

Sygn. akt VI A Ca 201/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 września 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA – Anna Orłowska (spr.)

Sędzia SA – Wanda Lasocka

Sędzia SO del. – Agnieszka Wachowicz Mazur

Protokolant: sekr. sądowy Katarzyna Kędzierska

po rozpoznaniu w dniu 18 września 2013 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa P. B.

przeciwko (...) S.A. w S.

o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów

z dnia 24 sierpnia 2012 r., sygn. akt XVII AmC 5381/11

I. oddala apelację;

II. zasądza od (...) S.A. w S. na rzecz P. B. kwotę 646,55 zł (sześćset czterdzieści sześć złotych i pięćdziesiąt pięć groszy) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

Sygn. akt VI A Ca 201/13

UZASADNIENIE

Powód P. B. wniósł przeciwko (...) S.A. pozew o uznanie za niedozwolone postanowienia wzorca umowy stosowanego przez pozwanego o treści: „Na wysokość uszczerbku na zdrowiu mają wpływ także (...): 2) doznanie kilku rodzajów trwałego uszczerbku na zdrowiu. W takim wypadku (...) wypłaca świadczenie wyłącznie za ten uszczerbek, któremu przypisana jest najwyższa wartość procentowa - zgodnie z tabelą przedstawioną w par. 34 ust. 1 pkt. 3)”.

Pozwany (...) S.A. w S. wnosił o oddalenie powództwa i zasądzenie na swoją rzecz od powoda kosztów procesu.

Wyrokiem z dnia 24 sierpnia 2012 roku Sąd Okręgowy uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez pozwanego w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści: „Na wysokość uszczerbku na zdrowiu mają wpływ także: 2) doznanie kilku rodzajów trwałego uszczerbku na zdrowiu. W takim wypadku (...) wypłaca świadczenie wyłącznie za ten uszczerbek, któremu przypisana jest najwyższa wartość procentowa - zgodnie z tabelą przedstawioną w par. 34 ust. 1 pkt. 3)”, rozstrzygnął o kosztach postępowania oraz zarządził publikację prawomocnego wyroku w Monitorze Sądowym i Gospodarczym na koszt pozwanego.

Uzasadniając rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy odniósł się w pierwszej kolejności do zarzutu pozwanego, iż zakwestionowana klauzula określa główne świadczenie ubezpieczyciela jako strony umowy ubezpieczenia. Wskazał, iż 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 dotyczy głównego świadczenia tj. sumy pieniężnej, jaką zobowiązany jest wypłacić ubezpieczyciel. Nie określa jednakże tego świadczenia w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., gdyż pod tym pojęciem należy rozumieć bezpośrednią regulację dotyczącą świadczenia głównego. Sąd I instancji uznał, iż w niniejszej sprawie postanowieniem umowy określającym główne świadczenie pozwanego będzie § 34 ust. 1 i 2 OWU (...), 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 Okręgowego nie została ona sformułowana w sposób jednoznaczny. Co do zasady zakwestionowana klauzula dotyczy bowiem wysokości doznanego uszczerbku na zdrowiu, nie zaś wysokości świadczenia ubezpieczyciela. Do tego świadczenia odnosi się jedynie pośrednio. O niejednoznaczności tego sformułowania świadczy także redakcja OWU, w szczególności umiejscowienie zaskarżonej klauzuli w § 36. 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 OWU określono wysokość świadczenia ubezpieczyciela. Przedmiotowe zastrzeżenie zostało zapisane w innym miejscu umowy - dotyczącym co do zasady trybu ustalania wysokości świadczenia - i jedynie pośrednio odnosi się do wysokości świadczenia ubezpieczyciela. Wobec tego, zdaniem Sądu I instancji brak jest podstaw do uznania, iż określa sformułowane w sposób jednoznaczny główne świadczenie pozwanego.

Przechodząc następnie do oceny powyższego wzorca pod kątem wypełnienia pozostałych przesłanek abuzywności Sąd Okręgowy wskazał, iż konsumenci nie mają wpływu na treść przedmiotowego wzorca, albowiem wzorzec jest przedstawiany przez pozwanego, a zatem nie jest uzgadniany indywidualnie.

Nadto w ocenie Sądu I instancji kwestionowane postanowienie wzorca umowy pozostaje sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interes konsumenta. Konsument zawierając umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na warunkach określonych we wzorcu OWU (...) dowiaduje się bowiem z treści wzorca (§ 31), iż ubezpieczenie obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków w zakresie m.in. trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Może zatem pozostawać w uzasadnionym przekonaniu, wspartym lekturą § 34 wzorca, iż świadczenie ubezpieczyciela będzie pozostawało w związku z doznany uszczerbkiem na zdrowiu, w tym znaczeniu, że im uszczerbek będzie poważniejszy, tym otrzymane świadczenie będzie wyższe. Pozwany wyraźnie ugruntowuje takie intuicyjne przekonanie konsumenta poprzez uszeregowanie rodzajów doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu i przypisanie im określonych wielkości procentowej sumy ubezpieczenia, jako wyznacznika wysokości świadczenia. Jest przy tym 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 prowadzi w ocenie Sądu Okręgowego do sytuacji, w której świadczenie ubezpieczyciela pomimo, że następstwa wypadku są poważniejsze, ulega 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.

Sąd Okręgowy wskazał także, iż zgodnie 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 ogranicza, albowiem jego świadczenie umowne

pomimo wystąpienia poważniejszego zdarzenia (a więc zrealizowania się poważniejszego ryzyka) - ulega zmniejszeniu. Zakwestionowana klauzula w ocenie Sądu Okręgowego jest też obliczona na zwiększenie zysku pozwanego 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 stosuje w zaskarżonym wzorcu zasadę „absorbacji”, a więc ogranicza wypłatę świadczeń za wystąpienie części z nich.

Sąd I instancji stwierdził nadto, że rację ma powód, iż zakwestionowana klauzula, pomimo jej jednoznacznego sformułowania w kontekście treści całego wzorca, jest obliczona na wprowadzenie w błąd konsumenta oraz wykorzystanie jego naiwności i braku wystarczającej wiedzy prawniczej.

Rażące naruszenie interesu konsumenta wyraża się zaś zdaniem Sądu I instancji w braku możliwości uzyskania świadczenia umownego, zgodnego z istotą i celem umowy oraz związanych z tym przykrościami i zawodem. Sąd Okręgowy nie negował przy tym, iż świadczenia z umów ubezpieczeń osobowych nie mają charakteru odszkodowawczego czy kompensacyjnego. Stwierdził jednakże, iż zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 23 kwietnia 1965r. (sygn. III PO 3/65, OSNC 1965, Nr 12, poz. 198) kwota wypłacona pokrzywdzonemu powinna być proporcjonalna do stopnia inwalidztwa.

Apelację od wyroku złożył pozwany, zaskarżając orzeczenie w całości, wnosząc o jego zmianę i oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego zwrotu kosztów postępowania za obie instancje, ewentualnie uchylenie rozstrzygnięcia i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Skarżący zarzucił rozstrzygnięciu naruszenie przepisów prawa materialnego, w tym zwłaszcza:

- art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. 36 § 3 OWU poprzez niewłaściwą wykładnię i niewłaściwe zastosowanie;
- art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. § 34 ust. 1 i 2 OWU poprzez błędną wykładnię i niewłaściwe zastosowanie.

Argumentując swoje stanowisko wskazywał, iż kwestionowana klauzula dotyczy głównych świadczeń stron w rozumieniu art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. i nie ma podstaw dla klasyfikowania ich jako ważne lub mniej ważne, czy też dotyczące tej kwestii bezpośrednio lub pośrednio. Podnosił, iż postanowienia wskazane w § 36 OWU należy odczytywać łącznie z zawartymi w § 34 OWU. Znajdują się one bowiem w tym samym podrozdziale i dotyczą uszczerbku na zdrowiu. Uregulowanie to nie jest zatem niejednoznaczne. Zaznaczał także, iż dopuszczalne jest wprowadzanie przez ubezpieczycieli do poszczególnych rodzajów ubezpieczeń ograniczeń odpowiedzialności, zaś osiąganie zysku jest celem każdej spółki akcyjnej. Skarżący wskazywał również, iż ubezpieczyciel nie może zakładać, iż po jego ubezpieczenie sięgną osoby, które albo lekturę OWU zakończą na przepisie § 34 albo zlekceważą wątpliwości jakie wzbudzi u nich lektura dalszych przepisów, w tym § 36 ust. 3 OWU, bądź będą się opierały na „intuicyjnym przekonaniu” nie czytając w ogóle OWU lub czytając je tylko wybiórczo.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja jako niezasadna podlegała oddaleniu.

Sąd Apelacyjny podzielił ustalenia faktyczne dokonane przez Sąd I instancji, przyjmując je za własne. Fakt stosowania przez pozwanego kwestionowanego wzorca umowy nie był w sprawie sporny.

Jednocześnie w ocenie Sądu Apelacyjnego także prawidłowo uznał Sąd Okręgowy, iż kwestionowana klauzula ma charakter abuzywny.

W ocenie Sądu Apelacyjnego sporne postanowienie wzorca umowy nie dotyczy głównych świadczeń stron w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Pojęcie „główne świadczenia stron” należy bowiem interpretować wąsko, w nawiązaniu

do pojęcia elementów umowy przedmiotowo istotnych (*essentialia negotii*). Nie zalicza się do grupy „głównych świadczeń stron” świadczeń ubocznych (np. odsetki za opóźnienie). Nie zalicza się również postanowień, których zastosowanie wywiera wpływ na wysokość świadczenia, w tym świadczeń głównych, np. postanowienia zawierające klauzule waloryzacyjne – w art. 385¹ § 1 zdanie drugie k.c. chodzi bowiem o postanowienia bezpośrednio „określające” główne świadczenia, a nie takie, które tylko pośrednio łączą się z nimi (por. Rzetecka-Gil Agnieszka, Kodeks cywilny. Komentarz. Zobowiązania - część ogólna; LEX/el., 2011).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego kwestionowane uregulowanie zawarte w § 36 OWU jedynie pośrednio wpływa na sposób wyliczenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela, które w zakresie *essentialia negotii* zostało określone w § 34 w zw. z § 31 OWU. Głównym świadczeniem ubezpieczyciela jest bowiem (w zakresie dotyczącym ubezpieczenia objętego niniejszym sporem) zapłata w sytuacji trwałego uszczerbku na zdrowiu osób objętych ubezpieczeniem (§ 31 OWU). Wysokość zapłaty za dany uszczerbek na zdrowiu została przy tym określona w tabeli w § 34 OWU. Za taką oceną zakresu postanowień określających świadczenie główne ubezpieczyciela przemawia także sama redakcja OWU, gdzie § 34 został opatrzony tytułem „wysokość mojego świadczenia”, zaś kwestionowane postanowienie wzorca zamieszczono poza tym tytułem, nadając mu oznaczenie „jak zostanie ustalone moje świadczenie?”, co wskazuje na jedynie pomocniczy charakter uregulowania.

Tym samym, Sąd Apelacyjny nie podzielił zarzutów apelacji zgodnie z którymi żadne uregulowania wzorca umowy, które odnoszą się chociażby w sposób pośredni do świadczenia głównego umowy, nie mogą być analizowane z punktu widzenia ich abuzywności.

Uznając, iż sporna klauzula wzorca umowy nie dotyczy świadczenia głównego, ani że nie została ona uzgodniona indywidualnie z konsumentem, Sąd Apelacyjny nie miał także wątpliwości co do wskazań Sądu Okręgowego, że kształtuje ona prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Niewątpliwie narusza dobre obyczaje klauzula, która w sposób drastyczny wpływa na obniżenie wysokości świadczenia ubezpieczyciela, w sytuacji w której logicznym i usprawiedliwionym oczekiwaniem konsumenta jest uzyskanie wyższego świadczenia w sytuacji doznania większych rozmiarów uszczerbku na zdrowiu (wielonarządowego). Zwrócić należy bowiem uwagę, że konsekwencją wprowadzenia przedmiotowej klauzuli do OWU jest sytuacja, w której niezależnie od ilości i rozmiarów obrażeń, maksymalne świadczenie ubezpieczyciela za wszystkie doznane złamania wynosić może do 400 zł (maksymalnie 8% z sumy ubezpieczenia oznaczonej w OWU na 5.000 zł), czy też sytuacja gdy w przypadku amputacji jednej kończyny górnej powyżej łokcia, pozostały zakres obrażeń (poza całkowitą trwałą utratą słuchu, wzroku, mowy, obu kończyn górnych bądź dolnych oraz ich trwałego paraliżu – które określono na 100% sumy ubezpieczenia) pozostaje obojętny dla wysokości wypłacanych przez ubezpieczyciela świadczeń. Umieszczenie tak istotnego ograniczenia odpowiedzialności wpływającego na wysokość świadczenia, w innym miejscu niż bezpośrednio definiujące wysokość świadczenia, należy ocenić jako postępowanie nielojalne, nakierunkowane na wywołanie błędnego przekonania konsumenta co do zakresu przysługujących mu świadczeń. Jednocześnie skala dysproporcji uprawnień przysługujących konsumentowi w wyniku zastosowania kwestionowanej klauzuli (przykładowo wymienionych powyżej) w relacji do określonych w § 34 OWU świadczeń głównych ubezpieczyciela nakazuje przyjąć, iż mamy tu do czynienia z rażącym naruszeniem interesów konsumenta.

Słusznie twierdził przy tym skarżący, iż ubezpieczyciele mają prawa wprowadzania ograniczeń w wysokości wypłacanych świadczeń. Ograniczenia te muszą być jednakże przedstawione konsumentowi w sposób jak najbardziej jasny i czytelny, by decydując się na zawarcie umowy miał on pełną świadomość co do zakresu przysługujących mu świadczeń. Niezbędne jest zatem precyzyjne określenie wysokości świadczenia ubezpieczyciela (*essentialia negotii*). Wymogu tego nie spełnia zaś stopniowe, porozbijane na kolejne jednostki redakcyjne którym dodatkowo nadaje się nieprecyzyjne tytuły, wprowadzanie ograniczeń dalece modyfikujących wyeksponowane na wstępie założenia główne (wartości poszczególnych, pojedynczych świadczeń).

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

O kosztach postępowania orzeczono zgodnie z zasadą odpowiedzialności za wynik sporu (art. 98 k.p.c. w zw. z art. 108 § 1 k.p.c.), obciążając nimi w całości stronę przegrywającą – pozwanego. Wysokość zasądzonych kosztów oparta została o spis kosztów przedstawiony przez powoda (k.728), obejmujący wysokość wynagrodzenia zawodowego pełnomocnika oraz zestawienie kosztów podróży, niebudzące wątpliwości.