

Sygn. akt VI ACa 1373/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 listopada 2016 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący – Sędzia SA Marcin Strobel

Sędziowie: SA Aldona Wapińska (spr.)

SO (del.) Magdalena Sajur-Kordula

Protokolant: starszy sekretarz sądowy Magdalena Męczkowska

po rozpoznaniu w dniu 17 listopada 2016 r. w Warszawie

na rozprawie

sprawy z powództwa M. B.

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

o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone

na skutek apelacji pozwanego

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

z dnia 9 czerwca 2015 r.

sygn. akt XVII AmC 3109/14

1. oddala apelację;

2. zasądza od Towarzystwa (...) S.A. w W. na rzecz M. B. kwotę 270 zł (dwieście siedemdziesiąt złotych) tytułem zwrotu kosztów postępowania apelacyjnego.

VI ACa 1373/15

UZASADNIENIE

Pozwem z 22 grudnia 2014 r. skierowanym przeciwko Towarzystwu (...) S.A. w W. , powód M. B. domagał się uznania za niedozwolone i zakazania wykorzystywania w obrocie z konsumentami postanowienia o treści: „Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych w okresie 24 miesięcy od pierwszego dnia miesiąca, w którym ubezpieczający zgłosił ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia, jest wyłączona w przypadku zajścia zdarzenia zgonu ubezpieczonego, jeżeli do jego spowodowania przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed tym dniem.” zawartego we wzorcu umowy, którym posługuje się pozwany.

W ocenie powoda wskazane postanowienie wzorca umowy stanowi niedozwoloną klauzulę, gdyż jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interesy konsumentów. Wypełniałoby tym hipotezę art. 385[1] § 1 k.c., zgodnie z którym niedozwolonymi są postanowienia umowy zawieranej z konsumentem, niezgodnione z nim indywidualnie, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając

jego interesy - z wyłączeniem postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. W szczególności w jego ocenie kwestionowane postanowienie jest ogólne, nieprecyzyjne i w związku z tym pozwala przedsiębiorcy na dowolną interpretację. Zwłaszcza zastosowanie sformułowania „przyczyniła się” daje mu zbyt szerokie pole do jednostronnej oceny zdarzenia skutkującego wyłączeniem odpowiedzialności ubezpieczyciela.

W odpowiedzi na pozew pozwany Towarzystwo (...) S.A. w W. domagał się oddalenia powództwa w całości oraz zasądzenia na jego rzecz kosztów postępowania według norm przepisanych. Uzasadniając swoje stanowisko pozwany przede wszystkim zakwestionował legitymację czynną powoda biorąc pod uwagę fakt, iż nie jest on ubezpieczonym, ani uprawnionym z umowy ubezpieczenia. Niezależnie od powyższego zanegował twierdzenia powoda o niedozwolonym charakterze zapisu podnosząc, że stosowanie sformułowania „przyczyniła się” nie zwalnia ubezpieczyciela z obowiązku ustalenia istnienia związku przyczynowego pomiędzy chorobą zdiagnozowaną lub leczoną, a zgonem ubezpieczonego.

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

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

Wyrokiem z dnia 9 czerwca 2015 r. Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów:

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

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

2. zasądził od pozwanego na rzecz powoda, tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego, kwotę 77 złotych;

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

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

Podstawą rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego były następujące ustalenia faktyczne i rozważania prawne:

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

Powyższy stan faktyczny został ustalony przez Sąd pierwszej instancji w oparciu o twierdzenia zawarte we wniesionych przez strony pismach procesowych oraz dokumenty złożone do akt sprawy. W zakresie niezbędnym do ustalenia stanu faktycznego twierdzenia przedstawione przez stronę powodową oraz załączony przez nią dowód nie były

kwestionowane przez stronę przeciwną. W rezultacie okoliczności, na których oparte jest żądanie pozwu były pomiędzy stronami bezsporne.

W ocenie Sądu Okręgowego powództwo w niniejszej sprawie zasługiwało na uwzględnienie.

Okolicznością sporną między stronami było, czy powód ma w tej sprawie legitymację procesową do wytoczenia powództwa, a także – czy przedmiotowe postanowienie miało charakter niedozwolony w myśl art. 385[1] § 1 k.c.

Odnosząc się do pierwszej spornej kwestii Sąd pierwszej instancji wskazał, iż istota umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek sprawia, że poza dwiema stronami tej umowy - ubezpieczycielem (pозwany) oraz ubezpieczającym (Bankiem (...) S.A.) pojawia się kolejny podmiot tego stosunku prawnego - ubezpieczony, jako jego beneficjent. Ubezpieczony (konsument) wprawdzie nie jest stroną umowy, niemniej jednak ustawa przyznaje mu narzędzia ochrony konsumenckiej przewidziane w art. 808 § 5 k.c., który stanowi, że: „jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹-385³ stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Ubezpieczonemu przysługuje zatem prawo do żądania kontroli umowy w drodze powództwa wytoczonego w sprawie indywidualnej. Równocześnie – zdaniem tego Sądu – nie ma podstaw, by odmówić mu analogicznego uprawnienia, które mogłoby być realizowane w ramach kontroli prowadzonej w trybie przepisów art. 479³⁶ k.c. i nast. Skoro bowiem art. 808 § 5 k.c. przyznaje ubezpieczonemu status konsumenta wraz ze wynikającymi stąd prawami, to może on także korzystać z roszczeń w postępowaniu o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 czerwca 2013 r., sygn. akt VI ACa 1494/12 : „Skoro zatem ustawa nakazuje traktować ubezpieczonego, na którego rzecz zawarta została umowa ubezpieczenia jak konsumenta (konsumenta bowiem dotyczą przepisy art. 385 ind. 1 - 385 ind. 3 k.c.), to musi wiązać się to z daniem mu realnej możliwości obrony jego praw w ramach kontroli abstrakcyjnej postanowień wzorców umownych”).

Dlatego też Sąd orzekający nie podzielił stanowiska pozwanego co do braku legitymacji czynnej powoda.

Oceniając treść zakwestionowanego postanowienia pod kątem wypełnienia przesłanek abuzywności Sąd Okręgowy zważył, iż stosownie do treści art. 385¹ §1 k.c. , aby dane postanowienie umowne mogło być uznane za niedozwolone, musi ono spełniać cztery przesłanki tj.: (I) postanowienie nie zostało indywidualnie uzgodnione z konsumentem, (II) ukształtowane przez postanowienie prawa i obowiązki konsumenta pozostają w sprzeczności z dobrymi obyczajami, (III) powyższe prawa i obowiązki rażąco naruszają interesy konsumenta oraz (IV) postanowienie umowy nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron. Sąd pierwszej instancji podkreślił, iż dokonując kontroli abstrakcyjnej wzorca umowy zgodnie z treścią tego przepisu sąd ocenia wyłącznie treść postanowienia wzorca umowy, natomiast irrelevantne są okoliczności takie jak: praktyka prowadzenia działalności gospodarczej przez przedsiębiorcę, sposób wykonywania umowy przez strony, czy też jakiegokolwiek fakty, które dotyczą ewentualnego sporu pomiędzy stronami postępowania, powstałego na tle konkretnej umowy. W ramach kontroli abstrakcyjnej wzorca umowy sąd nie bada bowiem konkretnych stosunków istniejących pomiędzy kontrahentami, lecz wyłącznie wzorzec i treść hipotetycznych stosunków, jakie powstałyby z udziałem konsumenta. Nie ma zatem znaczenia, czy jakaś konkretna umowa była między stronami negocjowana ani nawet czy wzorzec był, czy też nie był zastosowany przy zawieraniu jakiegokolwiek konkretnej umowy. Kontrola ta ma bowiem charakter oceny ex ante i obejmuje wzorzec, nie zaś konkretną umowę. Istotny jest zatem fakt wprowadzenia ocenianego wzorca do obrotu poprzez wystąpienie z ofertą zawarcia umowy z wykorzystaniem tego wzorca.

Z powyżej przedstawionych względów Sąd pierwszej instancji uznał, że okoliczności podniesione przez pozwanego, a dotyczące okoliczności sporu pomiędzy stronami tego postępowania, powstałego na tle realizacji umowy, są w tym postępowaniu bez znaczenia dla oceny inkryminowanego zapisu.

W ocenie Sądu Okręgowego tak sformułowane postanowienie dotyczące wyłączenia odpowiedzialności w przypadku, gdy do powstania zdarzenia ubezpieczeniowego przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed tym dniem, nie reguluje głównych świadczeń stron.

Sąd pierwszej instancji wskazał, iż dla zastosowania przepisu art. 385¹ k.c. przesłanki II (sprzeczność z dobrymi obyczajami) i III (rażące naruszenie interesów konsumenta) muszą zachodzić równocześnie. Z reguły rażące naruszenie interesu konsumenta jest naruszeniem dobrych obyczajów, ale nie zawsze zachowanie sprzeczne z dobrymi obyczajami rażąco narusza ten interes.

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

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

W ocenie Sądu pierwszej instancji oś sporu w niniejszej sprawie stanowiła w głównej mierze interpretacja przesłanki przyczynienia się choroby zdiagnozowanej lub leczonej przed dniem objęcia ubezpieczonego ochroną do ziszczenia się zdarzenia zgonu, albowiem skutkuje ona uchyleniem się ubezpieczyciela od odpowiedzialności w okresie pierwszych 24 miesięcy ochrony.

Sąd Okręgowy podkreślił, iż nie kwestionuje stosowania przez zakłady ubezpieczeń okresów karencji w ściśle określonych przypadkach, które powiązane są z ryzykiem ubezpieczeniowym i mają na celu wyeliminowanie nieuczciwych zachowań ze strony kontrahentów. Niemniej jednak, służąc określonym powyżej celom, karencja nie może prowadzić do nadmiernego wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, które wykraczałoby ponad jego uzasadniony interes, a także interes innych ubezpieczonych. Z tego też względu - w ocenie Sądu pierwszej instancji - należało w przedmiotowej sprawie zakwestionować posłużenie się w treści kwestionowanego zapisu pojęciem „przyczynienia się”, gdyż w kontekście jego treści prowadzi do istotnej nieprecyzyjności i ogólności w formułowaniu zakresu odpowiedzialności. Interpretacja klauzuli w takim brzmieniu wskazuje na bardzo szeroki zakres wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdyż posłużenie się wyrażeniem „przyczynić się” wskazuje nie tylko na konieczność wystąpienia przyczyn o charakterze bezpośrednim, lecz także ciąg okoliczności powiązanych ze sobą w sposób pośredni, których skutkiem będzie zgon ubezpieczonego. Za bez znaczenia Sąd Okręgowy uznał natomiast argument pozwanego, który podniósł, że o powstrzymaniu się od wypłaty świadczenia decyduje wszakże istnienie związku przyczynowego, bowiem taki związek może istnieć nawet pomimo wystąpienia kilku czynników pomiędzy chorobą a zgonem. Sąd nie miał żadnych wątpliwości co do tego, że zakres stanów faktycznych skutkujących w tych warunkach wyłączeniem odpowiedzialności jest niezwykle szeroki. W rezultacie zapis daje pozwanemu ubezpieczycielowi znacząco swobodę interpretacyjną, pozwalającą określać sytuacje, w których aktualizuje się obowiązek wypłaty świadczenia odszkodowawczego. Zakres tej swobody w przypadku, gdy odnosi się on bezpośrednio do odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, winien być eliminowany możliwie w jak najszerszym zakresie. Sąd pierwszej instancji wyraził także dezaprobatę wobec bardzo długiego okresu karencji – przy tak szerokim zdefiniowaniu tej przesłanki, uznając, iż w ściśle sprecyzowanych okolicznościach tego rodzaju ograniczenie

nie powinno powodować żadnych wątpliwości, niemniej jednak w warunkach, gdy zakres odpowiedzialności jest dość rozmyty, a przy tym pozwala na zakwalifikowanie wielu stanów, jako okoliczności uchylających obowiązek pozwanego, okres ten stanowi dodatkową przesłankę, poprzez którą ubezpieczyciel usiłuje powstrzymać się od wypłaty świadczenia.

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

W konkluzji Sąd Okręgowy stwierdził, że w zakresie, w jakim zakwestionowana klauzula posługuje się nieprecyzyjnymi zwrotami, które prowadzą do nazbyt szerokiego wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, a także nie wymaga ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego w momencie przystąpienia do ubezpieczenia, który jest następnie oceniany na etapie realizacji umowy, wypełnia hipotezę art. 385¹ §1 k.c. Zważywszy na możliwość uchylecia obowiązku zapłaty świadczenia odszkodowawczego na skutek zastosowania tego zapisu, zdaniem Sądu Okręgowego nie ulega wątpliwości, że naruszenie interesów konsumentów należy kwalifikować jako rażące.

Dlatego też - mając więc powyższe na uwadze – na podstawie art. 385¹ §1 k.c., Sąd okręgowy – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał zakwestionowane postanowienie wzorca umowy za niedozwolone, zaś na podstawie art. 479⁴² § 1 k.p.c. zakazał jego wykorzystywania w obrocie z udziałem konsumentów.

O kosztach postępowania orzeczono w oparciu o art. 98 k.p.c., zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Przyznane stronie koszty stanowią wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w wysokości 60 zł - ustalone na podstawie § 14 ust. 3 pkt. 2 w zw. z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu. Orzeczenie o nakazaniu pobrania od strony pozwanej opłaty od pozwu uzasadnia art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych.

O publikacji prawomocnego wyroku w Monitorze Sądowym i Gospodarczym na koszt strony pozwanej zarządzono na podstawie art. 479⁴⁴ k.p.c.

Powyższy wyrok Sądu Okręgowego w całości zaskarżył apelacją pozwany Towarzystwo (...) S.A., zarzucając:

1. Mające istotny wpływ na treść rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. wyrażające się w sprzeczności istotnych ustaleń Sądu Okręgowego z materiałem dowodowym

zgromadzonym w sprawie poprzez wyprowadzenie z materiału dowodowego wniosków wprost z niego nie wynikających, tj. poprzez przyjęcie przez Sąd Okręgowy, iż powód jest osobą ubezpieczoną (Ubezpieczony) na podstawie mającej zastosowanie w niniejszej sprawie Umowy ubezpieczenia, tj. umowy „Ubezpieczenia na życie spłaty kredytu mieszkaniowego” wraz z załącznikami i aneksami, ostatnio zmienionej aneksem nr (...) z dnia 17 grudnia 2012 roku z początkiem obowiązywania od dnia 1 września 2002 r., w szczególności z załącznikiem do Umowy ubezpieczenia Szczególne Warunki Ubezpieczenia (dalej jako SWU), podczas gdy powód nie jest Ubezpieczonym w ramach wskazanej powyżej Umowy ubezpieczenia;

2. Naruszenie art. 808 § 5 k.c. w zw. z art. 385¹ § 1 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie, wyrażające się w przyjęciu, iż inkryminowane postanowienie dotyczy praw i obowiązków powoda, jako osoby fizycznej będącej konsumentem, podczas gdy wskazany powyżej przepis art. 808 § 5 k.c. umożliwia odpowiednie stosowanie przepisów art. 385¹ - 385³ k.c. wyłącznie w odniesieniu do osoby ubezpieczonej (Ubezpieczonego), a nie w odniesieniu do każdej osoby fizycznej będącej konsumentem (powód jest konsumentem, nie będąc Ubezpieczonym);

3. Naruszenie art. 479³⁸ § 1 k.p.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie, wyrażające się w przyjęciu, iż powodowi przysługuje czynna legitymacja procesowa w niniejszej sprawie, podczas gdy w związku z przepisami art. 808 § 5 k.c. w zw. z art. 385¹ § 1 k.c. legitymacja procesowa może przysługiwać wyłącznie osobie ubezpieczonej (Ubezpieczonemu);

4. Naruszenie art. 479³⁸ § 1 k.p.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie, wyrażające się w przyjęciu, iż powód mógłby być stroną Umowy ubezpieczenia zawartej przez pozwaną z Bankiem (...) S.A. we W., podczas gdy tego rodzaju umowy (ubezpieczenia na życie kredytobiorców) pozwana może zawierać wyłącznie z przedsiębiorcami prowadzącymi przedsiębiorstwo bankowe;

5. Naruszenie art. 65 § 1 i § 2 k.c. poprzez przyjęcie, że użycie przez pozwaną w inkryminowanym postanowieniu pojęcia „przyczynienie się” prowadzi do istotnej nieprecyzyjności i ogólności w formułowaniu zakresu odpowiedzialności pozwanej, podczas gdy użycie pojęcia „przyczynienie się” przesądza o konieczności każdorazowej oceny stanu faktycznego w kontekście istnienia adekwatnego związku przyczynowego pomiędzy zachorowaniem (zdiagnozowanym lub leczonym przed przystąpieniem ubezpieczonego do ubezpieczenia) rozumianym jako adekwatna przyczyna wystąpienia zdarzenia w postaci zgonu ubezpieczonego, skutkującego odpowiedzialnością Pozwanej, co pozwala na skuteczne wyeliminowanie nieprecyzyjności oraz zawężenie zakresu wyłączenia odpowiedzialności Pozwanej w oparciu o postanowienia inkryminowanej klauzuli;

6. Naruszenie art. 385¹ § 1 k.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie polegające na uznaniu, iż inkryminowane postanowienie wypełnia hipotezę 385¹ § 1 k.c. z uwagi na posługiwanie się nieprecyzyjnymi zwrotami, które prowadzą do nazbyt szerokiego wyłączenia odpowiedzialności pozwanej, z uwagi na brak wymogu ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego w momencie przystępowania do ubezpieczenia, który następnie oceniany jest na etapie realizacji umowy, jak również z uwagi możliwość uchylenia się pozwanej od wypłaty świadczenia wskutek zastosowania inkryminowanego postanowienia co stanowi rażące naruszenie interesów konsumentów, gdy tymczasem, inkryminowana klauzula nie posługuje się zwrotami nieprecyzyjnymi, ocena stanów faktycznych następuje w kategoriach adekwatnego związku przyczynowego, co skutkuje zawężeniem zakresu wyłączenia odpowiedzialności pozwanej w oparciu o postanowienia inkryminowanej klauzuli, zaś ocena stanu zdrowia ubezpieczonego w momencie przystępowania do ubezpieczenia stanowi uprawnienie, a nie obowiązek ubezpieczyciela;

7. Naruszenie art. 479⁴² k.p.c. poprzez niewłaściwe zastosowanie poprzez zakazanie wykorzystywania przez Pozwaną inkryminowanego postanowienia w obrocie z udziałem konsumentów, podczas gdy inkryminowane postanowienie nie spełnia kryteriów uznania go za klauzulę abuzywną.

Z uwagi na powyższe, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. apelujący wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku, poprzez oddalenie powództwa w całości i zasądzenie kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego wg norm przepisanych.

Powód M. B. wnosił o oddalenie apelacji i zasądzenie od pozwanej na rzecz powoda kosztów postępowania za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego, według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie, albowiem zarówno ustalenia faktyczne, jak i ich ocena prawna, zostały dokonane przez Sąd pierwszej instancji w sposób prawidłowy.

Zarzuty apelacji – tak w aspekcie naruszenia prawa materialnego, jak i prawa procesowego – dotyczyły dwóch zagadnień: legitymacji procesowej powoda oraz uznania zakwestionowanego postanowienia za niedozwolone postanowienie umowne.

W ocenie strony pozwanej powód nie ma legitymacji czynnej do wystąpienia z powództwem o uznanie zakwestionowanego postanowienia wzorca za niedozwolone, albowiem nie jest osobą ubezpieczoną, ani też nie mógłby być stroną umowy zawartej pomiędzy pozwanym a Bankiem (...) S.A. we W..

W ocenie Sądu Apelacyjnego takie stanowisko nie jest trafne.

Zauważyć należy, iż również ubezpieczony nie jest stroną umowy zawartej pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym w przypadkach umów zawartych na cudzy rachunek, o jakich mowa jest w przepisie art. 808 § 1 k.c. Zgodnie bowiem z tym przepisem ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Przepis art. 808 k.c. reguluje konstrukcję umowy na cudzy rachunek. Zauważyć należy, iż w przypadku ubezpieczeń na cudzy rachunek ubezpieczający ubezpiecza cudzy interes majątkowy lub cudze życie, działając jednak we własnym imieniu. Zgodnie z zasadą odszkodowania osobą trzecią może być tylko osoba posiadająca tzw. interes ubezpieczeniowy (zob. A.M. Kubiak, Interes ubezpieczeniowy w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek i na rzecz osoby trzeciej, Prawo Asekuracyjne 2012, nr 4, s. 65 i n.). Osoba ta nazywana jest ubezpieczonym. Jest to osoba, na której rzecz zawarto umowę ubezpieczenia majątkowego, oraz osoba, której życia i zdrowia dotyczy ubezpieczenie.

W sprawie niniejszej zakwestionowane postanowienie zawarte jest w § 2 ust. 2 pkt 2 Załącznika nr 9 do Aneksu Nr (...) z dnia 17.12.2012 r. do Umowy Ubezpieczenia Na Życie Spłaty Kredytu Mieszkaniowego Umowy Ubezpieczenia – Polisa z dnia 1 września 2002 r., zawartej między pozwanym Towarzystwem (...) S.A. w W. jako zakładem ubezpieczeń, a ubezpieczającym (...) Bank S.A. w W. (poprzednikiem prawnym Banku (...) S.A. we W.). W umowie tej przewidziano ochronę ubezpieczeniową na rzecz osób, które zawarły z tym Bankiem umowy kredytowe.

W myśl art. 808 § 5 k.c. jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹-385³ stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Nie może budzić wątpliwości, że na gruncie tego przepisu ubezpieczonemu, na którego rzecz umowa ubezpieczenia została zawarta, przysługuje prawo do żądania kontroli wzorca w drodze powództwa wytoczonego **w sprawie indywidualnej** w związku z zawartą umową ubezpieczenia. W ocenie Sądu Apelacyjnego powyższe unormowania stanowią także podstawę do uznania, iż osobie fizycznej przysługuje możliwość żądania kontroli abstrakcyjnej wzorca. Skoro bowiem ustawodawca nakazuje stosować odpowiednio przepisy regulujące niedozwolone postanowienia umowne (art. 385¹ - 385³ k.c.) do ubezpieczonej osoby fizycznej, której praw i obowiązków dotyczy umowa ubezpieczenia na zasadach określonych w art. 808 § 5 k.c., to osobie tej przysługuje także roszczenie z art. 479³⁶ i następne k.p.c. Logiczną bowiem konsekwencją traktowania na gruncie prawa materialnego ubezpieczonego, na rzecz którego umowa została zawarta, jak konsumenta, jest takie samo traktowanie go na gruncie prawa procesowego. Tym samym nieodzowne staje się przyznanie mu realnej obrony

jego praw przed sądem w ramach abstrakcyjnej kontroli wzorców umowy, w tym wypadku warunków ubezpieczenia. Innymi słowy skoro ustawodawca potraktował ubezpieczonego w warunkach art. 808 § 5 k.c. jak konsumenta, to także, jako konsumenta, a w istocie, jako potencjalnego konsumenta - należy go traktować na gruncie przepisów ustawy kodeks postępowania cywilnego i stosować do niego wprost przepisy art. 479³⁶ -476⁴⁵ k.p.c. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 czerwca 2013 r., sygn. akt VI ACa 1494/12, niepubl.).

Jednakże – w ocenie Sądu drugiej instancji – hipoteza tej normy prawnej jest szersza i nie ogranicza możliwości wystąpienia z powództwem dotyczącym kontroli abstrakcyjnej zakwestionowanego postanowienia wzorca umowy jedynie do osoby ubezpieczonego. Byłaby to bowiem ochrona iluzoryczna, gdyż przyznanie możliwości wystąpienia z takim powództwem uzależnione byłoby od faktu uprzedniego zawarcia umowy kredytu i nabycia statusu ubezpieczonego w konkretnym stosunku prawnym, podczas gdy istotą kontroli abstrakcyjnej jest możliwość wystąpienia z takim żądaniem jeszcze przed zawarciem umowy. Samo literalne brzmienie art. 808 § 5 nie pozwala zresztą uznać, iż ochrona przewidziana w art. 385¹ – 385³ k.c. przysługuje wyłącznie ubezpieczonemu. Legitymacja procesowa czynna w sprawach o dokonanie kontroli abstrakcyjnej postanowień umów zawartych we wzorcach umowy wynika bowiem z przepisu art. 479³⁸ k.p.c., natomiast regulacja zawarta w art. 808 § 5 k.c. wyznacza granice zakresu tej kontroli wzorca jedynie do postanowień dotyczących praw i obowiązków ubezpieczonego.

W myśl art. 479³⁸ § 1 k.p.c. powództwo w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone może wytoczyć każdy, kto według oferty pozwanego mógłby zawrzeć z nim umowę zawierającą postanowienie, którego uznania za niedozwolone żąda się pozwem. Powództwo może wytoczyć także organizacja pozarządowa, do której zadań statutowych należy ochrona interesów konsumentów, powiatowy (miejski) rzecznik konsumentów oraz Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Zgodnie zaś z § 2 tego artykułu powództwo może ponadto wytoczyć zagraniczna organizacja wpisana na listę organizacji uprawnionych w państwach Unii Europejskiej do wszczęcia postępowania o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone, opublikowaną w Dzienniku Urzędowym Wspólnot Europejskich, jeżeli cel jej działania uzasadnia wystąpienie przez nią z takim żądaniem dotyczącym wzorców umów stosowanych w Polsce, zagrażających interesom konsumentów w państwie członkowskim, w którym organizacja ta ma swoją siedzibę. W przepisie § 1 tego artykułu chodzi więc nie tylko o podmiot, który zawarł umowę, ale również o podmiot, który "potencjalnie" może zawrzeć umowę. Podmioty wymienione w art. 479³⁸ § 1 k.p.c. nie są związane stosunkiem materialnoprawnym z podmiotem stosującym wzorzec umowy (H. Ciepła (w:) Kodeks postępowania cywilnego (...), t. 1, red. K. Piasecki, s. 1834). Podmioty takie nie muszą ponadto legitymować się interesem prawnym. W uzasadnieniu wyroku z dnia 3 lutego 2006 r., I CK 297/05 (Biuletyn Sądu Najwyższego 2006, nr 5, s. 12) Sąd Najwyższy zwrócił uwagę na warunkowe sformułowanie art. 479³⁸ § 1 k.p.c., który legitymację czynną do wytoczenia powództwa w tym postępowaniu przyznaje w pierwszej kolejności "każdemu, kto według oferty pozwanego mógłby zawrzeć z nim umowę zawierającą postanowienie, którego uznania za niedozwolone żąda się pozwem". Według Sądu Najwyższego brzmienie przepisu "wskazuje na nieograniczony a priori krąg podmiotów czynnie legitymowanych, a zarazem na publiczny charakter skargi w sprawach abstrakcyjnej kontroli wzorca umownego".

Jest kwestią oczywistą, iż powód nie mógłby stać się stroną Umowy Ubezpieczenia Na Życie Spłaty Kredytu Mieszkaniowego Umowy Ubezpieczenia – Polisa, zawartej między pozwanym Towarzystwem (...) S.A. w W. jako zakładem ubezpieczeń, a ubezpieczającym (...) Bank S.A. w W. (poprzednikiem prawnym Banku (...) S.A. we W.) – bowiem Umowa ta została zawarta pomiędzy dwoma przedsiębiorcami. Jednakże z uwagi na charakter tej umowy jako umowy na cudzy rachunek, powód potencjalnie mógłby zawrzeć z Bankiem umowę kredytu i w konsekwencji zostać objęty Umową Ubezpieczenia Na Życie Spłaty Kredytu Mieszkaniowego. W ocenie Sądu drugiej instancji oznacza to, iż na podstawie

art. 479³⁸ k.p.c. w zw. z art. 808 § 5 k.c. - przysługuje mu prawo żądania kontroli abstrakcyjnej tego wzorca w zakresie dotyczącym praw i obowiązków ubezpieczonego.

Prawidłowość takiego stanowiska potwierdza nie tylko orzecznictwo tutejszego Sądu (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 14.02.2014 r., VI ACa 838/13, LEX nr 1509131), ale również Sądu Najwyższego, który w uzasadnieniu wyroku z dnia 12 marca 2015 r. (I CSK 165/14, LEX nr 1660655, OSNC-ZD 2016/3/45) wprost wyraził pogląd, iż : „Powództwo o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone może być wytoczone przez osobę niezwiązaną stosunkiem prawnym z osobą wykorzystującą ten wzorzec (art. 479³⁸ § 1 k.p.c.).” .

Tym samym - zdaniem Sądu Apelacyjnego - nie było podstaw do uznania, iż po stronie powoda występuje brak legitymacji czynnej, zaś wszelkie rozważania na temat ewentualnych środków, jakie powodowi mogłyby przysługiwać w konkretnym stosunku prawnym, pozostają bez znaczenia w sprawie dotyczącej kontroli abstrakcyjnej zakwestionowanego postanowienia wzorca umowy.

Odnosząc się do zarzutów pozwanego braku abuzywności zakwestionowanego postanowienia, należy stwierdzić, iż nie są one uzasadnione.

Zgodzić się trzeba z twierdzeniami zawartymi w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku, że – co do zasady – stosowanie przez zakłady ubezpieczeń okresów karencji powiązanych z ryzykiem ubezpieczeniowym i mających na celu wyeliminowanie nieuczciwych zachowań ze strony kontrahentów jest dozwolone, jednakże nie mogą one prowadzić do nadmiernego wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, które wykraczałoby ponad jego uzasadniony interes, a także interes innych ubezpieczonych.

W niniejszej sprawie – przy stosowaniu kwestionowanego zapisu –całe ryzyko, że do zgonu lub inwalidztwa ubezpieczonego powstałego w wyniku wypadku przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności ubezpieczyciela obciąża jedynie ubezpieczonego. Słusznie w tej sytuacji Sąd pierwszej instancji uznał, że treść kwestionowanego zapisu nie wskazuje na to, że chodzi tutaj o adekwatny związek przyczynowy pomiędzy wcześniej występującą chorobą (zdiagnozowaną lub leczoną) a zgonem ubezpieczonego, co prowadzi do istotnej nieprecyzyjności i ogólności w formułowaniu zakresu odpowiedzialności pozwanego. Interpretacja klauzuli w jej aktualnym brzmieniu wskazuje na bardzo szeroki zakres wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdyż posłużenie się wyrażeniem „przyczynić się” wskazuje nie tylko na konieczność wystąpienia przyczyn o charakterze bezpośrednim, lecz także ciąg okoliczności powiązanych ze sobą w sposób pośredni, których skutkiem będzie zgon ubezpieczonego. Sąd pierwszej instancji nie miał żadnych wątpliwości co do tego, że zakres stanów faktycznych skutkujących w tych warunkach wyłączeniem odpowiedzialności jest zbyt szeroki, a w konsekwencji daje pozwanemu szeroką swobodę interpretacyjną pozwalającą określać sytuacje, w których aktualizuje się obowiązek wypłaty świadczenia odszkodowawczego, a zakres tej swobody w przypadku, gdy odnosi się on bezpośrednio do odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń powinien być eliminowany możliwie w jak najszerszym zakresie. W ocenie Sądu Apelacyjnego takie stanowisko Sądu pierwszej instancji jest trafne, brak jest zatem podstaw do uznania apelacji za uzasadnioną.

Słusznie również Sąd Okręgowy podzielił stanowisko powoda co do tego, że osoba zamierzająca zawrzeć umowę zawierającą zaskarżony zapis powinna być wezwana do powiadomienia pozwanej o okolicznościach mających wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego, a w szczególności o chorobach zdiagnozowanych lub leczonych w chwili objęcia ubezpieczeniem. Wtedy tylko bowiem zakres wyłączenia odpowiedzialności pozwanej nie budziłby wątpliwości, a podpisujący umowę miałby pewność co do tego, w jakich sytuacjach nie otrzyma ewentualnego świadczenia. Z tej przyczyny nie można zgodzić się z twierdzeniami pozwanego zawartymi w apelacji, że okoliczność nieprzeprowadzenia przez pozwaną ankiet medycznych przed podpisaniem umowy nie ma żadnego znaczenia, jak też, że każdy z ubezpieczonych miał możliwość zapoznania się z warunkami umowy ubezpieczenia i Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, a tym samym miał on wiedzę na temat zakresu stosowanego wyłączenia. Ubezpieczeni, na rzecz których umowa są zawierane nie mają bowiem możliwości indywidualnego uzgodnienia i modyfikacji zapisów Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, a w szczególności treści kwestionowanego postanowienia.

Bez związku ze sprawą pozostają również twierdzenia pozwanej odnośnie tego, że jeśli danej osobie zależało na tym by ubezpieczyciel przed objęciem jej ochroną przeprowadził z nią wywiad medyczny, to mogła to zgłosić i

ewentualnie skorzystać z innego ubezpieczenia. Pozwany jest profesjonalistą i to na nim spoczywają obowiązki związane z należyтым zawarciem i realizacją umowy, a powyższe prowadziłyby do nieuzasadnionego przerwania tych obowiązków na osobę zamierzającą skorzystać z ochrony ubezpieczeniowej, bowiem osoba taka sama musiałaby wnioskować o przeprowadzenie jej badań medycznych. W okolicznościach niniejszej sprawy i świetle art. 815 k.c. powyższe twierdzenia pozwanej są całkowicie błędne, ponieważ ubezpieczający ma obowiązek podać do wiadomości ubezpieczyciela jedynie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. W żadnym razie ubezpieczający nie ma obowiązku domyślania się, jakie okoliczności mogą być w danej sytuacji istotne dla ubezpieczyciela.

W niniejszej sprawie, mimo uzależnienia odpowiedzialności pozwanego od ewentualnych chorób ubezpieczonego zdiagnozowanych lub leczonych przed objęciem ubezpieczeniem i w związku z tym szerokiego ograniczenia jego odpowiedzialności, badania i wywiady lekarskie nie są wymagane dla oceny ewentualnego ryzyka ubezpieczyciela. Zatem każda zdiagnozowana lub leczona choroba i ewentualne powikłania po niej, przeżyta przed objęciem ochroną ubezpieczeniową może stanowić podstawę dla odmowy wypłaty należnego odszkodowania. Pozostawienie wyłącznie pozwanemu kwestii oceny czy dana choroba „przyczyniła” się do zgonu ubezpieczonego, pozostawia zbyt szeroki margines dowolności, co pozwala zakwalifikować to postanowienia jako niedozwolone, bowiem przyznaje ono kontrahentowi konsumenta uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy (art. 385³ pkt 9 k.c.).

Całkowicie uzasadnione jest zatem stanowisko Sądu pierwszej instancji, że w zakresie, w jakim kwestionowana klauzula posługuje się nieprecyzyjnymi zwrotami, które prowadzą do nazbyt szerokiego wyłączenia odpowiedzialności pozwanej, a także nie wymaga ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego w momencie przystąpienia do ubezpieczenia, który jest następnie oceniany na etapie realizacji umowy, wypełnia hipotezę art. 385(1) § 1 k.c., a biorąc pod uwagę możliwość uchylecia obowiązku zapłaty świadczenia odszkodowawczego na skutek zastosowania tego zapisu, oczywistym jest, że naruszenie interesów konsumentów należy kwalifikować jako rażące, a tym samym zaskarżone postanowienie umowne należy uznać za niedozwolone.

Mając na uwadze powyższe, dzielając zarówno ustalenia faktyczne, jak i ocenę prawną Sądu pierwszej instancji – na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Apelacyjny oddalił apelację jako nieuzasadnioną i orzekł o kosztach postępowania odwoławczego na podstawie art. 98 § 1 i 3 w zw. z art. 99 k.p.c.