

Sygn. akt II Ca 642/19

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 sierpnia 2019 r.

Sąd Okręgowy w Kielcach II Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia Sądu Okręgowego Mariusz Broda (spr.)

Sędziowie: Sędzia Sądu Okręgowego Monika Kośka

Sędzia Sądu Okręgowego Cezary Klepacz

Protokolant: stażysta Marta Siadul

po rozpoznaniu w dniu 7 sierpnia 2019 r. w Kielcach

na rozprawie

sprawy z powództwa A. T.

przeciwko Towarzystwu (...) "W." S.A. w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego Towarzystwa (...) "W." S.A. w W.

od wyroku Sądu Rejonowego w Jędrzejowie

z dnia 30 stycznia 2019 roku sygnatura akt I C 338/18

1. oddala apelację;

2. zasądza od Towarzystwa (...) "W." S.A. w W. na rzecz A. T. kwotę 450 (czterysta pięćdziesiąt) złotych tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt II Ca 642/19

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 30.01.2019r. Sąd Rejonowy w Jędrzejowie zasądził od pozwanego Towarzystwa (...) na Życie (...) S.A. w W. na rzecz powódki A. T. kwotę 5000 zł z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 8.05.2018r. do dnia zapłaty; oddalił powództwo w pozostałej części; zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1388,52 zł tytułem kosztów procesu. Z treści uzasadnienia takiego rozstrzygnięcia, w szczególności wynika, że podstawą dochodzonego roszczenia był łączący strony stosunek ubezpieczenia, wynikający z polisy Grupowego (...). W ramach tego stosunku ubezpieczenia powódce przysługiwało świadczenie w kwocie 5000 zł w przypadku wystąpienia poważnego jej zachorowania, w tym także w przypadku zachorowania na gruźlicę. W § 13 Rozszerzonego Plus Katalogu Poważnych Zachorowań (...) zawarta została definicja uznająca za gruźlicę tylko taką chorobę zakaźną, która jest spowodowana prątkiem gruźlicy (*M. tuberculosis*) i przebiega z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczo – oskrzelowego bądź opłucnej, węzłów chłonnych, klatki piersiowej, układu moczowo – pęciowego, kości i stawów, opon mózgowych, a rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego

bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego. W dniu 26.09.2017r. powódka znalazła się w Szpitalu w C., gdzie rozpoznano u niej gruźlicę naciekową płuca prawego w fazie nacieku i rozsiewu, bez potwierdzenia bakteriologicznego i histologicznego, wdrożono leczenie przeciwprątkowe. Następny pobyt powódki w szpitalu miał miejsce w dniach 2-5.01.2018r., z analogicznym rozpoznaniem. Rozpoznanie gruźlicy płuc – co do zasady – dokonywane jest metodą kliniczną, radiologiczną i epidemiologiczną, w przypadku powódki spełnione były kryteria kliniczne i radiologiczne, co uzasadniało rozpoznanie gruźlicy i zastosowanie leczenia przeciwprątkowego. Wobec tego wszystkiego, Sąd pierwszej instancji doszedł do wniosku, że powództwo jest zasadne.

Wyrok w całości zaskarżył pozwany. W wywiedzionej apelacji zarzucił:

1/ obrazę art. 233 § 1 kpc w zw. z art. 227 kpc w zw. 286 kpc, poprzez dowolną, selektywną, sprzeczną z zasadami logiki, ocenę materiału dowodowego, tj.:

- dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu neurologii – lek. med. M. R.,
- dokumentacji medycznej dot. powódki;
- OWU, OWDU;

i bezzasadne przyjęcie, że powódka doznała zachorowania na Gruźlicę, co skutkowało ustaleniem, iż w niniejszej sprawie wystąpiło u powódki zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci gruźlicy, mimo że nie została spełniona definicja Gruźlicy, o której mowa w OWU, a ściślej w § 13 Rozszerzonego Plus Katalogu Poważnych Zachorowań (...), zwłaszcza, że u powódki brak jest potwierdzenia rozpoznania rzekomej Gruźlicy wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego;

2/ obrazę art. 328 § 2 kpc poprzez sporządzenie lakonicznego, ogólnikowego uzasadnienia, ograniczającego się do wrywkowego przedstawienia okoliczności prawnych sprawy, pomijając przy tym dokładne wyjaśnienie dlaczego Sąd I instancji uznał, że „definicja gruźlicy zastosowania u pozwanego nie przystaje zatem do praktyki medycznej i z tego powodu nie może ograniczać odpowiedzialności pozwanego za zdarzenia objęte umową ubezpieczenia” (str. 3 skarżonego wyroku), co uniemożliwia prześledzenie toku rozumowania Sądu I instancji, tj. niewyjaśnienie w treści uzasadnienia skarżonego wyroku podstawy prawnej takiego ustalenia, iż definicja Gruźlicy, o której mowa w OWU, a ściślej w § 13 Rozszerzonego Plus Katalogu Poważnych Zachorowań (...) nie wiąże stron, co w rezultacie ma wpływ na dokonanie kontroli instancyjnej zaskarżonego wyroku;

3/ obrazę art. 805 § 1 i 2 pkt 2 kc w zw. z art. 829 kc i art. 6 kc, poprzez niewłaściwe zastosowanie i zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kwoty 5000 zł wraz z odsetkami z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zaistnienia gruźlicy, o którym mowa § 13 Rozszerzonego Plus Katalogu Poważnych Zachorowań (...), w sytuacji, gdy powódka nie wykazała, by zaistniało zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci zaistnienia gruźlicy, o którym mowa § 13 Rozszerzonego Plus Katalogu Poważnych Zachorowań (...).

Wobec powyższego skarżący wniósł o:

1/ zmianę wyroku w zaskarżonej części poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej kosztów procesu za I instancję, w tym kosztów następstwa procesowego, według norm przepisanych;

2/ zasądzenie od powódki na rzecz pozwanej kosztów procesu za II instancję, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Powódka wniosła o oddalenie apelacji.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja okazała się niezasadna i jako taka podlegała oddaleniu.

Sąd Rejonowy poczynił prawidłowe ustalenia, co do okoliczności faktycznych, istotnych dla rozstrzygnięcia sprawy, tj.: treści w/w umowy grupowego ubezpieczenia „Na życie”, w ramach której powódka była osobą ubezpieczoną; stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia o.w.d.u., w szczególności § 13 „ (...)”, stanowiącego rozwinięcie § 2 pkt. 4 o.w.d.u. Wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania; wreszcie zdarzenia uzasadniającego odpowiedzialność Ubezpieczyciela, w postaci zachorowania powódki na gruźlicę. Te ustalenia w całości Sąd Okręgowy przyjmuje za własne.

Powyższa konkluzja oznacza i to, że nie znajdują usprawiedliwienia podniesione w apelacji zarzuty naruszenia prawa procesowego. Ten dotyczący naruszenia art. 233 § 1 kpc, art. 227 kpc, art. 286 kpc, zważywszy na jego treść, w istocie ma charakter materialny. Nie ulega żadnej wątpliwości to, że skarżący pomimo przywołania w/w przepisów, nie wskazuje na czym miałyby polegać wadliwość oceny dowodu z opinii biegłej, czy dokumentacji medycznej, w efekcie tego i błąd w ustaleniach Sądu Rejonowego. Tak jak przed Sądem pierwszej instancji, tak i w apelacji skarżący nie podważa ustaleń, co do faktu zachorowania, postawionej diagnozy, wdrożonego leczenia – u powódki, a jedynie neguje zasadność wyprowadzonego przez Sąd Rejonowy wniosku, co do tego, że zachorowanie przez powódkę na gruźlicę uzasadniało potraktowanie tego faktu, jako zdarzenia ubezpieczeniowego, pomimo, że nie została spełniona definicja gruźlicy zawarta w § 13 w/w o.w.d.u, z uwagi na brak potwierdzenia zachorowania jedną z dwóch wskazanych tam metod. Tym samym istota zarzutu plasuje go tylko i wyłącznie w płaszczyźnie prawnomaterialnej, a nie procesowej.

Nie jest zasadny zarzut naruszenia art. 328 § 2 kpc, albowiem wbrew stanowisku skarżącego uzasadnienie zaskarżonego wyroku spełniania wymogi formalne, a wyrok poddaje się kontroli instancyjnej. Wniosku tego nie zmienia i to, że argumentacja Sądu pierwszej instancji – w zakresie prawnomaterialnej oceny wymagała pewnej modyfikacji – uzupełnienia.

Sąd Okręgowy podziela wyprowadzony przez Sąd Rejonowy wniosek, że zachorowanie przez powódkę na gruźlicę, stanowiło zdarzenie ubezpieczeniowe, uzasadniające jej uprawnienie – jako ubezpieczonej - do wypłaty odszkodowania, któremu odpowiadał obowiązek ubezpieczyciela. Przy czym przedstawiona przez Sąd pierwszej instancji argumentacja nie wyczerpuje uzasadnienia takiej tezy, w zasadzie nie odnosi się, do tego elementu definicji zdarzenia ubezpieczeniowego (zawartej w w/w § 13 o.w.d.u), który w tym konkretnym przypadku sprowadzał się do wykspionowania sposobu zdiagnozowania choroby, od którego ubezpieczyciel uzależniał istnienie obowiązku wypłaty świadczenia odszkodowawczego względem powódki – jako ubezpieczonej.

Istota zagadnienia tkwiła w ocenie treści przedmiotowej umowy i wynikającego z niej stosunku ubezpieczenia, a w szczególności, stanowiącego ich integralną część postanowienia zawartego w w/w już § 13 o.w.d.u., z punktu widzenia kryteriów opisanych w art. 385¹ § 1-3 kc. Warto w tym miejscu zauważyć, że powódka w takim kierunku trafnie zmierzała (k.107-108), co jednak uszło uwadze Sądu Rejonowego.

Zacząć trzeba od tego, że stosowanie prawa materialnego, wobec wykspionowanych w toku postępowania całości okoliczności faktycznych stanowi o rozpoznaniu istoty sprawy, pozostając każdorazowo obowiązkiem sądu. Pełną aktualność zachowuje zatem zasada da mihi factum dabo tibi ius. Innymi słowy, ta prawnomaterialna ocena jest przede wszystkim pochodną zaoferowanego i wykazanego przez strony stanu faktycznego, bo składające się na niego fakty pozwalają na zidentyfikowanie, a następnie zastosowanie do tej podstawy faktycznej, w tym także prawidłowo ustalonej treści stosunku prawnego (odczytywanej także w kontekście skuteczności kreującej go czynności prawnej), właściwych do uwzględnienia norm prawa materialnego.

Sąd Rejonowy, pomimo spoczywającego na nim (z urzędu) obowiązku zbadania skuteczności umowy (wobec tego, że powódka posiadała status konsumenta), tego zagadnienia nie rozważył. Ten brak zobligowany był uzupełnić Sąd Okręgowy, w konsekwencji wypełnienia powinności rozpoznania sprawy w granicach apelacji.

Przystępując do uzupełnienia tego, co uszło uwadze Sądu pierwszej instancji, przypomnieć należy kilka zasadniczych z punktu widzenia analizowanego zagadnienia kwestii. Po pierwsze, jako skutek stwierdzenia postanowień abuzywnych w umowie – na podstawie o art. 385¹ § 1 k.c., w orzecznictwie przyjmuje się sankcję bezskuteczności działającej

od samego początku, mocą samego prawa i branej pod uwagę przez sąd z urzędu (p. m.in. uchwała SN z dnia 29.06.2007 r., III CZP 62/07; wyrok SN z dnia 30.05.2014 r., III CSK 204/13; wyrok z dnia 1.03.2017 r., IV CSK 285/16). Przepisy art. 384-385⁴ k.c. w brzmieniu nadanym przez art. 18 pkt 1 - 5 ustawy z 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny (Dz. U. Nr 22, poz. 271 z późn. zm.), stanowiły implementację dyrektywy Rady 93/13/EWG z 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz.Urz.U.E.L 95, zwanej dalej dyrektywą 93/13) i miały na celu wzmocnienie poziomu ochrony konsumenta jako zazwyczaj słabszej strony stosunku prawnego, którego drugą stroną jest przedsiębiorca. W związku z tym w ramach interpretacji art. 385¹ § 1 k.c. należy też uwzględnić przyjmowaną w orzecznictwie Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej wykładnię art. 6 ust. 1 dyrektywy 93/13, który nakłada na Państwa Członkowskie obowiązek zapewnienia, że "nieuczciwe warunki w umowach zawieranych przez sprzedawców lub dostawców z konsumentami nie będą wiążące dla konsumenta, a umowa w pozostałej części będzie nadal obowiązywała strony, jeżeli jest to możliwe po wyłączeniu z niej nieuczciwych warunków". Z orzecznictwa tego wynika przede wszystkim, że z uwagi na rodzaj i wagę interesu publicznego stanowiącego podstawę ochrony udzielonej konsumentom w przepisach dyrektywy sąd krajowy ma obowiązek - od chwili, gdy dysponuje niezbędnymi informacjami na temat okoliczności prawnych i faktycznych - zbadania z urzędu, czy klauzula ma charakter abuzywny i wyciągnięcia z tego konsekwencji (m.in. wyroki (...): z dnia 27 czerwca 2000 r., w połączonych sprawach C-240/98-C-244/98, O. Grupo E. and S. E., (...) (...) - (...), pkt 35; z dnia 26 października 2006 r. w sprawie C-168/05, E. M. C. przeciwko C. M. Milenium SL, (...) 2006/10B-/I- (...), pkt 38; z dnia 4 czerwca 2009 r. w sprawie C-243/08, P. Z. przeciwko E. G., (...) 2009/6A-/I- (...), pkt 31 - 32; z dnia 9 lipca 2015 r. w sprawie C-348/14, M. B. przeciwko (...) SA, EU:C:2015:447, pkt 41 - 44; z dnia 1 października 2015 r. w sprawie C-32/14, (...) Bank Hungary Z. v. A. S., (...) -637, pkt 41 i n.). Z tych też względów działanie sądu z urzędu w niniejszej sprawie było jak najbardziej uprawnione.

W konsekwencji powyższego, biorąc pod uwagę treść 385¹ § 1 kc, w pierwszej kolejności należało rozważyć, czy postanowienia przedmiotowej umowy były indywidualnie uzgodnione przez powoda pozwanego, a jeżeli tak, to , czy ukształtowały prawa i obowiązki ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami jednocześnie rażąco naruszając jego interesy, a nadto , czy tego rodzaju postanowienia (spełniające te cechy) określają główne świadczenia stron w umowie pożyczki – jeżeli oczywiście są sformułowane w sposób jednoznaczny.

W ocenie Sądu Okręgowego postanowienia przedmiotowej umowy pożyczki nie były uzgodnione z powódką indywidualnie - w rozumieniu art. 385¹ § 3 kc, a stanowiły jedynie konsekwencję uprzedniego jej przystąpienia do ubezpieczenia grupowego, której wzorzec został przygotowany przez ubezpieczyciela i zaakceptowany przez ubezpieczającego. To spostrzeżenie jest dość oczywiste i nie wymaga dodatkowego rozwinięcia. Ponad wszelką wątpliwość aktywność ubezpieczonego sprowadziła się jedynie do oświadczenia o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia, tj. do zaakceptowania oferty przygotowanej przez (...) S.A." dla pracowników Urzędu Statystycznego w K. (k.9), co zostało potwierdzone przez ubezpieczyciela (k.8). Zauważyć należy i to, iż ze stanowiska pozwanego także nie wynika, by treść umowy była rzeczywiście indywidualnie uzgadniana. Tym samym pozwany nie wypełnił spoczywającego na nim ciężaru dowodu – stosownie do treści art. 385¹ § 4 kc, w sytuacji, w której co do zasady musiał mieć świadomość takiego obowiązku, jeżeli weryfikacja abuzywności postanowień umowy spoczywała na Sądzie rozpoznającym tą sprawę z urzędu, a nadto – co istotne - powódka zarzuciła abuzywność postanowienia zawartego w § 13 o.w.u.

Niezależnie od powyższego, nie można pomijać i tego, że powódka nie była stroną umowy ubezpieczenia, a stroną trójstronnego stosunku ubezpieczenia (jako ubezpieczona), wynikającego z umowy ubezpieczenia grupowego „na życie”, zawartej pomiędzy ubezpieczycielem, a ubezpieczającym. W orzecznictwie dostateczne potwierdzenie znajduje pogląd, że nawet jeśli postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia grupowego zostały ustalone w toku indywidualnych negocjacji przez ubezpieczającego z ubezpieczycielem, to nie prowadzi to do pozbawienia ubezpieczonego prawa do ich kwestionowania w oparciu o art. 385¹ k.c. - jako klauzul niedozwolonych (p. Wyrok SN z dnia 12 marca 2015 r., I CSK 165/14). Nie ulega wątpliwości, że powódka posiadała status konsumenta (w rozumieniu art. 22¹ k.c.). Chodzi o to, że konsument pozostający stroną stosunku ubezpieczeniowego i tak nie ma rzeczywistego

wpływu na postanowienia umowy ubezpieczenia zbiorowego, do którego jedynie przystępuje. To z tego względu postanowienia takiej umowy nie mają statusu indywidualnie uzgodnionych i tak też było w realiach faktycznych niniejszej sprawy. Zatem stan „nieuzgodnienia indywidualnego”, postanowień umowy, w tym i tego objętego treścią w/w 13 o.w.u. otwierał drogę do kontroli umowy z punktu widzenia kryteriów abuzywności – w rozumieniu art. art. 385¹ § 1 i 3 k.c., także ze skutkiem wynikającym z art. 385¹ § 2 k.c.

W następnej kolejności, etap właściwej kontroli (z punktu widzenia sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażącego naruszenia interesu konsumenta) należało poprzedzić udzieleniem odpowiedzi na pytanie, czy analizowane z tego punktu widzenia postanowienie umowy objęte treścią § 13 o.w.d.u. (w zakresie wymogu potwierdzenia choroby – gruźlicy badaniem bakteriologicznym lub histologicznym) nie określa głównego świadczenia, bo o ile by tak było, to dalsza kontrola, tj. ta właściwa, stałaby się bezprzedmiotowa. W związku z tym wyjaśnić należy, że na potrzeby wykładni pojęcia „świadczenia głównego” właściwym jest posiłkowe sięganie do wypracowanego w doktrynie rozróżnienia na świadczenia główne i uboczne. Za główne uznawane są więc świadczenia stron objęte postanowieniami przedmiotowo istotnymi danej umowy (*essentialia negotii*), czyli świadczenia, które zmierzają do osiągnięcia celu umowy i pozwalają na identyfikację określonego typu stosunku prawnego (tak też np.: K.Zagrobelny [w:] E.Gniewek (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, Warszawa 2004, s.909, M.Skory, „Klauzule abuzywne w polskim prawie ochrony konsumenta”, Zakamycze 2005, s.179-180). Warto w związku z tym odwołać się także do ukształtowanego w tym zakresie orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej, zgodnie z którym postanowienia umowy określające główne świadczenie stron, to te, „które określają podstawowe świadczenia w ramach danej umowy i które z tego względu charakteryzują tę umowę” (p. Wyrok TS UE z dnia 30 kwietnia 2014 r., Árpád Kásler i Hajnalka Káslerné Rábai v. OTP Jelzálogbank Zrt, C-26/13, ZOTSiS 2014/4/I-282, pkt. 61). „Warunki, które wykazują charakter posiłkowy względem warunków definiujących samą istotę stosunku umownego, nie mogą być objęte pojęciem „głównego przedmiotu umowy” w rozumieniu tego przepisu” (Wyrok TS UE z dnia 23 kwietnia 2015r. w sprawie C-96/14, Jean-Claude Van Hove v. CNP Assurances SA, pkt 33 i 37). Nie ulega zatem żadnej wątpliwości to, że zawarte w w/w już § 13 o.w.u. postanowienie nie dotyczyło świadczenia głównego, a jedynie posiłkowo charakteryzowało świadczenie główne. Tylko to ostatnie, jako zmierzające do osiągnięcia celu umowy i pozwalające na identyfikację określonego typu stosunku prawnego, stanowiło o istocie tej umowy. Opisany w § 13 o.w.u. warunek wypłaty świadczenia (głównego) miał względem tego ostatniego jedynie charakter uzupełniający (posiłkowy), nie kształtował zatem istoty umowy, a wobec tego nie określał wymiaru świadczenia głównego. Wszelkie wątpliwości w tym zakresie ostatecznie rozwiewa także rozwiązanie tego problemu przyjęte w Zasadach Europejskiego Prawa Ubezpieczeń. W art. 2:304 PEICL przesądzono bowiem wprost, że ocenie abuzywności postanowień ogólnych warunków podlegają przede wszystkim postanowienia, „które ograniczają lub zmieniają zakres ochrony ubezpieczeniowej”, a taki dokładnie charakter ma postanowienie zawarte w przywołanym już § 13 o.w.d.u.

Przechodząc do oceny ostatniego poziomu incydentalnej kontroli abuzywności postanowień przedmiotowej umowy, zacząć trzeba od przypomnienia kilku istotnych, także utrwalonych w orzecznictwie kwestii. W świetle art. 385⁽¹⁾ § 1 kc, nie ulega wątpliwości, że uznanie konkretnej klauzuli umownej za postanowienie umowne niedozwolone, wymaga stwierdzenia łącznego wystąpienia obu wymienionych przesłanek, tj. „sprzeczności z dobrymi obyczajami”, jak i „rażącego naruszenia interesów konsumenta” (p. m.in. wyrok SN z dnia 27.10.2006 r., I CSK 173/06). Przez działanie wbrew dobrym obyczajom, przy kształtowaniu treści stosunku zobowiązaniowego, należy rozumieć wprowadzanie do wzorca klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku, z kolei rażące naruszenie interesów konsumenta oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję, na niekorzyść konsumenta, praw i obowiązków stron, wynikających z umowy (p. także wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13.07.2005 r., I CK 832/04; wyrok SN z dnia 3.02.2006 r., I CK 297/05). Ocena rzetelności określonego postanowienia wzorca umownego wymaga przeprowadzenia przez sąd weryfikacji jego „przyzwoitości”, polegającej na zbadaniu, czy postanowienie wzorca jest sprzeczne z ogólnym wzorcem zachowań przedsiębiorców wobec konsumentów, oraz jak wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta w sytuacji, w której postanowienie to nie zostałoby zastrzeżone. Jeżeli bez tego postanowienia znalazłby się on, na podstawie ogólnych przepisów, w lepszej sytuacji, należy uznać je za nieuczciwe (por. wyrok Sądu Najwyższego z 29 sierpnia 2013 r., I CSK 660/12). W literaturze pojęcie sprzeczności z dobrymi obyczajami wyjaśniane jest w ten sposób, iż postanowienie umowne jest ukształtowane w sposób z nimi sprzeczny

wtedy, gdy za jego pomocą przedsiębiorca kształtuje prawa i obowiązki w sposób, który jest wyrazem nielojalności, polegającej na nieuwzględnieniu słuszych interesów konsumenta. Oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny. Pojęcie rażącego naruszenia interesów konsumenta należy interpretować także w świetle art. 3 ust. 1 dyrektywy 93/13/EWG, w której mowa jest o postanowieniach powodujących znaczącą nierównowagę wynikających z umowy praw i obowiązków stron ze szkodą dla konsumenta (p. także wyrok SN z dnia 3.02.2006 r., I CK 297/05; wyrok Sądu Najwyższego z 15 stycznia 2016 r., I CSK 125/15). Z kolei w literaturze przedmiotu dominuje pogląd, że punktem odniesienia dla oceny, czy postanowienie rażąco narusza interesy konsumenta, powinien być przede wszystkim rozkład praw i obowiązków zawarty w przepisach dyspozytywnych, w razie ich braku ogólne zasady i wartościowania prawa umów, w szczególności umów zobowiązujących, natura poszczególnych nazwanych stosunków umownych albo ich podtypów, a także zwyczajowo ukształtowanych typów i podtypów empirycznych oraz zgodność postanowienia z celami, którym umowa ma służyć. Z jednej strony podkreśla się niezależność obu przesłanek abuzywności i konieczność ich łącznego zaistnienia, a z drugiej i to, że rażące naruszenie interesów konsumenta z reguły (zazwyczaj) stanowi naruszenie dobrych obyczajów, nie zawsze jednak zachowanie sprzeczne z dobrymi obyczajami rażąco narusza te interesy (p. wyroki Sądu Najwyższego z: 13.10.2010 r., I CSK 694/09; z 30.09.2015 r., I CSK 800/14; z 27.11.2015 r., I CSK 945/14; z 29.08.2013 r., I CSK 660/12, a także R.Trzaskowski, Komentarz do art. 385 (1)k.c., Wolters Kluwer Polska 2018 r. Podsumowując, ocena, czy dane postanowienie wzorca umowy, kształtując prawa i obowiązki konsumenta, "rażąco" narusza interesy konsumenta, uzależniona jest od tego, czy wynikająca z tego postanowienia nierównowaga praw i obowiązków stron (nierównowaga kontraktowa) na niekorzyść konsumenta jest istotna, znacząca.

Ocena, czy dane postanowienie wzorca umowy, kształtując prawa i obowiązki konsumenta rażąco narusza interesy konsumenta (art. 385 § 1 k.c), uzależniona jest od tego, czy wynikająca z tego postanowienia nierównowaga praw i obowiązków stron (nierównowaga kontraktowa) na niekorzyść konsumenta jest istotna, znacząca. Ustalenie, czy klauzula wzorca umowy powoduje taką nierównowagę, dokonane może być w szczególności przez porównanie sytuacji konsumenta w razie zastosowania tej klauzuli z sytuacją, w której byłby konsument, gdyby zastosowane zostały obowiązujące przepisy prawa. Znacząca nierównowaga kontraktowa na niekorzyść konsumenta pozostaje sprzeczna z dobrymi obyczajami, gdy można rozsądnie założyć, że kontrahent konsumenta, traktujący go w sposób sprawiedliwy i słuszny i uwzględniający jego prawnie uzasadnione roszczenia, nie mógłby racjonalnie się spodziewać, że konsument zaakceptowałby w ramach negocjacji klauzulę będącą źródłem tej nierównowagi (p. wyrok SN z dnia 15.01.2016r. , ICSK 125/15, Lex nr 1968429; wyrok SN z dnia 30.09.2015r. , I CSK 800/14, Lex nr 2005410; wyrok Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 25.10.2015r., XVI Ca 489/15).

W ocenie Sądu Okręgowego postanowienia ogólnych warunków umów wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela za wypadki ubezpieczeniowe, tylko z tej przyczyny, że ich obiektywne wystąpienie, nie zostało potwierdzone w jeden sposobów wybranych przez ubezpieczyciela, jest po pierwsze sprzeczne z dobrymi obyczajami, a po drugie rażąco narusza interesy konsumenta.

Sąd Okręgowy stwierdza, że analizowane postanowienie wzorca umownego (§13 o.w.d.u), kształtuje prawa i obowiązki ubezpieczonej powódki (konsumenta) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, bo godzi w równowagę kontraktową stron. Nie ulega żadnej wątpliwości to, że prawa i obowiązki powódki (konsumenta) kształtowałyby się dla niej korzystniej, w sytuacji, w której postanowienie – o obowiązku wykazania zachorowania na gruźlicę (w sposób opisany w § 13 o.w.d.u.) nie zostałyby zastrzeżone. Bez tego postanowienia znalazłaby się ona, na podstawie ogólnych, powszechnie stosowanych, obiektywnie weryfikowalnych i akceptowalnych reguł (diagnozowania schorzeń w medycynie, ale i określających ogólne zasady dowodzenia faktów, z których wywodzi się korzystne dla siebie skutki prawne), w korzystniejszej sytuacji. Dlatego to analizowane postanowienie należy uznać za nieuczciwe (por. wyrok Sądu Najwyższego z 29 sierpnia 2013 r., I CSK 660/12). Takie ukształtowanie praw i obowiązków ubezpieczonego – poprzez jednostronne ograniczenie mu możliwości wykazania zdarzenia ubezpieczeniowego – w sposób ogólnie przyjęty w tego rodzaju sytuacjach, jednocześnie bez uwzględnienia tego, że ubezpieczony ma co najmniej mocno

ograniczony wpływ na sposób diagnozowania gruźlicy (formę weryfikacji wystąpienia schorzenia), jest wyrazem nielojalności, polegającej na nieuwzględnieniu słuszych interesów konsumenta. Przecież to podmiot świadczący usługi medyczne (diagnostyczno-lecznicze) w istocie dokonuje optymalnego do obiektywnych potrzeb pacjenta wyboru właściwej procedury diagnozowania, a następnie leczenia. Często istotną rolę odgrywa w tym wszystkim czas, którego upływ może jedynie podnosić ryzyko pogorszenia stanu zdrowia, a niejednokrotnie i utraty życia. Innymi słowy, stosowana jest taka forma diagnozy, która umożliwi sprawne postawienie pewnego rozpoznania i bezwzględne wdrożenie leczenia. Z opinii biegłej zdaje się wynikać, że tak było i w tym przypadku. Zastosowane metody diagnostyczne, zdecydowanie szybciej pozwoliły rozpoznać chorobę i wdrożyć leczenie, niż ta opisana w 13 o.w.u., której stosowania oczekiwał od powódki ubezpieczyciel. Raz jeszcze podkreślić należy, że wpływ powódki na wybór formy diagnostyki był mocno ograniczony. W ramach „pakietu praw pacjenta”, mogła jedynie wyrazić zgodę na konkretną diagnostykę i leczenie, bądź nie. Brak zgody w tym przypadku (rozpoznana gruźlica w fazie prądkowania) w tym miejscu nie wymaga żadnego dodatkowego komentarza.

Analizowane postanowienie, w takim zakresie, w jakim ogranicza dopuszczalność sposobu wykazania zachorowania, dokonuje zbyt daleko idącej modyfikacji odpowiedzialności ubezpieczyciela wobec uzasadnionego, oczekiwanego przez konsumenta poziomu ochrony. Taki kierunek argumentacji, co do zasady także znajduje potwierdzenie w orzecznictwie TSUE (p. Wyrok TS UE z dnia 30 kwietnia 2014 r., Árpád Kásler i Hajnalka Káslerne Rábai v. OTP Jelzálogbank Zrt, C-26/13, ZOTSiS 2014/4/I-282, pkt. 61.) Wniosku tego nie zmienia to, że orzeczenie to dotyczy nieco innej sytuacji faktycznej. Wspólnym mianownikiem obu przypadków (a więc tego analizowanego w niniejszej sprawie, jak i tego na kanwie, którego zapadło w/w orzeczenie), jest to, że kwestionowane postanowienie, przyznaje ubezpieczycielowi jednostronne uprawnienie do wyłączenia odpowiedzialności w sytuacji, kiedy niespornie zachodzi istota zdarzenia ubezpieczeniowego, z którym łączy się uzyskanie przez konsumenta ochrony ubezpieczeniowej. Trudno mówić w takiej sytuacji o dochowaniu właściwie pojmowanej lojalności ze strony ubezpieczyciela względem ubezpieczonego. W sposób oczywisty występuje brak równowagi kontraktowej. To wszystko przesądza o tym, że analizowane postanowienie umowy kształtuje prawa i obowiązki powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Te, każdorazowo w stosunku ubezpieczenia powinny być oparte na zasadzie zaufania, co do rzetelności działania ubezpieczyciela jako instytucji finansowej. Rzetelność ta pozostaje co najmniej wątpliwa, gdy ubezpieczyciel posiadający przewagę kontraktową nad ubezpieczonym, przyznaje sobie w o.w.u., prawo podejmowania obiektywnie nieuzasadnionych, arbitralnych decyzji, niepowiązanych w żaden sposób, co wymaga mocnego podkreślenia - ze związkami przyczynowo-skutkowymi, których następstwem jest ubezpieczony wypadek losowy, a wszystko sprowadza jedynie do selektywnej formuły stwierdzenia bezspornego zaistnienia wypadku w postaci obiektywnie potwierdzonej (powszechnie dostępnymi i aprobowanymi metodami) choroby.

Nie można tracić z pola widzenia i tego, że takie ukształtowanie praw i obowiązków powódki (konsumenta), pozostawało oderwane od powiązania przyczyny niedochowania przez konsumenta aktów staranności ze skutkiem w postaci niemożności ustalenia odpowiedzialności lub zwiększenia się rozmiarów szkody. Trafna w związku z tym pozostaje uwaga samej powódki. W tym miejscu raz jeszcze należałoby się odwołać do tego, o czym była już mowa. Jest przecież rzeczą oczywistą, że jako pacjent poddający się procesom diagnostyczno – leczniczym, nie miała ona bezpośredniego wpływu na to, w jaki sposób była diagnozowana. Zatem próba wykorzystania tej sytuacji przez ubezpieczyciela dla dość specyficznego ukształtowania praw i obowiązków powódki wynikających ze stosunku ubezpieczenia, jest nie tylko sprzeczna z dobrymi obyczajami, ale także rażąco narusza interesy powódki. Ten ostatni wniosek jest oczywisty, bo zastosowanie tego zakwestionowanego postanowienia o.w.d.u. w praktyce oznaczałoby eliminację prawa powódki do świadczenia odszkodowawczego, w sytuacji, kiedy w istocie obiektywnie rzecz pojmując zaistniało zdarzenie w postaci zachorowania na gruźlicę, z racji którego powódka mogła realnie oczekiwać ochrony ubezpieczeniowej, tj. wypłaty należnego jej świadczenia. Takie ukształtowanie praw i obowiązków powódki z jednej strony eliminuje możliwość skorzystania z uprawnienia przez powódkę, a z drugiej – eliminuje obowiązek po stronie ubezpieczyciela, a to wszystko w sytuacji, kiedy raz jeszcze podkreślić należy, zaistniała choroba, która co do zasady jest zdarzeniem ubezpieczeniowym, a problem sprowadza się do braku jednej z trzech form jej wykazania, przy spełnieniu dwóch pozostałych, na co powódka obiektywnie i realnie rzecz pojmując bezpośredniego wpływu nie miała. Warto w tym miejscu odwołać się do orzeczenia Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów

z dnia 22 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 123/0, w uzasadnieniu którego stwierdził on, że zakład ubezpieczeń ma prawo do określenia katalogu obowiązków, których musi przestrzegać ubezpieczający, jak również prawo do określenia sankcji na wypadek nie wywiązywania się z tych obowiązków. Jednakże zastosowanie tak surowej sankcji, jak odmowa wypłaty odszkodowania każdorazowo uwarunkowane musi być istnieniem związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy niedopełnieniem obowiązku, a zaistnieniem szkody. Przekładając to na realia niniejszej sprawy, jeżeli zaistnienie zdarzenie ubezpieczeniowego co do jego istoty (w tym przypadku choroba – gruźlica) miało jedyne obiektywne podłoże, a więc pozostawało bez związku z aktywnością, czy też brakiem aktywności powódki, tj. jakimkolwiek niedopełnieniem przez nią obowiązku w zakresie przedstawienia jedynie oczekiwanej przez ubezpieczyciela formy diagnozy), to sankcja w postaci odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczonej tylko dlatego, że nie przedłożyła tego wskazanego w § 13 ow.u.d. „potwierdzenia”, nie zasługuje na ochronę prawną.

Z tych względów, wynikająca z analizowanego postanowienia umownego, nierównowaga praw i obowiązków – na niekorzyść powódki (konsumenta), nie tylko uzasadnia ich ukształtowanie w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami – z przyczyn już przedstawionych, ale skala owej dysproporcji jest na tyle istotna – znacząca, że przesądza o rażącym naruszeniu interesów konsumenta (art. 385¹ § 1 k.c). Taką konkluzję uzasadnia to, o czym była już wyżej mowa, a mianowicie efekt porównania sytuacji konsumenta w razie zastosowania tej klauzuli z sytuacją, w której byłby konsument, gdyby zastosowane zostały obowiązujące przepisy prawa. Ponadto za znaczącą nierównowagą kontraktową na niekorzyść konsumenta w tym przypadku przemawia i to, że kontrahent (ubezpieczyciel) konsumenta (powódki), traktujący go w sposób sprawiedliwy i słuszny oraz uwzględniający jego prawnie uzasadnione roszczenia, nie mógłby racjonalnie się spodziewać, że konsument zaakceptowałby w ramach negocjacji klauzulę będącą źródłem tej nierównowagi (p. wyrok SN z dnia 15.01.2016r. , ICSK 125/15, Lex nr 1968429; wyrok SN z dnia 30.09.2015r. , I CSK 800/14, Lex nr 2005410; wyrok Sądu Okręgowego w Gdańsku z dnia 25.10.2015r., XVI Ca 489/15).

W tym stanie rzeczy, ta istotnie uzupełniona prawnomaterialna ocena stanu faktycznego, prowadziła do konkluzji o abuzywności postanowienia umownego opisanego w § 13 o.w.u, w części, w jakiej ograniczała uprawnienie powódki do świadczenia odszkodowawczego, poprzez nałożenie na nią obowiązku wykazania zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. choroby gruźlicy wynikiem badania bakteriologicznego lub histologicznego. W konsekwencji tego, postanowienie to nie wiązało powódki (konsumenta), natomiast zarówno powódka jak i ubezpieczyciel byli związani treścią, wynikającego z umowy zbiorowego ubezpieczenia na życie - stosunku ubezpieczenia – w pozostałym jego zakresie (art. 385¹ § 2 kc). To wszystko, czyniło aktualną tezę postawioną przez Sąd Rejonowy, co do spoczywającego na pozwanym ubezpieczycielu obowiązku wypłaty należnego powódce świadczenia, skoro zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe, od którego zgodnie z treścią stosunku ubezpieczenia (z wyłączeniem w/w już postanowienia niedozwolonego) uzależniona była jego odpowiedzialność.

W kontekście powyższego zgłoszone w apelacji zarzuty naruszenia prawa materialnego stają się bezprzedmiotowe.

W tym stanie rzeczy Sąd Okręgowy na podstawie art. 385 kpc orzekł jak w pkt. 1 sentencji.

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego znajduje uzasadnienie w art. 98 § 1 kpc; § 2 pkt. 3, § 10 ust. 1 pkt. 1 Rozp. Min. Spr. z dnia 22.10.2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U. poz. 1800).

SSO Cezary Klepacz SSO Mariusz Broda SSO Monika Kośka

Z: odpis wyroku z uzasadnieniem doręczyć zgodnie z wnioskiem.