki zapis wzorca naruszał prawa konsumenta, przerzucając w każdej sytuacji na klienta obowiązek wykazania, że przesyłki nie otrzymał (a więc nakładając obowiązek przedstawienia tzw. dowodu negatywnego, czyli niezgodnie z treścią art. 6 k.c.). Bez znaczenia było to, czy konsument mógłby łatwo (w prosty sposób) obalić „domniemanie” zawarte w tym postanowieniu, gdyż ubezpieczyciel – niezgodnie z przepisami prawa – nakładał na konsumenta obowiązek, którego przepisy prawa nie przewidywały. Kwestionowana klauzula nie zawierała domniemania, ale fikcję prawną prawidłowego, a więc skutecznego doręczenia. Taki zapis oznaczał wywołanie skutku prawnego z określonym dniem, a nie domniemanie faktyczne, że mamy do czynienia z określonym zdarzeniem. Żaden zapis o.w.u. nie upoważniał konsumenta do „obalenia” tej fikcji. Wręcz przeciwnie, skutek doręczenia powstawał i ubezpieczyciel był uprawniony w stosunkach z konsumentami powołać się na ten skutek. SOKiK podkreślił przy tym, że żaden przepis prawa, żadna instytucja prawa cywilnego nie uprawniał jednej ze stron umowy do jednostronnego ustalania, czy dana przesyłka została drugiej stronie doręczona, a konkretnie – że nastąpił skutek prawny złożonego oświadczenia woli. W niniejszej sprawie ubezpieczyciel jednostronnie ustalił, że jego oświadczenie zostaje złożone skutecznie, a takiej możliwości nie daje mu żaden przepis prawa. Skuteczność i prawidłowość złożonego oświadczenia może być ustalana wyłącznie w odniesieniu do realiów konkretnej sprawy, a nie *a limine* przez jednostronne narzucenie konsumentowi klauzuli w tym przedmiocie.

Zdaniem SOKiK interes konsumentów został zdecydowanie narażony przez zastosowanie kwestionowanego postanowienia, gdyż konsument mógł zostać pozbawiony możliwości rzeczywistego zapoznania się z oświadczeniem pozwanego. To pozwany miał obowiązek wykazać, że przesyłka została doręczona konsumentowi, a nie konsument miał obowiązek udowodniać, że do doręczenia nie doszło. Nawet doręczenie przesyłki listem zwykłym będzie wywoływało skutki prawne, niezależnie czy takowe doręczenie w ogóle miało miejsce – wystarczy, że pozwany powołał się na dane podane przez klienta. Korzystanie przez pozwanego z korespondencji zwykłej, ale również wymagającej potwierdzenia odbioru, powinno odbywać się tylko i wyłącznie na jego ryzyko, co w szczególności dotyczy tej pierwszej korespondencji, gdyż nie zapewnia w żaden sposób doręczenia adresatowi. Tymczasem pozwany ryzyko to przerzucał na klientów, co rażąco

naruszało ich prawa. Postanowienie umowne naruszało także dobre obyczaje, gdyż godziło w równowagę kontraktową stron. Kwestionowane postanowienie zastrzeżone zostało jedynie na rzecz pozwanego, z wykluczeniem jego klientów. Została zatem zakłócona zasada równouprawnienia stron umowy, co jest niezgodne z art. 385¹ k.c.

Kwestia nieodebrania oświadczenia przez adresata i przyczyn takiego stanu rzeczy może być rozpatrywana jedynie *ad casu*, a nie w sposób odgórny, narzucony przez jedną ze stron stosunku prawnego. Kwestionowana klauzula wykraczała bowiem poza uprawnienia, jakie przyznawały pozwanemu przepisy prawa, w sposób nieuzasadniony umacniając jego pozycję w stosunku do konsumentów. Bez znaczenia zaś pozostawało, co było celem kwestionowanej klauzuli. Ustalenie abuzywności klauzuli odbywa się w oderwaniu od faktycznych sposobów jej stosowania i tego, jak dane postanowienie umowne rozumie przedsiębiorca i w jakim celu wprowadził je do wzorca umowy.

SOKiK zauważył także, że w rejestrze klauzul niedozwolonych, prowadzonym przez Prezesa UOKiK, figurowały klauzule o sensie identycznym z zakwestionowanym postanowieniem, a mianowicie przykładowo klauzula: nr 918, 1207, 1482, 1601, 1681, 1711, 1746, 1826, 1861, 1954 i 1972.

Rozszerzona prawomocność wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone (art. 479⁴³ w zw. z art. 365 k.p.c.) nie wyłącza możliwości wytoczenia powództwa przez tego samego lub innego powoda – w tym także przez organizację społeczną działającą na rzecz ochrony interesów konsumentów – przeciwko innemu przedsiębiorcy, niebiorącemu udziału w postępowaniu, w którym zapadł wyrok, stosującemu takie same lub podobne postanowienia wzorca, jak wpisane do rejestru, o którym mowa w art. 479⁴⁵ § 2 k.p.c.¹⁶ Możliwe więc było merytoryczne rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie, jednak nie może ulegać wątpliwości, że pozwany stosował klauzulę o treści i sensie identycznym, jak klauzule już wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych. Celem prowadzonego rejestru jest wyeliminowanie z obrotu niedozwolonych postanowień umownych. W rejestrze tym przytacza się treść postanowień wzorców umowy, które zostały przez SOKiK uznane za niedozwolone. Obowiązuje w tym zakresie tzw. formalna jawność rejestru, oznaczająca, iż od chwili jego wpisania nikt nie może zasłaniać się nieznaną dokonywanych w nim wpisów (zob. art. 479⁴³ k.p.c.). Oznacza to, że postanowienia te są zakazane we wszystkich wzorcach umów, a zakaz stosowania niedozwolonych postanowień odnosi się do wszystkich przedsiębiorców nie tylko do tych, przeciwko którym zapadł wyrok

¹⁶ Por. uchwałę SN z dnia 7 października 2008 r. (sygn. akt III CZP 80/08, OSNC 2009, nr 9, poz. 118)..

SOKiK. Usunięcie z obrotu prawnego niedozwolonych postanowień wzorców ma nie tylko usunąć z obrotu prawnego takie postanowienia, lecz również uchronić konsumentów przed narażeniami na takie postanowienia w przyszłości w umowach zawieranych z innymi przedsiębiorcami. W związku z tym, że przedsiębiorcy stosują postanowienia, których istota jest taka sama, lecz konstrukcja gramatyczna czy szyk wyrazów w zdaniu są różne, istotne jest, aby zakaz stosowania niedozwolonych postanowień odnosił się również do postanowień podobnych. Nie ma więc uzasadnienia dla możliwości stosowania fikcji doręczenia dla doręczeń w obrocie z konsumentami. Nie uzasadnia tego również specyfika działalności pozwanego, gdyż prawidłowe (skuteczne) doręczenie pism jest istotne w przypadku wykonywania każdego rodzaju umów. Klauzule wpisane do rejestru są tożsame treściowo z klauzulą objętą niniejszym pozwem, także przy uwzględnieniu innych postanowień wzorca umowy, o czym była mowa powyżej.

Z powyższych względów kwestionowane postanowienie stanowiło w obrocie z konsumentami niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny wyrokiem z dnia 6 marca 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1241/12) oddalił apelację pozwanego. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie można było zgodzić się z zarzutem apelacji przekroczenia przez sąd I instancji granic swobodnej oceny dowodów polegającej na przyjęciu, że zakwestionowane postanowienie nie tylko nie obciążało pozwanego jako składającego oświadczenie woli ryzykiem niedojścia przedmiotowego oświadczenia do adresata, a wręcz przerzucało to ryzyko na adresata (konsumenta), nakładając na niego obowiązek wykazania w każdej sytuacji, że przesyłki nie otrzymał poprzez przedstawienie tzw. dowodu negatywnego, a więc niezgodnego z treścią art. 6 k.c. Zgodnie z ugruntowanym w orzecznictwie jak i doktrynie poglądem oświadczenia woli pomiędzy nieobecnymi powinny być w zasadzie kierowane do miejsca zamieszkania lub siedziby adresata, chyba że wskazał on inny adres dla doręczeń. Oświadczenia wysłane do tych miejsc (lokali) uważa się za złożone nawet wówczas, gdy osoba ta pod tym adresem już nie przebywa, ale nie pozostawiła informacji o nowym miejscu swego pobytu. Przyjmuje się, że negatywne konsekwencje niemożności skomunikowania się z osobą w miejscach, w których kontakt ten według wszelkiego prawdopodobieństwa powinien być możliwy, obciążają tę osobę, gdyż powinna ona zadbać o zapewnienie możliwości porozumiewania się z nią, np. za pośrednictwem wskazanych przez nią osób lub przez poinformowanie o nowym adresie. Zatem w przypadku zmiany adresu adresat korespondencji ponosi ryzyko niezapoznania się z jej treścią w sytuacji, gdy nie powiadomi

nadawcy, z którym pozostaje w stałym stosunku o powyższej zmianie. Należy zaaprobować przytoczone przez pozwanego w apelacji argumenty dotyczące interpretacji art. 61 k.c. Istotnie z punktu widzenia skuteczności oświadczenia woli nieistotne jest to, czy i kiedy adresat zapoznał się z jego treścią. Wystarczające jest, że oświadczenie woli doszło do niego w sposób stwarzający mu realną możliwość zapoznania się z treścią oświadczenia. Dla prawidłowego stosowania art. 61 k.c. nie wymaga się zatem badania, czy adresat rzeczywiście zapoznał się z oświadczeniem woli, ale weryfikuje się, czy istniała taka możliwość.. Oświadczenie woli uznaje się za skutecznie złożone również wtedy, gdy adresat, mogąc zapoznać się z jego treścią, celowo tego nie uczynił i odmówił zapoznania się z nim lub z własnej woli nie podjął przesyłki pocztowej zawierającej to. Odmowa przyjęcia oświadczenia woli lub zaniechanie zapoznania się z nim nie wywołuje bowiem żadnych skutków prawnych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego pozwany jednak pomijał jeden, istotny element zakwestionowanego postanowienia, mianowicie, że zgodnie z tą klauzulą skutek prawny doręczenia ubezpieczonemu korespondencji następuje po upływie 30 dni od dnia wysłania. Zatem pozwany w ogóle nie wiązał skutku doręczenia z dojściem oświadczenia woli do adresata. Z zakwestionowanego postanowienia wynikało, że skutek doręczenia następuje zawsze, bez względu na to, czy przesyłka dotarła do adresata, czy np. zaginęła, co uniemożliwiało jej doręczenie adresatowi na jakikolwiek adres, czy z przyczyn losowych adresat nie podjął przesyłki. Tymczasem w świetle przepisu art. 61 k.c. zdarzeniem istotnym dla skuteczności oświadczenia woli jest jego dojście do adresata w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią. Nie było natomiast istotne to, kiedy oświadczenie woli zostało wyrażone albo wysłane do adresata. Samo sporządzenie pisma zawierającego oświadczenie woli nie może być uznane za złożenie oświadczenia woli w rozumieniu art. 61 k.c., chociażby nawet istniała możliwość faktycznego zapoznania się z treścią oświadczenia przez adresata, o ile nie nastąpiło przekazanie tego pisma z zamiarem wywołania skutków prawnych. W razie niedojścia wysłanego oświadczenia woli do adresata nie można zatem mówić o skutecznym jego złożeniu. W takim wypadku adresat nie ma bowiem możliwości zapoznania się z jego treścią, a to oznacza, że oświadczenie nie zostało skutecznie złożone i nie wywarło skutków prawnych. Zgodnie z art. 6 k.c. na składającym oświadczenie woli spoczywa ciężar dowodu, że jego oświadczenie doszło do adresata w taki sposób, że mógł się z nim zapoznać w normalnym toku czynności. Sformułowanie zakwestionowanego postanowienia natomiast prowadziło do wniosku, że to na ubezpieczonym spoczywał obowiązek wykazania, że oświadczenie woli wysłane przez pozwanego do niego nie dotarło, skoro skutek doręczenia

wiązał pozwany już tylko z faktem wysłania korespondencji. W tej sytuacji pozwany, w ocenie Sądu I instancji, błędnie utożsamiał wysłanie korespondencji z jej doręczeniem na dotychczas znany pozwanemu adres. Błędnie również pozwany przyjął, że zakwestionowana klauzula wprowadzała domniemanie doręczenia korespondencji adresatowi. Instytucja domniemania prawnego, zdefiniowana w przepisie art. 234 k.p.c. konstruowana jest w oparciu o przepisy prawa materialnego a nie procesowego, a jej istota wyraża się w tym, że dowód określonego w normie prawnej faktu zastępuje dowód faktu, z którego dana osoba wywodzi skutki prawne albo bezpośrednio dowód istnienia określonego prawa, stosunku prawnego lub jego istotnego elementu. Zatem rację miał Sąd I instancji uznając, że przedmiotowa klauzula przewidywała fikcję doręczenia a nie domniemanie doręczenia.

W ocenie Sądu Apelacyjnego nie mogło też budzić wątpliwości, że ocena zakwestionowanej klauzuli przez Sąd I instancji jako sprzecznej z dobrymi obyczajami i rażąco naruszającej interesy konsumenta była prawidłowa. Nie ulega wątpliwości, że pozwany na konsumenta przerzucił cały ciężar wykazania, że przesyłka wysłana przez pozwanego do niego nie dotarła. Pozwany jednostronnie ustalił, że jego oświadczenie woli zostało złożone skutecznie, podczas, gdy żaden przepis prawa nie przyznawał mu takiego uprawnienia, natomiast prawidłowość, a przede wszystkim skuteczność doręczenia winna być ustalana w odniesieniu do okoliczności konkretnej sprawy. Zakwestionowane w niniejszej sprawie postanowienie było też tożsame z postanowieniami już wpisanymi do rejestru klauzul abuzywnych. Wbrew twierdzeniom pozwanego zawartym w uzasadnieniu apelacji Sąd I instancji nie wskazał stosowania przez pozwanego klauzuli o treści i sensie identycznym do wpisanych już do rejestru klauzul niedozwolonych, jako przesłanki uznania, że pozwany stosuje klauzulę niedozwoloną. Sąd I instancji jedynie dodatkowo wskazał na tę okoliczność, po uprzednim dokonaniu oceny zakwestionowanej klauzuli w kontekście spełnienia przesłanek, o jakich mowa w art. 385. 1 § 1 k.c.

c) Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 3 lipca 2012 r. (sygn. akt XVII AmC 280/11)

W dniu 1 marca 2012 r. Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie sygn. akt XVII AmC 280/11 wydał wyrok zaoczny i uznał za niedozwolone oraz zakazał stosowania postanowienia o ww. treści. Na skutek sprzeciwu pozwanego SOKiK wyrokiem z dnia 3 lipca 2012 r. wyrok zaoczny utrzymał w mocy.

W ocenie powoda zakwestionowane postanowienie niekorzystnie kształtowało sytuację konsumenta, przenosząc na grunt obrotu z udziałem konsumentów instytucję doręczenia zastępczego, która jest instrumentem prawa procesowego i nie powinna być przenoszona na grunt obrotu gospodarczego, w szczególności z udziałem konsumentów. Konsument może bowiem zostać pozbawiony możliwości rzeczywistego zapoznania się z oświadczeniem woli pozwanego i narażony będzie na skutki z tym związane. Wskazał, iż uprawnienie to zostało zastrzeżone tylko na rzecz pozwanego, z wykluczeniem klientów. Poza tym do rejestru klauzul niedozwolonych wpisane zostały tożsame klauzule.

W uzasadnieniu sprzeciwu od nakazu zapłaty pozwany wskazał, że sporne postanowienie umowne nie było tożsame z klauzulami wpisanymi do rejestru. Postanowienie nie kształtowało praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, ani rażąco nie naruszało jego interesów. Zaprzeczył, że stosuje instytucję doręczenia zastępczego. Wskazał, iż wszystkie swoje przesyłki wysyła listami zwykłymi, a poleconymi nadawane są wyłącznie oświadczenia o negatywnej decyzji odnośnie objęcia ochroną ubezpieczeniową. Stosując przedmiotową klauzulę zapewnił bardziej dogodną pozycję dla swoich klientów niż gwarantuje to art. 61 k.c., gdyż umożliwił odbiorcy zapoznanie się z oświadczeniem woli, co oznacza przesłanie przesyłki na podany adres. Przewidziany został bardzo długi, bo 30-dniowy okres, po upływie którego przesyłki uważa się za doręczone. Przesyłanie zaś listów poleconych jest dużo bardziej kłopotliwie, bo wiąże się z koniecznością ich odbioru na poczcie. Podał, iż UOKiK w raporcie z 2006 r. wskazał, iż nie kwestionuje możliwości wprowadzenia domniemania doręczenia na korzyść zakładów ubezpieczeń, a jedynym warunkiem jest zapewnienie równorzędności stron. Nadto raport UOKiK z 2010 r. nie wykazał nieprawidłowości spornego postanowienia. Pozwany wskazał również na brak jednolitości linii orzeczniczej w tym zakresie.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwestionowana klauzula stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Jeżeli chodzi o uzasadnienie abuzywności to było one identyczne jak w przypadku postępowania w sprawie sygn. akt XVII AmC 279/11.

Sąd Apelacyjny w Warszawie z dnia 7 lutego 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1249/12) oddalił apelację pozwanego. Rzecznikowi Ubezpieczonych nie został przekazany ten wyrok w związku z czym nie możliwe jest przedstawienie stanowiska sądu odwoławczego. Wyrok nie został również opublikowany w portalu orzeczeń sądów powszechnych i w Biuletynie Informacji Publicznej Sądu Apelacyjnego w Warszawie.

Klauzula nr 5544

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 24 sierpnia 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 5381/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez MTU Moje Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Na wysokość uszczerbku na zdrowiu mają wpływ także: 2) doznanie kilka rodzajów trwałego uszczerbku na zdrowiu. W takim wypadku MTU wypłaca świadczenie wyłącznie za ten uszczerbek, któremu przypisana jest najwyższa wartość procentowa – zgodnie z tabelą przedstawioną w par. 34 ust. 1 pkt 3)”.

Postanowienie to w dniu 13 lutego 2014 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 5544.

Powód w uzasadnieniu powództwa wskazał, iż ubezpieczenie następstw nieszczęśliwych wypadków obejmuje trwałe uszczerbek na zdrowiu kierowcy i pasażera i takie też jest powszechne rozumienie istoty tego ubezpieczenia. Z tych przyczyn zakwestionowana klauzula, na podstawie której ubezpieczyciel wypłaca odszkodowanie nie za całościowy uszczerbek na zdrowiu, lecz wyłącznie za jego ułamek zaprzeczał istocie tego ubezpieczenia i treści samych ogólnych warunków umowy, które sugerowały, że wysokość świadczenia jest wprost proporcjonalna do rozmiaru uszczerbku na zdrowiu. W ocenie powoda zakwestionowana klauzula w kontekście całego regulaminu mogła wprowadzać w błąd ubezpieczającego, rażąco naruszając jego interesy.

W ocenie pozwanego zakwestionowane postanowienie było sformułowane jasno i nie dawało podstaw do wątpliwości w tym zakresie. Ubezpieczający miał też możliwość wcześniejszego zapoznania się z jego treścią. Pozwany wskazał także, iż istota ubezpieczeń osobowych polega na tym, że ubezpieczenia te nie mają charakteru odszkodowawczego ani kompensacyjnego, a otrzymywane świadczenia nie mają charakteru zadośćuczynienia. Zdaniem pozwanego jest zasadniczo nietrafne odnoszenie wysokości świadczeń z tytułu ubezpieczenia osobowego następstw nieszczęśliwych wypadków do jakości i stopnia natężenia uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia. Pozwany podniósł, iż w zakwestionowanej klauzuli przyjęte zostało rozwiązanie, oparte na zasadzie absorpcji, co nie naruszało praw ubezpieczonego, dobrych obyczajów i było zgodne z prawem. Ponadto zakwestionowana klauzula dotyczyła głównych świadczeń stron umowy.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zgodnie z treścią art. 385¹ § 1 K.c. warunkiem badania określonego postanowienia umowy zawieranej z konsumentem pod kątem abuzywności jest, aby to postanowienie sformułowane w sposób jednoznaczny nie określało głównych świadczeń stron, w tym ceny lub wynagrodzenia. Niewątpliwie zgodnie z treścią art. 805 § 1 i 2 k.c. głównym świadczeniem ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia osobowego jest zapłata umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Zakwestionowana klauzula niewątpliwie dotyczyła głównego świadczenia, tj. sumy pieniężnej, jaką zobowiązany był wypłacić ubezpieczyciel. Nie określała jednakże tego świadczenia w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., gdyż pod tym pojęciem należy rozumieć bezpośrednią regulację dotyczącą świadczenia głównego. W niniejszej sprawie postanowieniem umowy określającym główne świadczenie pozwanego było niewątpliwie inne postanowienie o.w.u., gdzie uregulowano procentowo w odniesieniu do sumy ubezpieczenia wysokość świadczeń w razie zajścia określonych wypadków ubezpieczeniowych. Ponadto, nawet w razie uznania zakwestionowanej klauzuli za określającą główne świadczenie pozwanego, to w ocenie Sądu nie została ona sformułowana w sposób jednoznaczny. Co do zasady zakwestionowana klauzula dotyczyła bowiem wysokości doznanego uszczerbku na zdrowiu, nie zaś wysokości świadczenia ubezpieczyciela. Do tego świadczenia odnosiła się jedynie pośrednio. O niejednoznaczności tego sformułowania świadczyła także redakcja o.w.u., w szczególności umiejscowienie zaskarżonej klauzuli. Gdyby pozwany informację o wypłacie procentu sumy ubezpieczenia za tylko jeden z uszczerbków wymienionych w tej jednostce redakcyjnej, nawet w razie ich kumulacji, umieścił w § 34 wzorca, wówczas ewentualnie można byłoby uznać, że zachodzi przesłanka wyłączająca badanie tego postanowienia pod kątem abuzywności. Właśnie bowiem w § 34 o.w.u. określono wysokość świadczenia ubezpieczyciela. Przedmiotowe zastrzeżenie zostało zapisane w innym miejscu umowy – dotyczącym co do zasady trybu ustalania wysokości świadczenia – i jedynie pośrednio odnosiło się do wysokości świadczenia ubezpieczyciela. Wobec tego brak było podstaw do uznania, iż określało sformułowane w sposób jednoznaczny główne świadczenie ubezpieczyciela.

Zdaniem SOKiK postanowienie to było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interes konsumenta. Konsument zawierając umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na warunkach określonych w o.w.u. dowiadyuje się, iż ubezpieczenie obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków w zakresie m.in. trwałego

uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Mógł zatem pozostawać w uzasadnionym przekonaniu, iż świadczenie ubezpieczyciela będzie pozostawało w związku z doznanym uszczerbkiem na zdrowiu, w tym znaczeniu, że im uszczerbek będzie poważniejszy, tym otrzymane świadczenie będzie wyższe. Jak już wyżej wspomniano pozwany wyraźnie ugruntowywał takie intuicyjne przekonanie konsumenta poprzez uszeregowanie rodzajów doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu i przypisanie im określonej wielkości procentowej sumy ubezpieczenia, jako wyznacznika wysokości świadczenia. Jest oczywiste, że okoliczność doznania kilku uszczerbków na zdrowiu w wyniku jednego zdarzenia wpływa na ogólny stan zdrowia w ten sposób, że go pogarsza. Następstwa wypadku są zatem poważniejsze. Tymczasem zakwestionowana regulacja prowadziła do sytuacji, w której świadczenie ubezpieczyciela pomimo że następstwa wypadku są poważniejsze, ulegało zmniejszeniu. Jest to ewidentnie nieuczciwe postanowienie, które zaburza równowagę stron stosunku umownego, nie pozwalając na realizację takich wartości jak szacunek wobec partnera, uczciwość, szczerłość, zaufanie, lojalność, rzetelność i fachowość. Tak bowiem powinny zostać zakwalifikowane wszelkie postanowienia, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku umownego, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy. SOKiK wskazał, iż z niektórymi poglądami doktryny, świadczenie ubezpieczyciela (będące ekwiwalentem umownego obowiązku uiszczenia składki) polega na ponoszeniu ryzyka pokrycia określonych strat. Ryzyko to w niniejszej sprawie pozwany w sposób nieuzasadniony ograniczał, albowiem jego świadczenie umowne pomimo wystąpienia poważniejszego zdarzenia (a więc zrealizowania się poważniejszego ryzyka) – ulegało zmniejszeniu. Zakwestionowana klauzula w ocenie Sądu była też obliczona na zwiększenie zysku z prowadzonej działalności, kosztem ubezpieczonych. Z doświadczenia życiowego wynika, iż częściej występującymi następstwami nieszczęśliwych wypadków są właśnie owe mniej poważne uszczerbki (złamania), niż całkowite trwałe uszczerbki na zdrowiu (amputacje, utrata wzroku, słuchu, mowy). Masowość takich zdarzeń może mieć globalny wpływ na stopień opłacalności prowadzonej działalności gospodarczej, skoro pozwany stosował w zaskarżonym wzorcu zasadę „absorbacji”, a więc ograniczał wypłatę świadczeń za wystąpienie części z nich. Rację miał przy tym powód, iż zakwestionowana klauzula, pomimo jej jednoznacznego sformułowania w kontekście treści całego wzorca była obliczona na wprowadzenie w błąd konsumenta oraz wykorzystanie jego naiwności i braku wystarczającej wiedzy prawniczej. Rażące naruszenie interesu konsumenta wyraża się w braku możliwości uzyskania świadczenia umownego, zgodnego z istotą i celem umowy oraz związanych z tym

przykrości i zawodzie. Sąd Okręgowy nie neguje przy tym, iż świadczenia z umów ubezpieczeń osobowych nie mają charakteru odszkodowawczego czy kompensacyjnego. Jednakże zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 23 kwietnia 1965 r. (sygn. akt III PO 3/65, OSNC 1965, nr 12, poz. 198) kwota wypłacona pokrzywdzonemu powinna być proporcjonalna do stopnia inwalidztwa.

Klauzula nr 5567

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 3734/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Art. 30. WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO 3. Wypłata z rachunku głównego następuje na wniosek Ubezpieczającego i jest uzależniona od dokonania przez Ubezpieczyciela oceny wpływu takiej wypłaty na kontynuację umowy głównej”.

Postanowienie to w dniu 11 marca 2014 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 5567.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385³ pkt 8 i pkt 9 k.c. Zakwestionowane postanowienie było klauzulą przyznającą ubezpieczycielowi prawo do arbitralnych decyzji w sprawie dokonania wypłaty. Uprzywilejowało kontrahenta konsumenta, pozbawiając wolę konsumenta wszelkiego znaczenia. Zgodnie ze słownikiem pojęć o.w.u. „*umowa główna to umowa ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym*”. Kwestionowany zapis zawarty był w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym. Przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego. Zgodnie z o.w.u. obowiązkiem ubezpieczyciela była wypłata świadczenia, alokacja każdej składki podstawowej, dodatkowej oraz lokacyjnej. Natomiast ubezpieczający został zobowiązany do opłacania składki całkowitej w wysokościach i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia. W myśl słownika o.w.u. za składkę całkowitą uznawało się sumę składki podstawowej i składek na umowy dodatkowe wpłacane na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela. W o.w.u. przewidziano składki dodatkowe i składki lokacyjne; pierwsze w celu dopisania dodatkowych jednostek uczestnictwa do rachunku głównego, drugie w celu dopisania jednostek uczestnictwa do rachunku lokacyjnego. Rachunek główny

stanowił rachunek jednostek uczestnictwa utworzony dla umowy głównej, do którego dopisywane są jednostki uczestnictwa zakupione za składki podstawowe i dodatkowe. Innymi słowy, składki podstawowe i dodatkowe generowały jednostki uczestnictwa na rachunku głównym, a składki lokacyjne – jednostki uczestnictwa na rachunku lokacyjnym. Wszystkie składki razem (podstawowa, dodatkowa i lokacyjna) podlegały alokacji w fundusze. Zgodnie z o.w.u. ubezpieczający wskazywał fundusze, w które miała być ulokowana składka podstawowa, dodatkowa i lokacyjna.

Kwestionowany zapis dotyczył wypłaty z rachunku głównego na wniosek ubezpieczającego poddany ocenie ubezpieczyciela. Co do zasady umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest umową ubezpieczenia, co wynika z bardzo szerokiej definicji tej umowy zawartej w art. 805 k.c. Immanentną cechą umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest wyraźne wyodrębnienie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz jego odrębne administrowanie. Połączenie umowy ubezpieczenia na życie z inwestowaniem rodzi problem klasyfikacji konkretnych stosunków prawnych w zależności jak zostały sformułowane konkretne postanowienia umów. W literaturze przedmiotu na podstawie analizy wzorców umownych umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zdefiniowano przedmiotowo istotne elementy tej umowy i przedstawiono jej definicję. Zgodnie z nią, poprzez umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty świadczeń pieniężnych – sumy ubezpieczenia lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku i wypłaty innych świadczeń – wartości wykupu na wniosek ubezpieczającego oraz do lokowania pochodzących ze składek aktywów zgromadzonych w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym na ryzyko ubezpieczającego, a ubezpieczający zobowiązuje się do zapłaty składki ubezpieczeniowej i, w ramach środków pochodzących ze składek, ponoszenia kosztów związanych z funkcjonowaniem ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Podkreśla się dualizm regulacji; prawa i obowiązki stron składają się w części z elementów charakterystycznych dla umowy ubezpieczenia, a w części z nieznanymi obowiązującemu porządkowi prawnemu nowych regulacji, które nadają umowie indywidualny charakter. W związku z powyższym należy uznać, że badana umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie odpowiada żadnemu ustawowemu typowi umowy ubezpieczenia, co w konsekwencji oznacza, że jest umową nienazwaną¹⁷.

¹⁷ Por. M. Szczepańska, *Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, LEX 2011.

Przewidziane w umowie ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym prawo do świadczeń o charakterze pieniężnym (które nie są wypłacane w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, ale na podstawie złożonego przez uprawnionego oświadczenia woli), stanowiło wierzytelność ubezpieczającego wobec ubezpieczyciela o wypłatę określonego świadczenia pieniężnego. W tym przypadku ubezpieczający uzyskiwał własność znaków pieniężnych, co stanowiło przysporzenie na jego rzecz. Świadczenia te były określane jako wykup całkowity i wykup częściowy. Były to też świadczenia, które nie zostały zdefiniowane w przepisach prawa.

Przyjmuje się, że wykup całkowity stanowi formę wypłaty wszystkich środków zgromadzonych w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym lub funduszach. Jest to suma pieniężna odpowiadająca wartości przeliczeniowej aktywów netto na wszystkie jednostki funduszu w jednym funduszu lub we wszystkich ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych, w których jednostki posiada ubezpieczający. Jest to świadczenie jednorazowe zakładu ubezpieczeń. Realizacja obowiązku wypłaty tego świadczenia następuje poprzez wykup jednostek przez ubezpieczyciela. Sama operacja wykupu stanowi moment ustalenia obowiązku spełnienia świadczenia pieniężnego przez ubezpieczyciela, a wypłata należnej z tego tytułu kwoty pieniężnej następuje z reguły w późniejszym terminie. Kwota wypłacana osobie uprawnionej może być pomniejszona o opłatę z tytułu wykupu. Wypłata tego świadczenia powoduje co do zasady wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia¹⁸.

W umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ubezpieczający ma z reguły prawo do dokonania częściowej wypłaty lub tzw. wykupu częściowego. Jest on definiowany jako prawo do wypłaty części środków zgromadzonych na indywidualnym rachunku, które nie wiąże się z ustaniem stosunku ubezpieczenia. Częściowej wypłaty dokonuje się przez umorzenie na rachunku ubezpieczającego, ze wskazanego przez ubezpieczającego subkonta, odpowiedniej liczby jednostek funduszu wskazanego przez ubezpieczającego.

W niniejszym postanowieniu użyto sformułowania „wypłata” a nie „wykup”. Natomiast w innym postanowieniu o.w.u. przewidziano regulacje dla określenia wysokości wartości wykupu. Z kolei w słowniku pojęć „wartość wykupu” była to kwota, którą ubezpieczyciel wypłacał ubezpieczającemu albo jego prawnym spadkobiercom w przypadkach określonych w warunkach. I ta wartość wykupu zgodnie z o.w.u. mogą powodować wygaśnięcie umowy głównej. Postanowienie, jak słusznie wskazał powód,

¹⁸ *Ibidem.*

zawierało element ocenny i tę ocenę arbitralnie przyznał sobie pozwany. Stanowiło to naruszenie równowagi kontraktowej i dysproporcje praw, gdyż ubezpieczyciel zagwarantował sobie prawo decydowania o losie umowy głównej, w sytuacji gdy z punktu widzenia podziału zobowiązań na tzw. zobowiązania rezultatu i zobowiązania starannego działania, świadczenie ubezpieczyciela w postaci lokowania aktywów funduszu należy zakwalifikować jako zobowiązanie starannego działania. Ubezpieczający lokował swoje środki a ubezpieczyciel zobowiązywał się jedynie do rozwinięcia działalności w określonym kierunku i do dołożenia ze swej strony starań koniecznych do tego, aby oznaczony cel mógł być osiągnięty, lecz nie zobowiązuje się, że cel ten zostanie zrealizowany. W tego rodzaju zobowiązaniach cel pozostawał poza ich treścią. To ubezpieczający powinien mieć prawo decydowania o losie umowy. Słusznie wskazywał powód, że skoro wykup całkowity może doprowadzić do wygaśnięcia umowy i jest dopuszczalny, to strona umowy mogła realizować swe uprawnienia w mniejszym zakresie przez wykup częściowy. W niniejszej sprawie o.w.u. nie stanowiły o wykupie całkowitym i częściowym, więc tym bardziej ocena wniosku nie mogła być przejmowana przez ubezpieczyciela, skoro dysponentem umowy i środków był ubezpieczający. Do niego należała ocena, czy chce utrzymania polisy w mocy. Dodatkowo omawiana klauzula była sprzeczna z zasadą transparentności (art. 385 § 2 k.c.), czyli nakazem formułowania postanowień w sposób zrozumiały i jednoznaczny. Konsument poznawał rzeczywiste znaczenie swego wniosku o wypłatę, dopiero w kontekście innych zapisów o.w.u., gdzie pojawiała się terminologia wykupu. Pozostawała jednak wątpliwość, czy wypłata z rachunku jest tożsama z wykupem.

Mając powyższe na uwadze, zdaniem SOKiK zakwestionowana klauzula wyczerpywała przesłanki postanowienia niedozwolonego, o którym mowa w art. 385³ pkt 8 i pkt 9 k.c.

Klauzula nr 5568

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 3734/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Art. 30. WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO 6. Kwota wypłaty z rachunku głównego nie może być mniejsza od kwoty zawartej w Tabeli limitów i opłat, obowiązującej w dniu

akceptacji wniosku o taką wypłatę, a jednocześnie nie może być większa od kwoty ustalonej na podstawie postanowień ust. 7”.

Postanowienie to w dniu 11 marca 2014 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 5568.

Powód zarzucił temu postanowieniom naruszenie zasady ochrony trwałości prawnego stosunku ubezpieczenia na życie w sytuacji spadku wartości jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, związanych z niekorzystną sytuacją na rynkach finansowych, skłaniając ubezpieczającego do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Pozwany stwierdził, że określenie minimalnych kwot wiązało się z racjonalizacją kosztów.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385³ pkt 8 i pkt 9 k.c. Przyjmując, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ma charakter oszczędnościowy, należy uznać, że element inwestycyjny umowy uprawnia ubezpieczającego do swobodnego dysponowania środkami. W ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zakłady ubezpieczeń są inwestorami instytucjonalnymi. W literaturze przedmiotu wprowadzono klasyfikację inwestorów instytucjonalnych na inwestorów bankowych i instytucje niebankowe. Zakłady ubezpieczeń należą do grupy pozabankowych instytucji finansowych, które nie mają prawa tworzenia pieniądza (udzielania kredytu) przy zastosowaniu formuły mnożnika kreacji pieniądza. Działalność tych instytucji polega na dokonywaniu prostej transformacji oszczędności w kapitał¹⁹. Zakłady ubezpieczeń umożliwiają osobom, które chcą zainwestować zgromadzone środki, zawieranie umów o charakterze oszczędnościowym i inwestycyjnym. Inwestowanie za pośrednictwem ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego pozwala na osiągnięcie dwóch podstawowych celów. Po pierwsze, inwestorzy mają możliwość uzyskiwania dochodów z lokat, które nie byłyby dostępne dla każdego z nich indywidualnie ze względu na brak odpowiednio dużego kapitału. Drugim celem ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jest znaczne ograniczenie kosztów dokonywanej transakcji ze względu na dokonywanie operacji finansowych na dużą skalę²⁰.

Ubezpieczający zawierający umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie zawiera z ubezpieczycielem odrębnej umowy o zarządzanie

¹⁹ S. Owsiak, *Podstawy nauki finansów*, Warszawa 2000, s. 227.

²⁰ Por. K. Gabryelczyk, *Fundusze inwestycyjne - rodzaje, zasady funkcjonowania, efektywność*, Kraków 2006, s. 15.

aktywami. Ubezpieczający nie ma wpływu na sposób lokowania środków zgromadzonych w funduszach, ani poprzez określenie lub zmianę polityki inwestycyjnej funduszu, ani poprzez wpływ na poszczególne decyzje inwestycyjne. Ubezpieczający może wносить środki do funduszu jedynie w formie pieniężnej. Cechą charakterystyczną dla umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest zasada, że działalność lokacyjna funduszu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego. W takiej sytuacji nie można ograniczać prawa ubezpieczającego kwotami wypłaty, ani minimalnymi ani maksymalnymi. Od ubezpieczającego zależy, czy chce kontynuacji umowy czy decyduje się na wypłatę prowadzącą do wygaśnięcia umowy.

Klauzula nr 5569

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 3734/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Art. 30. WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO 9. Kolejna wypłata z rachunku głównego, dokonana na zasadach określonych w ust. 3, może nastąpić nie wcześniej, niż po upływie 12 miesięcy od dnia dokonania ostatniej wypłaty”.

Postanowienie to w dniu 11 marca 2014 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 5569.

Jeżeli chodzi o ocenę Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów to była ona podobna jak w przypadku klauzuli nr 5568 i 5571.

Klauzula nr 5570

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 3734/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Art. 30. WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO 12. Wypłata z rachunku głównego nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania wniosku przez Ubezpieczyciela”.

Postanowienie to w dniu 11 marca 2014 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 5570.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej wymienionej w art. 385³ pkt 8 k.c. Zgodnie z o.w.u. odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej kończyła się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel wypłacał świadczenie na zasadach określonych w warunkach. Zdarzeniem ubezpieczeniowym była śmierć ubezpieczonego i wówczas umowa wygasła z chwilą wypłaty świadczenia. Pozostałe przypadki wygaśnięcia umowy zostały określone w o.w.u. i wypłata z rachunku głównego stanowiła kolejny przypadek wygaśnięcia umowy głównej. Pozwany wskazywał, że termin 30 dni na wypłatę świadczenia wynikał z art. 817 § 1 k.c. Należy przyjąć, że w odniesieniu do wypłaty świadczeń regulacja prawna określająca termin spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela zawarta w art. 817 § 1 k.c. nie jest dostosowana do istoty tych świadczeń. Unormowanie to dotyczy jedynie świadczeń należnych z tytułu zajścia wypadków ubezpieczeniowych, na co wskazuje sformułowanie użyte przez ustawodawcę: „*licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku*”. W związku z tym należy uznać, że art. 817 § 1 k.c. nie powinien mieć zastosowania do określenia terminu wypłaty świadczeń na podstawie wniosku podmiotu uprawnionego. W ocenie SOKiK termin ten powinien być ustalony z zastosowaniem art. 817 § 3 k.c., określającego, że umowa ubezpieczenia lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą zawierać postanowienia korzystniejsze dla uprawnionego niż określone w paragrafach poprzedzających. Wynika to z istoty tego rodzaju świadczeń, w przypadku których ubezpieczyciel nie musi przeprowadzać postępowania likwidacyjnego, w szczególności badać okoliczności wypadku ubezpieczeniowego i przesłanek swojej odpowiedzialności. Postępowanie ubezpieczyciela ogranicza się z reguły jedynie do zbadania formalnych przesłanek nabycia prawa do świadczenia i ewentualnie ustalenia wartości wypłacanego świadczenia. Skoro pozwany nie wyjaśnił na czym polega utrudnienie w wypłacie wcześniejszej niż 30 dni to zasadne jest uznanie, że klauzule uzależniają spełnienie świadczenia od okoliczności zależnych od woli kontrahenta konsumenta. Umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym mają za przedmiot ochrony dobra osobiste człowieka, ale przez ujawnienie wyraźnego motywu oszczędnościowego nie stanowią klasycznych umów ubezpieczenia na życie. Wniosek o wypłatę nie rodził obowiązku podjęcia typowych czynności likwidacyjnych,

do których odnosi się art. 817 § 1 k.c., stąd termin realizacji świadczenia przez ubezpieczyciela mógł być korzystniejszy i o takim przypadku stanowi art. 817 § 3 k.c.

Klauzula nr 5571

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 3734/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Art.31. WYPŁATA Z RACHUNKU LOKACYJNEGO 5. Minimalna wysokość wypłaty z rachunku lokacyjnego określona jest w Tabeli limitów i opłat”.

Postanowienie to w dniu 11 marca 2014 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 5571.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385³ pkt 8 i pkt 9 k.c. Wprowadzenie ograniczenia kwotowego minimalnego naruszało dysproporcje obowiązków stron. Uzasadnienie wprowadzonej kwoty limitu kosztami operacyjnymi było nietrafne, bowiem czym innym są opłaty manipulacyjne, a czym innym realizacja praw strony, która generowała koszty. Wprowadzone ograniczenie kwotowe naruszało dobre obyczaje poprzez nieuzasadnione postawienie barier w składaniu dyspozycji wypłat, oraz interesy konsumenta poprzez odmienne ustalanie obowiązków ubezpieczającego (wysokość składki) i obowiązków ubezpieczyciela (wysokość wypłaty).

Klauzula nr 5572

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 3734/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Art.31. WYPŁATA Z RACHUNKU LOKACYJNEGO 6. Wypłata z rachunku lokacyjnego nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania wniosku o wypłatę”.

Postanowienie to w dniu 11 marca 2014 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 5572.

Jeżeli chodzi o ocenę Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów to była ona tożsama jak w przypadku klauzuli nr 5570.

Klauzula nr 5573

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 3734/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„RODZAJ LIMITU. 5. Minimalna wysokość wypłaty z rachunku głównego: 1000 zł”.

Postanowienie to w dniu 11 marca 2014 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 5573.

Jeżeli chodzi o ocenę Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów to była ona podobna jak w przypadku klauzuli nr 5568 i 5571.

Klauzula nr 5574

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 15 czerwca 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 3734/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„RODZAJ LIMITU. 6. Minimalna wysokość wypłaty z rachunku lokacyjnego: 1000 zł”.

Postanowienie to w dniu 11 marca 2014 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 5574.

Jeżeli chodzi o ocenę Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów to była ona podobna jak w przypadku klauzuli nr 5568 i 5571.

Klauzula nr 5608

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 20 lutego 2014 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 355/11 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Nordea Polska Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

<i>Lp.</i>	<i>Rodzaj opłaty</i>	<i>Wysokość opłaty</i>	<i>Częstotliwość pobrania opłaty</i>	
11	<i>Likwidacyjna za realizację wykupu środków pochodzących z Rachunku Podstawowego</i>	<i>w I Roku Polisowym</i>	100%	<i>Jednorazowo ze Stanu Rachunku Podstawowego, w przypadku realizacji wykupu Polisy</i>
		<i>w II Roku Polisowym</i>	100%	
		<i>w III Roku Polisowym</i>	70%	
		<i>w IV Roku Polisowym</i>	60%	
		<i>w V Roku Polisowym</i>	50%	
		<i>w VI Roku Polisowym</i>	40%	
		<i>w VII Roku Polisowym</i>	30%	
		<i>w VIII Roku Polisowym</i>	20%	
		<i>w IX Roku Polisowym</i>	10%	
	<i>w IX Roku Polisowym</i>	5%		

Postanowienie to w dniu 26 marca 2014 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych po nr 5608.

W uzasadnieniu wyroku nie zostały opisane twierdzenia i zarzuty stron w sposób umożliwiający ich pełną prezentację, dlatego przy omówieniu tej klauzuli zostanie zaprezentowane tylko stanowisko Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, że zakwestionowana klauzula stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., kształtowała prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Stosowane przez pozwanego wzorce umowne nie zawierały definicji opłaty likwidacyjnej. O.w.u. zawierały jedynie zapis, że ubezpieczyciel pobiera taką opłatę. Wysokość przedmiotowej opłaty została określona natomiast w pkt 11 „karty parametrów”. Zapis § 21 ust. 1 o.w.u. określał, że opłata likwidacyjna ustalana była procentowo i pobierana z każdego Subkonta, według udziału wartości jednostek funduszu danego subkonta w wartości rachunku. W odpowiedzi na pozew jak również w toku postępowania sądowego pozwany nie wskazał w sposób wyraźny za jakie jej świadczenia pobierana jest przedmiotowa

opłata likwidacyjna, tłumacząc konieczność jej pobierania potrzebą uniknięcia poniesienia straty związanej z daną umową. Opłata likwidacyjna pobierana była w razie rozwiązania umowy a podstawę jej naliczenia stanowi stan rachunku podstawowego. Opłata ta była określona w sposób ryczałtowy. Z uwagi na fakt, że opłata likwidacyjna była stosowana czasowo nie miała ona charakteru kary umownej. W o.w.u brak było zapisu, który wskazywałby na funkcje kompensacyjną opłaty likwidacyjnej.

Nazwa opłaty, jak również zapisy o.w.u. wskazywały, że opłata ta stanowiła świadczenie konsumenta, nie będące świadczeniem głównym, za bliżej nie określone czynności pozwanego. Przedmiotowy wzorzec umowny nie wskazywał, jakie świadczenia objęte zostały pobieranymi opłatami likwidacyjnymi. Naruszało to bez wątpienia obowiązek rzetelnego i kompletnego informowania konsumentów o istotnych okolicznościach dotyczących jego praw i obowiązków w zakresie łączącego stosunku prawnego.

W ocenie SOKiK postanowienie umowne przewidujące obowiązek spełnienia przez konsumenta na rzecz oferenta świadczenia, bez określenia jego charakteru lub ewentualnego świadczenia wzajemnego jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interes konsumentów. W rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. „rażące naruszenie interesów konsumenta” oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym, natomiast „działanie wbrew dobrym obyczajom” w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Obie, wskazane w tym przepisie, formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają zakreślone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta²¹. W kontekście powyższego objęte pozwem postanowienie umowne wzorca stosowanego przez pozwanego, zdaniem SOKiK, w sposób nieusprawiedliwiony nakładało na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanej mu się należy. Konsument nie miał zatem możliwości stwierdzenia, czy jego świadczenie jest ekwiwalentne i uzasadnione. Godziło to w zasadę równowagi kontraktowej stron, uniemożliwiając konsumentowi ochronę jego praw. Pozwany dysponuje natomiast prostym mechanizmem naliczania tej opłaty i fizycznego jej pobierania w drodze potrąceń. Tego rodzaju dysproporcja praw przekraczała zakreślone przez

²¹ Por. wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r. (sygn. akt I CK 832/04).

ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta.

Wobec powyższego, w ocenie SOKiK, objęta sporem klauzula rażąco naruszała interes ekonomiczny konsumenta, który został obciążony opłatą nie mającą odzwierciedlenia w przepisach prawa. Dochodzi zatem jednocześnie do ukształtowania obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i wykorzystania jego słabej pozycji w stosunku umownym. Wskazane okoliczności uzasadniają zatem twierdzenie, iż przedmiotowe postanowienie nie uwzględniało i nie zabezpieczało interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Zakwestionowany zapis bezsprzecznie zatem, w ocenie SOKiK, kształtował prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy.

Opracował:

Paweł Wawszczak
główny specjalista w Wydziale Prawnym
Biura Rzecznika Ubezpieczonych.