

Sygn. akt VI A Ca 749/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 20 grudnia 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA – Małgorzata Manowska

Sędzia SA – Krzysztof Tucharz (spr.)

Sędzia SO del. – Zenobia Buchalska-Sobczak

Protokolant: sekr. sądowy Katarzyna Kędzierska

po rozpoznaniu w dniu 20 grudnia 2013 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów

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

o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone

na skutek apelacji pozwanego

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

z dnia 7 marca 2013 r., sygn. akt XVII AmC 3034/12

I. oddala apelację,

II. zasądza od Towarzystwa (...) S.A. w S. na rzecz Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwotę 120 (sto dwadzieścia) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

UZASANIENIE

Wyrokiem z dnia 7 marca 2013 r. Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uwzględnił powództwo Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów skierowane przeciwko Towarzystwu (...) S.A. z siedzibą w S. w ten sposób, iż uznał za niedozwolone i zakazał stronie pozwanej wykorzystywania w obrocie z konsumentami wzorca umowy o treści:

„Pobranie Składki Ochronnej po zakończeniu okresu prolongaty, powoduje przywrócenie odpowiedzialności ubezpieczeniowej Towarzystwa na okres kolejnych 12 miesięcy, począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po pobraniu Składki Ochronnej, z tym, że przez pierwsze 3 miesiące od przywrócenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej Towarzystwa, zastosowania ma Karencja”.

„W okresie Karencji, o której mowa w § 11 ust. 6, oprócz sytuacji wskazanych w ust. 1, Towarzystwo ogranicza odpowiedzialność do kwoty równej Wartości Polisy, w przypadku śmierci Oszczędzającego w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku będącego wynikiem:

1. uprawiania przez Oszczędzającego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, takich jak: rafting lub inne sporty wodne uprawiane na rzekach górskich, nurkowanie przy użyciu aparatów gazowych, surfing, windsurfing, kitesurfing, sporty spadochronowe i balonowe, paralotniarstwo, szybownictwo oraz pilotowanie jakichkolwiek samolotów silnikowych, skoki bungee, sztuki walki i wszelkiego rodzaju sporty obronne, wspinaczka wysokogórska i skałkowa, speleologia, myślistwo, jazda konna, jazda na nartach wodnych, narciarstwo zjazdowe, snowboard, bobsleje, saneczkarstwo, skoki narciarskie oraz inne sporty, w których wykorzystywane są pojazdy poruszające się po śniegu lub lodzie; za sporty wysokiego ryzyka uważane są również wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi albo udział w ekspedycjach (...)",
2. samookaleczenia się Oszczędzającego,
3. działania Oszczędzającego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej, zaburzeń psychicznych lub choroby układu nerwowego,
4. zatrucia się Oszczędzającego spowodowanego spożyciem alkoholu lub środków odurzających bądź działania Oszczędzającego w stanie po użyciu alkoholu lub pod wpływem innych środków odurzających, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniami lekarza
5. przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do (...) (Międzynarodowego Zrzeszenia (...)),
6. poddania się Oszczędzającego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
7. prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Oszczędzającego, jeżeli Oszczędzający nie posiadał odpowiedniego dokumentu uprawniającego do prowadzenia pojazdu wymaganego odrębnymi przepisami".

Ponadto Sąd obciążył pozwaną obowiązkiem zwrotu powodowi kosztów zastępstwa prawnego, nakazał pobrać od pozwanej na rzecz Skarbu Państwa nieuiszczoną opłatę od pozwu i zarządził publikację prawomocnego wyroku w Monitorze Sądowym i Gospodarczym na koszt tej strony.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło w oparciu o następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

Pozwane Towarzystwo prowadzi działalność gospodarczą w ramach której zawiera z konsumentami umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, prowadzonym jako Indywidualne Konto Emerytalne ((...)). Umowy te mają na celu zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci ubezpieczonego.

W obrocie z konsumentami strona pozwana posługuje się wzorcem umownym p.n. „Ogólne Warunki Indywidualnego (...) z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym – Indywidualne Konto Emerytalne”, który zawiera m.in. zakwestionowane przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie o przytoczonej wyżej treści.

Pozwany ubezpieczyciela wnosił o oddalenie powództwa zgłaszając wnioski dowodowe:

- a) z zeznań świadka T. K. na okoliczność w okresie karencji oraz w okresie trzech miesięcy następujących po upływie pierwszego 12-to miesięcznego okresu za jaki jest zapłacona składka, ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego w okresie 3 miesięcy warunkowej ochrony ubezpieczeniowej oraz warunkach karencji i sposobu obliczania składki za okres karencji a także za cały okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
- b) z opinii biegłego sądowego posiadającego uprawnienia aktuarusza na okoliczność prawidłowego obliczenia składki za okres 3-miesięcznej ochrony warunkowej oraz za okres dwunastu miesięcy następujący po okresie owej ochrony w stosunku do udzielanej przez pozwanego ochrony ubezpieczeniowej.

Sąd Okręgowy oddalił te wnioski uznając, iż nie mają one w niniejszej sprawie istotnego znaczenia.

Jako nie budzący wątpliwości Sąd przyjął fakt, że po upływie 12 miesięcy pierwszego okresu ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa jest przedłużana o dalsze 3 miesiące (tzw. okres prolongaty) a jeżeli w tym czasie nie zostanie uiszczona składka dochodzi do zawieszenia ochrony ubezpieczeniowej a jej przywrócenie następuje począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po pobraniu składki ochronnej na kolejne 12 miesięcy z tym, że przez pierwsze 3 miesiące od przywrócenia odpowiedzialności ubezpieczyciela zastosowanie ma tzw. „karencja”.

Uznając powyższe postanowienie jako niedozwolone, w rozumieniu przepisu art. 385¹ § 1 k.c. Sąd Okręgowy nie podzielił w pierwszej kolejności stanowiska pozwanego, że dotyczyły one głównych świadczeń stron.

W ocenie Sądu, takim świadczeniem ze strony ubezpieczyciela jest zapłata określonej sumy w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego a ze strony ubezpieczonego – zapłata umówionej składki.

Sąd Okręgowy powołał się na pogląd Sądu Najwyższego wyrażony w uchwale z dnia 29 czerwca 2007 r. sygn. III CZP 62/07, w myśl którego – przepis art. 385¹ k.c. nie pozwala na szeroką interpretację formuły „stanowień określających główne świadczenie stron”.

Wobec abstrakcyjnego charakteru kontroli postanowień wzorca umownego bez znaczenia jest – czy jakaś konkretna umowa była negocjowana między stronami danego stosunku zobowiązaniowego.

Stosowane przez pozwane Towarzystwo przepisy rażąco naruszają interesy konsumentów w sferze ekonomicznej, związane z uzyskaniem niepełnowartościowego świadczenia, pomimo opłacania składki w pełnej wysokości a ponadto wywołują one u konsumentów stan poczucia niepewności, czy braku satysfakcji w związku ze sposobem realizacji umowy przez ubezpieczyciela.

Strona pozwana postępuje też w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami gdyż wykorzystując swoją uprzywilejowaną pozycję oferując konsumentom warunki umowy naruszające zasadę ekwiwalentności świadczeń stron oraz skutek przerzucenia na konsumenta ryzyka związanego z prowadzeniem przez przedsiębiorcę działalności gospodarczej.

Sąd Okręgowy nie podzielił argumentacji pozwanego, że zapewnienie ubezpieczonemu ochrony za łączny okres 15 miesięcy przy pobraniu składki ubezpieczeniowej obliczonej jedynie za 12 miesięcy kształtują sytuację prawną konsumenta korzystnej niż w przypadku standardowych warunków ubezpieczenia.

Z faktu, że pozwany sam zdecydował się wprowadzić do wzorca umownego tzw. okresu prolongaty, którego to obowiązku nie przewiduje przepis art. 814 ust. 3 k.c. nie sposób wyprowadzić wniosku, że dopuszczone jest ograniczenie świadczeń ubezpieczyciela przez okres tzw. „karencji”, wynoszący aż 3 miesiące po przywróceniu ochrony ubezpieczeniowej, mimo że konsument opłaca za ten okres czasu składkę w pełnym wymiarze.

Ponadto, zdaniem Sądu, przedmiotowe klauzule wypełniają hipotezę art. 385³ pkt 22 k.c., zgodnie z którym, w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które przewidują obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta, mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta.

O kosztach postępowania Sąd Okręgowy orzekł zgodnie z art. 98 k.p.c.

W złożonej o tego wyroku apelacji strona pozwana zarzuciła:

1) naruszenie prawa materialnego tj.:

a) art. 805 k.c. poprzez jego niezastosowanie i błędne przyjęcie, iż głównym świadczeniem ubezpieczyciela z zawartej umowy ubezpieczenia jest wypłata świadczenia ubezpieczeniowego i przyjęcie, że ochrona ubezpieczeniowa nie jest głównym świadczeniem ubezpieczyciela wynikającym z zawartej umowy ubezpieczenia,

b) art. 385³ pkt 22 k.c. poprzez uznanie, iż postanowienia umowne będące przedmiotem zaskarżonego orzeczenia ustanawiają obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta,

c) art. 385¹ § 1 k.c. wobec uznania, że przedmiotowe klauzule nie dotyczą głównego świadczenia stron i przez to mają abuzywny charakter,

d) art. 18 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej poprzez przyjęcie, że skalkulowana przez pozwanego składka jest zawyżona w stosunku do ryzyka ubezpieczeniowego ponoszonego przez pozwanego, na podstawie zawartych umów ubezpieczenia.

2) naruszenie przepisów prawa procesowego tj.:

a) art. 233 k.p.c. wskutek przekroczenia granic swobodnej oceny dowodów i dokonanie tej oceny w sposób dowolny i nieuwzględniający wniosków dowodowych zgłoszonych przez pozwaną pomimo, że przedmiotem postępowania były postanowienia umowne dotyczące m.in. ochrony ubezpieczeniowej oraz ustalania składki,

b) art. 227 k.p.c. wobec oddalenia wniosków dowodowych zgłoszonych w odpowiedzi na pozew,

c) art. 278 k.p.c. poprzez oddalenie wniosku pozwanego o powołanie biegłego z uprawnieniami aktuarium celem ustalenia, czy składka pobrana przez pozwanego odpowiada zakresowi udzielonej ochrony ubezpieczeniowej.

Wskazując na powyższe zarzuty pozwane Towarzystwo wносиło o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa oraz zasądzenie od powoda na jego rzecz kosztów postępowania za obie instancje, ewentualnie o uchylenie tego orzeczenia i przekazanie sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wносił o oddalenie apelacji w całości i zasądzenie od strony pozwanej, na jego rzecz, kosztów postępowania w instancji odwoławczej.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja pozwanego nie może odnieść zamierzonych skutków prawnych.

Jeżeli chodzi o zarzut naruszenia art. 805 § 1 k.c. przez błędne przyjęcie, że w przypadku umowy ubezpieczenia głównym świadczeniem ze strony ubezpieczyciela jest wypłata określonej sumy pieniężnej a nie udzielenie ochrony ubezpieczeniowej rozumianej jako ponoszenie ryzyka zapłaty danej kwoty w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego to Sąd Apelacyjny nie podziela w tym względzie argumentacji skarżącego.

W doktrynie istotnie zarysowały się dwie odmienne koncepcje odnośnie zagadnienia – na czym polega świadczenie zakładu ubezpieczeń. Według pierwszej teorii (tzw. świadczenia pieniężnego) świadczeniem ubezpieczyciela jest zapłata określonej kwoty pieniężnej, jeżeli zajdzie wypadek ubezpieczeniowy.

Według drugiej teorii (tzw. ryzyka) zakład ubezpieczeń społecznych zobowiązuje się do ponoszenia ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia wypadku, co oznacza, że przedmiotem świadczenia jest udzielenie ochrony ubezpieczeniowej.

Jak słusznie wskazał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 20 października 2006 r. IV CSK 125/06 (publ. OSN 2008/1/7) należy opowiedzieć się za pierwszą z przytoczonych wyżej teorii, znajdujących oparcie w przepisie art. 805 § 1 k.c.

Posłużenie się tam przez ustawodawcę zwrotem „w szczególności” nie stanowi wystarczającego argumentu na rzecz tezy, że głównym świadczeniem ubezpieczyciela może być również zapewnienie samej ochrony ubezpieczeniowej skoro takie zobowiązanie nie zostało wyraźnie ujęte w tym przepisie, który precyzuje pojęcie świadczenia głównego zakładu ubezpieczeń. Tym samym zakres udzielonej ochrony nie może być traktowany jako element świadczenia głównego ze strony ubezpieczyciela.

Niezależnie jednak od tego należy zauważyć, że w odniesieniu do pierwszej z zakwestionowanych przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów klauzul jej treść została sformułowana w niejednoznaczny sposób.

I tak – powołane w § 11 ust. 6 o.w.u.t. określenie „karencja” zostało zdefiniowane w § 2 ust. 2 o.w.u. jako „okres liczony od pierwszego dnia przywrócenia odpowiedzialności ubezpieczeniowej Towarzystwa w odniesieniu do oszczędzającego, w sytuacji wskazanej w § 11 ust. 6 w trakcie którego świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczającego wypłacane jest wyłącznie w przypadku śmierci oszczędzającego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (k. 9 a.s.).

Z kolei wyjaśnienie – co należy rozumieć przez „nieszczęśliwy wypadek” oraz jakie zdarzenia nie mogą być za taki wypadek uznane zawiera § 2 ust. 12 o.w.u.

Wobec użycia tam w pozycji „d” sformułowania „innych chorób, w tym występujących nagle” oznacza to, że w razie zajścia w okresie tzw. „karencji” wypadku ubezpieczeniowego w następstwie nieszczęśliwego wypadku ubezpieczyciel przyznaje sobie uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy, co stanowi niedozwoloną klauzulę umowną w rozumieniu art. 385³ pkt 8 k.c.

Można natomiast podzielić zarzut pozwanej, że wprowadzenie do ogólnych warunków ubezpieczenia instytucji tzw. „karencji” nie odpowiada sytuacji przewidzianej w art. 385³ pkt 22 k.c. tj. zastrzeżenie obowiązku wykonania przez konsumenta swojego zobowiązania mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta (przedsiębiorcę).

W rozpoznawanej sprawie trudno mówić o nienależyтым wykonaniu zobowiązania przez pozwane Towarzystwo skoro sprecyzowano w o.w.u. zasady na jakich jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa w danej sytuacji.

Natomiast nie ma racji skarżący podnosząc zarzut obrazy przepisu art. 385¹ § 1 k.c. z powołaniem się na rzekomy brak rażącego naruszenia interesów konsumenta.

Zasadnie Sąd Okręgowy podniósł, że przyjęte przez pozwanego rozwiązania, polegające na wydłużeniu, w wyniku zapłaty przez konsumenta pierwszej składki za 12 miesięcy, okresu ochrony ubezpieczeniowej o dalsze 3 miesiące (okres prolongaty) nie oznacza bynajmniej, iż konsument uzyskuje w ten sposób korzyść a wręcz przeciwnie znajduje się w znaczeniu gorszej sytuacji niż wówczas gdyby nie otrzymał takiej „promocji” gdyż po pierwsze: istnieje znacznie większe prawdopodobieństwo że w razie śmierci oszczędzającego w okresie tzw. „karencji” uposażony w ogóle nie otrzyma od ubezpieczyciela jakiegokolwiek świadczenia, (w przypadku zajścia wówczas zdarzenia nie będącego w myśl § 2 ust. 12 o.w.u. nieszczęśliwym wypadkiem) a po drugie: nastąpi znaczne ograniczenie świadczenia w razie gdy śmierć ubezpieczonego jest następstwem jednego z wielu przypadków przytoczonych w § 12 ust. 2 pkt 1-7 o.w.u.

Zważywszy na istotę abstrakcyjnej kontroli wzorca umownego słusznie Sąd Okręgowy uznał, że nie zachodziła konieczność badania – czy według kryteriów przewidzianych w art. 18 tej ustawy o działalności ubezpieczeniowej wysokość składek została skalkulowana na poziomie udzielonej konsumentowi ochrony.

Oferując ubezpieczonemu zmienny zakres ochrony ubezpieczeniowej pozwana niewątpliwie uwzględniała tu własne interesy ekonomiczne, związane z prowadzeniem zyskowej działalności gospodarczej, co wcale nie oznacza że taki model ochrony staje się również korzystny dla drugiej strony (ubezpieczonego).

Zapłata składki po zakończeniu tzw. okresu prolongaty powoduje przywrócenie odpowiedzialności pozwanego począwszy od pierwszego dnia następnego miesiąca po pobraniu całej składki na okres kolejnych 12 miesięcy, z których tylko przez 9 miesięcy konsument ma zapewnioną pełną ochronę ubezpieczeniową.

Stawia go to w nierównorzędnej sytuacji z przedsiębiorcą gdy chodzi o zakres praw i obowiązków każdej ze stron, a takiego stanu rzeczy nie może usprawiedliwiać okoliczność, że w okresie wcześniejszym (tj. przed zawieszeniem odpowiedzialności ubezpieczeniowej) ubezpieczony miał zapewnioną ochronę przez łączny okres 15 miesięcy, płacąc składkę należną za 12 miesięcy.

Z przytoczonych wyżej względów nie może się ostać zarzut naruszenia przepisu art. 18 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz powołanych w apelacji przepisów procedury cywilnej.

Orzeczono zatem jak w sentencji, na podstawie art. 385 k.p.c.

Rozstrzygnięcie o kosztach postępowania apelacyjnego zapadło zgodnie z treścią art. 98 i 99 k.p.c. zw. z art. 108 § 1 k.p.c.

bk