



**Rzecznik
Ubezpieczonych**

www.rzu.gov.pl

Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej

Raport Rzecznika Ubezpieczonych

Tekst jednolity
(uwzględniający aneks do raportu z sierpnia 2014 r.)

Warszawa, grudzień 2014

Na początku 2012 r. Rzecznik Ubezpieczonych przygotował i opublikował raport poświęcony klauzulom abuzywnym w działalności ubezpieczeniowej. Przedmiotem tej publikacji było syntetyczne omówienie klauzul abuzywnych, które na dzień jej sporządzenia zostały wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych, prowadzonego przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. W raporcie tym opisano 80 postanowień o.w.u., które zostały uznane za niedozwolone w obrocie z konsumentami.

W sierpniu 2014 r. został opublikowany aneks do raportu Rzecznika o klauzulach abuzywnych w działalności ubezpieczeniowej, który to zawierał opis kolejnych 48 postanowień wzorców umów, wpisanych do rejestru klauzul abuzywnych w latach 2012-2014.

Raporty te zostały przygotowane i opublikowane celem ukazania przyczyn, dla których dane postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia zostały zakwestionowane przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, a także w celu stworzenia narzędzia dedykowanego dla twórców o.w.u. i instytucji chroniących konsumentów usług ubezpieczeniowych, które byłoby pomocne w analizach o.w.u. pod kątem występowania w nich postanowień, mogących wyczerpywać znamiona postanowień niedozwolonych w obrocie z konsumentami, jak i w tworzeniu wzorców o najwyższych standardach ochrony konsumentów.

Niniejsze opracowanie stanowi połączenie raportu i aneksu w jednolitą całość. Stanowiąc będzie pełną platformę, prezentującą postanowienia niedozwolone stosowane w działalności ubezpieczeniowej, które zostały wpisane do rejestru klauzul abuzywnych. Zawiera opis 128 postanowień o.w.u. uznanych za niedozwolone w obrocie z konsumentami. W przyszłości opracowanie to będzie okresowo aktualizowane, umieszczane będą kolejne postanowienia o.w.u., które zostaną zakwestionowane przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów i wpisane do rejestru klauzul abuzywnych.

Klauzula nr 86

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 29 października 2003 r. w sprawie sygn. akt XVII Amc 45/02 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Jeżeli właściciel pojazdu lub osoba uprawniona do korzystania lub rozporządzania tym pojazdem nie wykonała obowiązków wynikających z przepisów § 30-32 PZU może oddalić roszczenie lub odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie”.

Postanowienie to w dniu 5 stycznia 2004 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 86.

Zgodnie z treścią o.w.u. w razie kradzieży pojazdu mechanicznego należało zawiadomić o tym fakcie ubezpieczyciela niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu najbliższego dnia roboczego. Niedochowanie tego aktu staranności narażało ubezpieczonego na niekorzystne skutki prawne. Zgodnie bowiem z powyżej przywołanym postanowieniem umownym, jeżeli właściciel nie wykonał tego obowiązku i w terminie w nim wskazanym, zakład ubezpieczeń mógł oddalić roszczenie o odszkodowanie lub odpowiednio je zmniejszyć. Zdaniem strony powodowej postanowienie to było niezgodne z art. 385¹ § 1 k.c. i jednocześnie wyczerpywało znamiona postanowień niedozwolonych, o których mowa w art. 385³ pkt 9 i 11 k.c. Przyznawało ubezpieczycielowi prawo do dokonywania wiążącej interpretacji umowy oraz stwierdzania czy ubezpieczający w terminie i we właściwej formie powiadomił go o kradzieży.

Strona pozwana wskazała, że art. 826 § 1 k.c. nakładał na ubezpieczonego obowiązek zajmowania aktywnej postawy w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego¹. Jego postępowanie podjęte w celu zmniejszenia szkody i zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia powinno być adekwatne do okoliczności zdarzenia. Z kolei art. 818 k.c. nakładał na ubezpieczonego obowiązek zawiadomienia zakładu ubezpieczeń o wypadku, określając jednocześnie skutki jego niewykonania w postaci utraty prawa do świadczenia². Zakwestionowane postanowienie o.w.u. określające termin na dokonanie tego aktu

¹ Zgodnie z art. 826 § 1 k.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 r. w razie zajścia wypadku ubezpieczający obowiązany jest użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia szkody w ubezpieczonym mieniu oraz w celu zabezpieczenia bezpośrednio zagrożonego mienia przed szkodą.

² Zgodnie z art. 818 k.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 r. przewidziane w umowie ubezpieczenia skutki niezawiadomienia zakładu ubezpieczeń o wypadku nie następują, jeżeli zakład ubezpieczeń otrzymał w terminie wyznaczonym do zawiadomienia urzędowo stwierdzoną wiadomość o okolicznościach, które należało podać do wiadomości zakładu.

staranności i skutki zaniedbania w tym zakresie stanowiło dopełnienie art. 818 k.c. Nie mogło być zatem oceniane jako niedozwolone.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to kształtowało warunki odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Nie wiązało przyczyny niedochowania przez konsumenta aktów staranności ze skutkiem w postaci niemożności ustalenia odpowiedzialności lub zwiększenia się rozmiarów szkody. W przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego zapis ten stawiał ubezpieczyciela w wyraźnie lepszej sytuacji od konsumenta. Łatwo można było wyobrazić sobie sytuację, w której zakład ubezpieczeń nie ponosząc negatywnych skutków niedochowania przez drugą stronę umowy aktu staranności, odmówiłby, i to co do zasady, przyznania odszkodowania. Prowadziłoby to do zatrzymania odszkodowania, mimo wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem oraz ustalenia osoby ponoszącej odpowiedzialność cywilną i rozmiaru szkody, która nie zwiększyła swoich rozmiarów. Przedstawiona hipotetycznie sytuacja, znajdująca pełne podstawy w zakwestionowanym postanowieniu, naruszała, w ocenie SOKiK, dobre obyczaje, które w stosunku ubezpieczenia powinny być oparte na zasadzie zaufania co do rzetelności działania ubezpieczyciela jako instytucji finansowej. Rzetelność ta stała pod znakiem zapytania, gdy ubezpieczyciel posiadający niewątpliwie przewagę kontraktową nad ubezpieczającym przyznaje sobie w o.w.u., choćby nawet w niewielkim zakresie, prawo podejmowania obiektywnie nieuzasadnionych, arbitralnych decyzji, niepowiązanych w żaden sposób ze związkami przyczynowo-skutkowymi, których następstwem jest ubezpieczony wypadek losowy. W takiej sytuacji odmowa wypłaty całości lub części odszkodowania godziła w cel umowy ubezpieczenia, jakim jest dla ubezpieczającego zniwelowanie niekorzystnych skutków zdarzeń losowych i stanowiła o jego rażącym pokrzywdzeniu. W tym stanie rzeczy postanowienie to, w ocenie SOKiK, wyczerpywało treść ogólnej definicji niedozwolonego postanowienia umowy takiego wzorca, o której mowa w art. 385¹ § 1 k.c.³ Przyznawało zakładowi ubezpieczeń jednostronne uprawnienie do zmiany bez ważnych przyczyn istotnych cech świadczenia poprzez zmniejszenie wysokości odszkodowania lub odmowę jego wypłaty, co wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej z art. 385³ pkt 19 k.c.⁴

³ Art. 385¹ § 1 k.c.: Postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

⁴ Art. 385³ pkt 19 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które przewidują wyłącznie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych

Klauzula nr 488

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 24 listopada 2004 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 8/04 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez SAMPO Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Wszystkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia będą rozstrzygane przez Sąd Powszechny właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa”.

Postanowienie to w dniu 11 lipca 2005 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 488.

W ocenie strony powodowej postanowienie to było sprzeczne z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, w myśl którego właściwym do rozpoznania sporów wynikających z umów ubezpieczenia jest sąd właściwy ubezpieczonego lub uprawnionego do odszkodowania, jeżeli umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią inaczej. Zakwestionowane postanowienie o.w.u., jakkolwiek zgodne z powołanym przepisem ustawy o działalności ubezpieczeniowej, uniemożliwiło konsumentom korzystanie z przewidzianej w art. 34 k.p.c. możliwości wyboru sądu do którego złożą ewentualny pozew z zastosowaniem zasady właściwości przemiennej⁵. Kwestionowane postanowienie stwarzało dla konsumentów dodatkowe trudności i miało istotny, negatywny wpływ na możliwość faktycznego dochodzenia przez nich w procesie sądowym roszczeń od ubezpieczyciela. Takie postanowienie umowne stawiało profesjonalistę w uprzywilejowanej pozycji.

Zdaniem strony pozwanej, zakwestionowane postanowienie zostało oparte na przepisie art. 7a ustawy o działalności ubezpieczeniowej, obowiązującej do dnia 31 grudnia 2003 r., który zezwalał na wprowadzenie do o.w.u. tego rodzaju rozwiązania. Dodatkowo, ogólne warunki ubezpieczenia zostały doręczone ubezpieczonemu, który nie złożył oświadczenia o odstąpieniu od umowy, a więc w pełni zaakceptował jego uregulowania.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumentów. Wykorzystywało niewiedzę konsumenta, który mógł niewłaściwie ocenić skutki postanowienia umownego, tj.

przyczyn, istotnych cech świadczenia.

⁵ Art. 34 k.p.c.: Powództwo o ustalenie istnienia umowy, o jej wykonanie, rozwiązanie lub unieważnienie, jako też o odszkodowanie z powodu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy wytoczyć można przed sąd miejsca jej wykonania. W razie wątpliwości miejsce wykonania umowy powinno być stwierdzone dokumentem.

konieczności wytaczania powództwa tylko według siedziby spółki. Znacząco niekorzystnie kształtowało pozycję konsumenta, narażając go w razie sporu sądowego na dodatkowe wydatki, stratę czasu, niewygodę. Dodatkowo, fakt, iż postanowienie to znalazło się w treści o.w.u. nie oznaczało, że zapis na sąd był uzgodniony z konsumentem. Innymi słowy, nie oznaczało to, że mieliśmy do czynienia z zawarciem umowy prorogacyjnej w zakresie właściwości sądu uprawnionego miejscowo do rozstrzygania sporów z umowy ubezpieczenia. Kwestionowane postanowienie umowne miało zostać sformułowane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 7a ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, będącego przepisem *lex specialis* w stosunku do przepisów kodeksu postępowania cywilnego. SOKiK wskazał, że przepis ten w chwili orzekania już nie obowiązywał albowiem z dniem 1 stycznia 2004 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, która w art. 9 odmiennie uregulowała właściwość miejscową sądów w sporach z umowy ubezpieczenia⁶. Sąd zaś wyrokował na podstawie przepisów prawa materialnego obowiązującego w chwili orzekania. Kwestionowane więc postanowienie umowne regulowało zasady właściwości miejscowej sądu w sprawach z umów ubezpieczenia w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz przepisami kodeksu postępowania cywilnego o charakterze ogólnym. Tej oceny nie zmieniała powołana przez pozwanego na rozprawie okoliczność, że przepisy przejściowe nowej ustawy dopuszczały możliwość stosowania takiego zapisu do dnia 30 czerwca 2005 r. W tym stanie rzeczy, SOKiK uznał, iż zakwestionowane postanowienie o.w.u. spełniało przesłanki klauzuli niedozwolonej (art. 385¹ § 1 k.c.) albowiem kształtowało prawa ubezpieczonego konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy i jednocześnie pozostawało w sprzeczności z obowiązującymi przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

Klauzula nr 587

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 10 października 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 56/04 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

⁶ Art. 9 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej: Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

„Odpowiedzialność PZU Życia S.A. w odniesieniu do poszczególnych ubezpieczonych wygasa [...] w razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia z upływem ostatniego miesiąca za który opłacono składkę, najpóźniej jednak z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia”.

Postanowienie to w dniu 2 grudnia 2005 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 587.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis ten był sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszał interes konsumenta, gdyż przewidywał uprawnienie do zaniechania świadczenia ze strony ubezpieczyciela pomimo trwania stosunku umownego, a także istnienia po stronie ubezpieczonego obowiązku świadczenia składki. Jednocześnie, zakwestionowane postanowienie wyczerpywało znamiona postanowienia, o którym mowa w art. 385³ pkt 22 k.c.¹¹ SOKiK wskazał również, że nie kwestionuje prawa ubezpieczyciela do rozwiązania umowy ze skutkiem na koniec miesiąca, za który uiszczono składkę. Należy jednak wyraźnie odróżnić instytucję rozwiązania umowy od zaprzestania spełniania świadczenia przez jedną ze stron umowy, co przewidywała powyższa klauzula.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu było również postanowienie o następującej treści: *„W przypadku wypowiedzenia umowy, ubezpieczający jest zobowiązany przekazywać PZU Życie S.A. składki do końca okresu wypowiedzenia”.* W opinii powoda postanowienie to przewidujące obowiązek uiszczenia składki do końca okresu wypowiedzenia, pomimo że odpowiedzialność ubezpieczyciela kończyła się z upływem ostatniego miesiąca kalendarzowego, za który zapłacono składkę, wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 22 k.c. W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w okresie wypowiedzenia umowy strony pozostają w stosunku umownym w pierwotnym kształcie, a zatem każda ze stron ma obowiązek spełniania swojego świadczenia. Oznacza to, że na ubezpieczonym ciąży obowiązek uiszczania składki za okres wypowiedzenia, a na pozwanym, w razie wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, wypłaty należnego świadczenia. Z tego powodu należało uznać, iż powyższy zapis umowny nie był sprzeczny z dobrymi obyczajami i nie naruszał rażąco interesu konsumenta.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów przeprowadził również kontrolę postanowienia o treści: *„Umowa grupowego ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego – z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia: przez 1) ubezpieczającego pod warunkiem, że co najmniej 75% ubezpieczonych pracowników wyrazi uprzednio zgodę pisemną na rozwiązanie umowy”.* Zdaniem powoda przedmiotowy zapis umowny był sprzeczny z art. 830 § 1 k.c. oraz art. 385³

pkt 14 k.c., gdyż uzależniał prawo odstąpienia od umowy od złożenia oświadczenia woli przez inne osoby. W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis ten był sprzeczny z bezwzględnie obowiązującym art. 830 § 1 k.c.⁷, a co za tym idzie nieważny z mocy art. 58 § 1 k.c. Nieważność postanowienia umowy powodowała, iż nie podlegało ono ocenie w zakresie zgodności z dobrymi obyczajami i rażącego naruszenia interesu konsumenta. Ochrona prawna przewidziana przez przepis art. 385¹ § 1 k.c. dotyczy wyłącznie sytuacji, w której postanowienie wzorca umowy jest ważne, ale jej niedozwolony charakter powoduje jedynie jej bezskuteczność. W ramach kontroli abstrakcyjnej nie jest możliwe stwierdzenie, że nieważna z mocy prawa klauzula jest niedozwolona i zakazać jej stosowania, gdyż nieważność ta powoduje, że klauzula nie wywołuje żadnych skutków prawnych, a więc w istocie nie jest stosowana od początku.

Klauzula nr 1223 i 1224

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 103/05 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

- *„Bez względu na występujące przyczyny i zakres ubezpieczenia, Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe wskutek braku konserwacji budynku (lokali) lub wynikłych z faktu, że jego konstrukcja lub wykonanie poszczególnych części składowych nie odpowiada normom obowiązującym w budownictwie”.*
- *„Bez względu na występujące przyczyny i zakres ubezpieczenia, Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe wskutek braku konserwacji budynku (lokali) lub wynikających z faktu, że jego konstrukcja lub wykonanie (montaż poszczególnych części składowych) stałych elementów wykończeniowych nie odpowiada normom obowiązującym w budownictwie”.*

Postanowienia te w dniu 22 lipca 2007 r. zostały wpisane do rejestru klauzul abuzywnych odpowiednio pod nr 1223 i 1224.

W ocenie strony powodowej postanowienia te stanowiły niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., ponieważ kształtowały prawa i obowiązki

⁷ Zgodnie z art. 830 § 1 k.c. przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. Sformułowane były niejednoznacznie i w sposób niezrozumiały dla przeciętnego, typowego konsumenta oraz odwoływały się do bliżej niesprecyzowanego pojęcia „norm obowiązujących w budownictwie”. Zakwestionowane postanowienia wyłączały odpowiedzialność względem konsumenta za szkody, których ubezpieczający nie wyrządził lub nie miał wpływu na ich powstanie, co dodatkowo uzasadniało zarzut ich sprzeczności z treścią art. 827 § 1 k.c., który jednoznacznie określał kiedy istnieje możliwość wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela⁸. W ocenie powoda postanowienia te prowadziły do sytuacji, w której osoba, nie będąca wykonawcą budynku, ani inwestorem a jedynie nabywcą nie mającym żadnego wpływu na sposób czy jakość wykonania budynku, będzie odpowiadała za niezgodność konstrukcji lub poszczególnych części składowych budynku z normami obowiązującymi w budownictwie. Co więcej, zgodnie z zakwestionowanymi postanowieniami umownymi uprawnionym do stwierdzenia czy zachodzi wyżej wskazana niezgodność, mimo uprzedniej decyzji właściwych organów nadzoru budowlanego w przedmiocie pozwolenia na użytkowanie budynku, był wyłącznie ubezpieczyciel.

Strona pozwana wskazała, że zakwestionowane postanowienia dotyczą głównych świadczeń stron umowy ubezpieczenia. Dodatkowo, w związku z tym, że umowa ubezpieczenia majątkowego jest umową masową, do której stosuje się zasadę deklaracji ryzyka, nie ma i nie może być mowy o nakładaniu na ubezpieczyciela odpowiedzialności za stan zgłoszonych do przedmiotów ubezpieczenia.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zawarte w wyżej wskazanych postanowieniach sformułowanie „nie odpowiada normom obowiązującym w budownictwie” było określeniem zbyt ogólnym, nieprecyzyjnym i niezrozumiałym dla przeciętnego konsumenta, bardzo obszernym pojęciowo, umożliwiającym ubezpieczycielowi stosowanie bardzo szerokiej wykładni tego postanowienia. Z uwagi na fakt, iż postanowienia te dotyczyły istotnych dla konsumenta kwestii, tj. zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, a ich sformułowania mogły w drodze wykładni stosowanej przez zakład ubezpieczeń ograniczyć, a nawet wyłączyć jego odpowiedzialność, należało je uznać za niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

⁸ Zgodnie z art. 827 § 1 k.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 r. zakład ubezpieczeń jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczający albo osoba, z którą ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za którą ponosi odpowiedzialność, wyrządziła szkodę umyślnie. W razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że zapłata odszkodowania odpowiadała w danych okolicznościach zasadom współżycia społecznego albo interesom gospodarki narodowej.

Klauzula nr 1227

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 26 czerwca 2006 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 102/05 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Jeżeli na podstawie wniosku, złożonego dokumentu lub oświadczenia Ubezpieczający uzyskał nienależną obniżkę składki, Ubezpieczycielowi przysługuje prawo żądania dopłaty składki wraz z odsetkami, a w przypadku gdy szkoda już powstała – prawo do obniżenia odszkodowania o kwotę zaniżonej składki lub prawo całkowitego jej odmówienia”.

Wyrok ten został podtrzymany przez Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 13 kwietnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1096/06. Postanowienie to w dniu 22 sierpnia 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1227.

W ocenie powoda postanowienie to godziło w dobre obyczaje i rażąco naruszało interes konsumenta. Z treści tego zapisu nie wynikało jednoznacznie, kiedy ubezpieczyciel mógł obniżyć odszkodowanie o kwotę zaniżonej składki, a kiedy odmówić wypłaty odszkodowania w całości. Zdaniem powoda jedynie do arbitralnej decyzji ubezpieczyciela należała kwestia obniżenia odszkodowania o kwotę zaniżonej składki lub całkowita odmowa jego wypłaty.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości i wskazała, iż przedmiotowe o.w.u. dotyczyły umowy ubezpieczenia mienia wraz z ubezpieczeniem kosztów udzielania pomocy. Nie było to ubezpieczenie obowiązkowe, a umowa zawierana dobrowolnie przez ubezpieczającego. Pozwany wskazał, iż zakład ubezpieczeń zawierając umowę ubezpieczenia dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o oświadczenia i okoliczności podane przez ubezpieczającego we wniosku ubezpieczeniowym. We wniosku jest zawarte pytanie o tzw. szkodowość, czyli ilość szkód w określonej jednostce czasu poprzedzającej zawarcie umowy ubezpieczenia. Od tych oświadczeń ubezpieczyciel uzależnia nie tylko wysokość składki, ale przede wszystkim możliwość objęcia pojazdu ochroną ubezpieczeniową. Zgodnie zaś z art. 815 § 3 k.c. ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności w sytuacji, gdy ubezpieczający podał niezgodne z prawdą okoliczności, o które zakład pytał przed zawarciem umowy, jeżeli okoliczności te mają wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową. W przypadku nienależnego uzyskania obniżonej składki (tj. na skutek złożenia nieprawdziwego oświadczenia przez

ubezpieczającego) ubezpieczycielowi przysługuje prawo odmowy wypłaty odszkodowania. Zapis zawierający informację o realizacji tego uprawnienia nie może być uznany za postanowienie niedozwolone wobec konsumentów. Ponadto pozwany wskazał, iż zaskarżony zapis o.w.u., nie oznaczał generalnej zasady niepłacenia stronie umowy (konsumentom) odszkodowania, co wyłączało kwestię naruszenia interesów konsumentów i dobrych obyczajów. Zdaniem pozwanego odszkodowanie nie może być wypłacane w sytuacji złożenia fałszywych oświadczeń przez konsumenta.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to przyznawało ubezpieczycielowi prawo do jednostronnego i opartego na zasadzie uznaniowości rozstrzygnięcia o tym czy ubezpieczającemu należy wypłacić kwotę odszkodowania pomniejszoną o kwotę zaniżonej składki, czy też odmówić wypłaty odszkodowania w całości. Zakwestionowane postanowienie umowne nie precyzowało w oparciu o jakie przesłanki ubezpieczyciel rozstrzygał opisaną powyżej kwestię. Co prawda pozwany przedstawił sposób interpretacji i praktykę w opisywanej sytuacji, ale nie zmieniało to faktu, iż przez zaskarżone brzmienie zapisu umownego dopuszczona została możliwość rozstrzygnięcia tego zagadnienia na podstawie jednostronnej oceny ubezpieczyciela i nie wynikającej wprost z zapisów o.w.u. Brak było zatem jasnych i jednoznacznych kryteriów, na podstawie których ubezpieczyciel odmawiał wypłaty odszkodowania albo wypłacał odszkodowanie w pomniejszonej wysokości. W ocenie SOKiK, zapis taki kształtował prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Postanowienie to przyznawało również ubezpieczycielowi prawo do dokonywania wiążącej interpretacji umowy, co stanowiło niedozwolone postanowienie umowne, o którym mowa w art. 385³ pkt 9 k.c.¹⁴

Klauzula nr 1237, 1238, 1239, 1240 i 1241

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 74/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. postanowień wzorca umowy o następującej treści:

„W razie wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, gdy w okresie ubezpieczenia wystąpiła szkoda, za którą Ubezpieczyciel wypłacił lub zobowiązany jest do wypłacenia odszkodowania lub

świadczenia”.

Z uwagi na fakt, iż przedmiotowej postanowienie umowne występowało w różnych o.w.u. było one przez SOKiK oceniane wspólnie, ale wpisane pod różnymi numerami do rejestru klauzul abuzywnych, tj. od nr 1237 do nr 1240. W rejestrze klauzul abuzywnych umieszczone zostały do rejestru w dniu 3 września 2007 r. Były też wspólnie oceniane przez SOKiK z postanowieniem wpisanym następnie do rejestru pod nr 1241.

„W razie odstąpienia od umowy składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, gdy w okresie ubezpieczenia nie wystąpiła szkoda, za którą Ubezpieczyciel wypłacił odszkodowania lub jest obowiązany do jego wypłacenia”.

Postanowienie to w dniu 3 września 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1241.

Zdaniem strony powodowej – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienia te wyczerpywały dyspozycję przepisu art. 385¹ § 1 k.c. oraz art. 385³ pkt 13 k.c. Przewidywały możliwość niezwracania składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w przypadku wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia. Dotyczyły zarówno sytuacji, w której wypowiedzenie, bądź odstąpienie od umowy ubezpieczenia nastąpiło po zajściu szkody całkowitej, jak i w sytuacji, w której rozwiązanie umowy przypadało po zajściu szkody częściowej. W opinii powoda, przedmiotowe postanowienia umowne znacząco niekorzystnie kształtowały sytuację ekonomiczną konsumenta oraz prowadziły do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny. Były głęboko niesprawiedliwe, a nawet sprzeczne z treścią art. 813 § 1 k.c. Przepis ten nakazywał zachowanie równowagi między świadczeniem konsumenta a świadczeniem przedsiębiorcy. Zakładowi ubezpieczeń nie należy się składka za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie będzie już świadczona. Z kolei konsumentom należy się zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, gdyż nie otrzymują w tym okresie ekwiwalentnego świadczenia, tj. ochrony ubezpieczeniowej. Postanowienia te prowadziły zatem do zachwiania równowagi kontraktowej stron. Konsekwencją przyjęcia, iż zachwiana została ta równowaga, było uznanie, iż niezwracanie konsumentom przez zakład ubezpieczeń składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia mogło powodować ukształtowanie ich praw w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów podniósł także, że naruszenie interesów konsumentów jest szczególnie rażące w przypadku, gdy odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie przez zakład ubezpieczeń nastąpiło po zajściu szkody częściowej i po wypłacie odszkodowania równemu niewielkiemu

ułamkowi sumy ubezpieczenia. Rażącem naruszeniem interesów konsumentów było stworzenie prawa pozwanego do zachowania w takim przypadku całości uiszczonej przez konsumenta składki. Zakład ubezpieczeń dokonując wypowiedzenia umowy, pozbawiał konsumenta ochrony ubezpieczeniowej oraz zatrzymywał składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia. W takiej sytuacji konsument musiał zawrzeć nową umowę ubezpieczenia i po raz drugi zapłacić za ten sam czas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Pozwany podniósł, że uwarunkowanie zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w razie wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy wynikało z faktu spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego. Zgodnie z definicją zawartą w art. 805 § 2 k.c. świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu majątkowym określonego odszkodowania za szkodę. Kwestionowane przez powoda postanowienia zakładały właśnie zapłatę przez ubezpieczyciela odszkodowania ubezpieczeniowego, a zatem realizacji zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia. Oczywistym jest, że głównym świadczeniem ubezpieczyciela jest świadczenie ubezpieczeniowe określone w art. 805 k.c. Składka jest ubezpieczycielowi należna w przypadku spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego. Zdaniem pozwanego przepis art. 813 k.c. nie dotyczył sytuacji, w której ubezpieczyciel spełnił już świadczenie ubezpieczeniowe. Fakt wywiązania się ubezpieczyciela z zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia, tj. zapłata świadczenia określonego w art. 805 k.c., podważał zasadność zarzutu powoda o naruszeniu dobrych obyczajów czy zasad współżycia społecznego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienia te stanowiły niedozwoloną klauzulę abuzywną w rozumieniu art. 385¹ k.c. i jednocześnie naruszały dyspozycję art. 385³ pkt 13 k.c.¹⁵ Zapisy umowne wprowadzające ogólną regułę niezwracania ubezpieczającemu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia, w przypadku gdy w okresie ubezpieczenia nastąpiła wypłata odszkodowania lub gdy ubezpieczyciel zobowiązany jest do jego wypłacenia, nie znajdowały uzasadnienia i prowadziły do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny dla konsumenta. Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Przepis ten określa ekwiwalentne świadczenia stron umowy. Świadczeniem zakładu ubezpieczeń, które odpowiada świadczeniu ubezpieczającego jest udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, polegające na zobowiązaniu do wypłaty

odszkodowania w razie nastąpienia określonego w umowie zdarzenia. Koniecznym elementem każdej umowy ubezpieczenia jest określenie czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie zaś z treścią art. 813 § 1 k.c. składkę, która stanowi świadczenie ubezpieczającego, oblicza się za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Przepis ten nakazuje zatem zachowanie równowagi między świadczeniem konsumenta a świadczeniem przedsiębiorcy. Zdaniem SOKiK z powyższego wynika jednoznacznie, że odpowiednikiem świadczenia ubezpieczającego (zapłacenia składki) jest udzielenie przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej od określonych zdarzeń i w określonym czasie. Ochrona ubezpieczeniowa trwa zatem przez cały czas obowiązywania umowy, niezależnie od faktu, czy w tym okresie nastąpiło, czy też nie zdarzenie objęte ochroną. Zatem świadczenie zakładu ubezpieczeń polegające na udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej może zostać uznane za spełnione dopiero po upływie okresu, na jaki umowa została zawarta. Mając powyższe na względzie uznać należało, że zakładowi ubezpieczeń nie należy się składka za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie będzie już świadczona, natomiast konsumentowi należy się zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia mamy do czynienia z sytuacją, w której świadczenie ubezpieczającego, polegające na zapłaceniu składki, spełnione zostało w całości, natomiast świadczenie zakładu ubezpieczeń polegające na udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej, spełnione zostało tylko w części. W takim przypadku zakład ubezpieczeń, który uzyskał świadczenie ubezpieczającego zwalniał się z obowiązku spełnienia świadczenia ekwiwalentnego, uzyskując tym samym kosztem ubezpieczającego, niczym nieuzasadnione korzyści. Prowadziło to w ocenie SOKiK do zachwiania równowagi kontraktowej stron. Takie ukształtowanie praw i obowiązków obu stron umowy było oczywiście sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta. Zakwestionowane zapisy bezsprzecznie stanowiły niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Ponadto wyczerpywały wprost przesłanki typowej klauzuli abuzywniej wymienionej przez ustawodawcę w art. 385³ pkt 13 k.c. Przewidywały bowiem utratę prawa żądania zwrotu świadczenia konsumenta spełnionego wcześniej niż świadczenie kontrahenta, gdy strony wypowiedzą lub odstępują od umowy.

Klauzula nr 1242 i 1243

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 74/07 uznał za niedozwolone i

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

„Zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nastąpi po potrąceniu kosztów manipulacyjnych w wysokości 20% zwracanej składki”.

Z uwagi na fakt, iż postanowienie to było stosowane w dwóch różnych o.w.u. zostało one wpisane odrębnie do rejestru klauzul abuzywnych, odpowiednio pod nr 1242 i 1243.

Zdaniem powoda postanowienie to wypełniało dyspozycję przepisu art. 385¹ § 1 k.c. oraz art. 385³ pkt 17 k.c. Dotyczyło przypadku zwrotu składki w razie odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, o którym mowa w art. 812 § 4 k.c. Przewidziane przez ten przepis prawo do odstąpienia od umowy miało chronić konsumentów przede wszystkim przed podjętymi pochopnie decyzjami o zawarciu umowy ubezpieczenia. Zdaniem powoda, w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie może pobierać od ubezpieczającego żadnych opłat manipulacyjnych. Zapisy umowne przewidujące pobranie tej opłaty za odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie znajdowały żadnego uzasadnienia i były głęboko niesprawiedliwe. Możliwość odstąpienia od umowy została ograniczona, gdyż wiązała się z koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów. Ponadto prawo do potrącenia opłaty manipulacyjnej przysługiwało wyłącznie jednej stronie umowy, tj. zakładowi ubezpieczeń. Jeżeli to zakład ubezpieczeń rozwiązał umowę, konsumentom nie przysługiwały analogiczne uprawnienia. W ocenie Prezesa UOKiK pozostawało to w sprzeczności z zasadą równego traktowania stron. Konsekwencją przyjęcia, iż zachwiana została równowaga kontraktowa stron, było uznanie, iż pobieranie przez zakład ubezpieczeń opłaty manipulacyjnej od konsumenta za odstąpienie od umowy kształtowało jego prawa w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Z kolei ograniczenie prawa konsumentów do odstąpienia od umowy poprzez ustanowienie opłaty manipulacyjnej naruszało w sposób rażący ich interesy ekonomiczne. Dodatkowo, potrącana opłata manipulacyjna była ustalona jako odpowiednia część zwracanej składki bez zaznaczenia limitu kwotowego. W przypadku kiedy konsument zapłacił z góry za kilka okresów ubezpieczenia, a następnie odstąpił od umowy, opłata ta mogła okazać się bardzo wysoka, co z kolei należało kwalifikować ją jako rażąco wygórowane odstępne.

Zdaniem pozwanego stosowanie opłat manipulacyjnych wynikało z komercyjnego charakteru działalności zakładu ubezpieczeń. Z tego rodzaju działalnością związane są koszty jej prowadzenia. Są to koszty administracyjne, pośrednictwa ubezpieczeniowego, reasekuracji, lokowania środków. W przypadku rozwiązania lub odstąpienia od umowy

zakład ubezpieczeń ponosiłby same tego rodzaju koszty bez możliwości ich jakiegokolwiek rekompensaty. Za kontrowersyjną uznano by ich rekompensatę poprzez podwyższenie składki ubezpieczeniowej. Zdaniem pozwanego, wobec masowości umów ubezpieczenia nie było możliwej precyzyjne określenie właściwego poziomu opłat manipulacyjnych, czy ich indywidualizacja.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to stanowiło niedozwoloną klauzulę umowną w rozumieniu art. 385¹ k.c. Stosownie do treści art. 812 § 4 k.c., ubezpieczający posiada uprawnienie do odstąpienia od umowy w terminie wskazanym w tym przepisie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym zakład ubezpieczeń nie udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Powinna zatem zostać mu zwrócona cała składka za okres przypadający po rozwiązaniu umowy. Zastrzeżenie zapłaty opłaty manipulacyjnej istotnie ograniczało możliwość odstąpienia od umowy, gdyż wiązało się z koniecznością poniesienia przez konsumenta dodatkowych kosztów. SOKiK zwrócił także uwagę, że prawo do potrącenia opłaty manipulacyjnej zostało zastrzeżone wyłącznie dla jednej ze stron umowy, tj. dla ubezpieczyciela. W przypadku gdy to zakład ubezpieczeń odstąpił od umowy, konsumentowi nie przysługiwało analogiczne uprawnienie.

Takie ukształtowanie wzajemnych praw i obowiązków powodowało zachwianie równowagi kontraktowej, nie znajdowało żadnego uzasadnienia i w sposób rażąco naruszało interesy konsumentów.

Klauzula nr 1244

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 74/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Jeżeli została udzielona zniżka składki z tytułu zastosowania zabezpieczeń antywłamaniowych, a zabezpieczenie to w momencie powstania szkody [...] nie zadziałało [...], Ubezpieczyciel może zmniejszyć odszkodowanie o procent udzielonej zniżki”.

Postanowienie to w dniu 3 września 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1244.

Zdaniem powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wypełniało dyspozycję art. 385¹ § 1 k.c. Przyznawało pozwanemu ubezpieczycielowi uprawnienie do obniżenia wypłacanego odszkodowania w razie niezadziałania w momencie powstania szkody zabezpieczeń antywłamaniowych, za które udzielono obniżki składki. Powyższy zapis w pełnym brzmieniu przewidywał również możliwość zmniejszenia wysokości odszkodowania w przypadku, gdy zabezpieczenie antywłamaniowe w momencie powstania szkody nie było włączone, było niesprawne lub zostało wcześniej zdemontowane. Prezes UOKiK nie zakwestionował w tym zakresie wskazanego zapisu, bowiem wymienione przypadki dotyczyły sytuacji, gdy zabezpieczenie antywłamaniowe nie zabezpieczało należycie rzeczy z przyczyn zależnych od konsumenta. Natomiast zastrzeżenia Prezesa UOKiK wzbudziło uprawnienie zakładu ubezpieczeń do obniżenia wysokości odszkodowania o procent udzielonej zniżki za zastosowanie zabezpieczeń antywłamaniowych w przypadku niezadziałania tych zabezpieczeń z przyczyn niezależnych, niezawinionych przez konsumenta. Zdaniem powoda postanowienie to znacząco niekorzystnie kształtowało sytuację ekonomiczną konsumenta oraz prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny. Ubezpieczający nie miał żadnego wpływu na to, że zabezpieczenie antywłamaniowe nie zadziałało. Trudno mówić o winie umyślnej lub o rażącym niedbalstwie ubezpieczającego, który zabezpieczając mienie uruchomił urządzenie antywłamaniowe i urządzenie w chwili jego uruchomienia było sprawne. W sytuacji, gdy przyczyna niezadziałania tych zabezpieczeń nie leżała po stronie konsumenta, sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumentów było obniżanie przez zakład ubezpieczeń wysokości należnego odszkodowania.

W ocenie strony pozwanej sprawnie działające zabezpieczenia antywłamaniowe powodują zmniejszenie ryzyka kradzieży, ryzyka wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. W sytuacji, gdy w momencie powstania szkody zabezpieczenie nie zadziałało to odpadło uzasadnienie udzielenia zniżki za jego stosowanie. Gdyby zabezpieczenie zadziałało to do kradzieży mogłoby w ogóle nie dojść. Konsekwencja takiego stanu rzeczy powinna więc obciążać ubezpieczającego. W związku z czym przedmiotowe postanowienie nie było sprzeczne z dobrymi obyczajami, ani nie naruszało rażąco interesów ubezpieczającego.

Oceniając postanowienie o treści powyżej przywołanej, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów zauważył, iż stanowiło ono niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. O abuzywnym charakterze zakwestionowanego zapisu przesądził fakt, iż zastrzeżenie zakładu ubezpieczeń do obniżenia wysokości odszkodowania

miało charakter kategoryczny i dotyczyło każdego przypadku niezadziałania zabezpieczenia antywłamaniowego, bez względu na to, z jakich przyczyn to dodatkowe zabezpieczenie nie zadziało. Zdaniem Sądu, o ile zastrzeżenie zmniejszenia odszkodowania w przypadku, gdy urządzenie nie zadziało z powodów zależnych od konsumenta, znajdowało swoje uzasadnienie, o tyle zmniejszenie odszkodowania w sytuacji, gdy ubezpieczający zachował maksimum należytej staranności, a urządzenie nie zadziało z przyczyn od niego niezależnych było nieuzasadnione i nie mieściło się w granicach dobrych obyczajów. Konsument mógł nie mieć żadnego wpływu na to, że zabezpieczenie antywłamaniowe nie zadziało. Natomiast decyzja o przyznaniu zniżki za zastosowanie określonych zabezpieczeń należała zawsze do zakładu ubezpieczeń. Zatem to pozwany wyłącznie określał, jakie zdarzenia mogły przyczynić się do zmniejszenia ryzyka występowania szkody, co uzasadniało udzielenie zniżki. W ocenie SOKiK to właśnie pozwany powinien przyjąć na siebie ryzyko związane z niezadziałaniem zabezpieczenia antywłamaniowego z przyczyn technicznych, pomimo dochowania należytej staranności przez ubezpieczającego. Przerzucanie takiego ryzyka na konsumenta, który w związku z zainstalowaniem urządzeń zabezpieczających poniósł określone nakłady było niedopuszczalne. SOKiK zaznaczył również, że pozwany dostrzegał prewencyjną rolę, jaką spełnia sam fakt zainstalowania zabezpieczenia antywłamaniowego, jednakże nie uwzględnił takiej sytuacji w o.w.u., kategorycznie stwierdzając, że w każdym przypadku niezadziałania urządzenia antywłamaniowego i bez względu na okoliczności odszkodowanie zostanie zmniejszone o procent udzielonej zniżki.

Mając powyższe na względzie, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, że przedmiotowe postanowienie znacząco niekorzystnie kształtowało sytuację ekonomiczną konsumenta, prowadząc do rażącego uprzywilejowania pozwanego w stosunku prawnym oraz do ukształtowania praw konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Tym samym postanowienie to stanowiło niedozwolone postanowienie wzorca umowy w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 1264

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 12 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 103/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Warta S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

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

Postanowienie to w dniu 12 września 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1264.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, iż zapis ten zawierał nieoczywiste, nieprecyzyjne sformułowania takie jak: „innym dokumencie”, „dane zgodne z rzeczywistością”, „naruszono ograniczenia w obrocie”. Takie ujęcie postanowienia powodowało niejasną sytuację konsumenta co do tego o jakie dane chodzi, w jakich dokumentach oraz co oznacza zgodność z rzeczywistością i jakie jest ich znaczenie. SOKiK uznał, iż taki zapis był niezgodny z art. 385¹ § 1 k.c. jako sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający interesy konsumentów. Sprzeczność z dobrymi obyczajami - w ocenie Sądu – wyrażała się w nierzetelnym, nierównym traktowaniu konsumenta jako partnera umowy, niewłaściwym informowaniu o przysługujących mu uprawnieniach oraz wykorzystywaniu pozycji profesjonalisty. Jednocześnie, w ocenie SOKiK, powyższy zapis wyczerpywał przesłanki przykładowych niedozwolonych klauzul umownych określonych w art. 385³ pkt 2 i 9 k.c.¹⁶, jak również był wyrazem nierównorzędnego, nierzetelnego traktowania konsumenta jako partnera umowy, godził rażąco w jego interes ekonomiczny, bowiem pomimo zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej, po zawarciu umowy ubezpieczenia, narażał konsumenta na odmowę wykonania świadczenia przez ubezpieczyciela, mimo zapłaty składki przez konsumenta.

Klauzula nr 1265

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 23 października 2006 r. w sprawie sygn. akt XVII 147/05 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„1. Wycena kosztów naprawy obejmuje:

- a) *koszt robocizny ustalony wg wartości netto (bez uwzględniania podatku) w oparciu o:*
 - *naprawcze normy czasowe określone przez producenta pojazdu lub inne, uznane przez UNIQA TU S.A,*

- *średnią stawkę za 1 roboczogodzinę, stosowaną na terenie działalności jednostki terenowej, która zawarła umowę ubezpieczenia lub w miejscu naprawy pojazdu, pod warunkiem braku możliwości dokonania naprawy na terenie działalności ww. jednostki;*
- b) *koszty ceny części zamiennych i materiałów według wartości netto (tzn. bez uwzględnienia podatku, cła, akcyzy, itp.) ustalonych na podstawie katalogów Eurotax, Audatex lub innych uznanych przez UNIQA TU S.A. [...]*”.

Postanowienie to w dniu 17 września 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1265.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, postanowienie to było sprzeczne z treścią art. 361 § 2 k.c. ustanawiającym zasadę pełnego odszkodowania i art. 363 § 2 k.c., zgodnie z którym wysokość odszkodowania powinna być ustalona według cen z daty ustalenia odszkodowania. Wypłata odszkodowania według cen netto, a jednocześnie pobieranie składki od wartości samochodu (czyli wartości brutto) naruszała prawa słabszej strony umowy - konsumenta, albowiem cena to wartość wyrażona w jednostkach pieniężnych, uwzględniająca podatek od towarów i usług oraz podatek akcyzowy, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów sprzedaż towaru (usługi) podlega obciążeniu tymi podatkami. Dodatkowo, zakwestionowane postanowienie nie wskazywało precyzyjnie podstawy ustalenia kosztów naprawy, w tym części zamiennych i materiałów niezbędnych do naprawy. To do ubezpieczyciela wyłącznie należał wybór podstawy przyjętej do oszacowania szkody i wysokości odszkodowania. Zakład ubezpieczeń pozostawił sobie zbyt dużą dowolność w wyborze źródła, na podstawie którego wyceniał szkodę. W ocenie Prezesa UOKiK o.w.u. powinny wprost wskazywać metody, źródła ustalania odszkodowania. Zakwestionowane postanowienie umowne kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, ponieważ prawa konsumenta wynikające z umowy autocasco nie były wyraźnie określone. Konsument nie był traktowany jako równorzędny partner umowy i właściwie informowany o przysługujących mu uprawnieniach. Nieprecyzyjna podstawa ustalania odszkodowania przyznawała zakładowi ubezpieczeń uprawnienie do dokonywania jednostronnego wyboru źródła wyceny już po zaistnieniu szkody, przez co narażało konsumenta na rażąco niekorzystne ukształtowanie jego sytuacji ekonomicznej. Tym samym pozostawało w sprzeczności z treścią art. 385¹ § 1 k.c.

Strona pozwana podniosła, że to ubezpieczającemu przysługuje prawo wyboru sposobu naprawienia szkody. Zakwestionowany zapis dotyczył ustalania odszkodowania

metodą kosztorysową, jednak ubezpieczony w oparciu o inne zapisy o.w.u. mógł złożyć wniosek, aby ustalenie odszkodowania nastąpiło na podstawie poniesionych kosztów naprawy, udokumentowanych fakturami, rachunkami. W takiej sytuacji odszkodowanie było ustalane w cenach brutto, o ile ubezpieczony nie był płatnikiem podatku VAT. Ponadto zdaniem strony pozwanej treść art. 17a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej wskazywała, że jeżeli podmiot nie będący płatnikiem VAT, któremu przysługuje odszkodowanie nie okaże faktur za naprawę, to ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do uwzględnienia w odszkodowaniu tego podatku. Zakład ubezpieczeń nie uzależniał wypłaty odszkodowania od faktu naprawienia pojazdu, lecz ustalił w o.w.u. odrębne zasady ustalania odszkodowania dla ubezpieczonych, którzy dokonują naprawy i dla tych, którzy wybierają kosztorysowe rozliczenie szkody.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, że zapis ten pozostawał w sprzeczności z art. 385¹ § 1 k.c. – jako sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający interes konsumentów. Postanowienie to nie wskazywało jednoznacznie i precyzyjnie podstawy ustalenia kosztów naprawy, w tym zarówno kosztów robocizny, jak i części zamiennych oraz materiałów niezbędnych do naprawy. Takie nieprecyzyjne określenie pozwalało ubezpieczycielowi dokonywać wyboru podstawy przyjmowanej do oszacowania szkody i wysokości odszkodowania. Zakład ubezpieczeń pozostawił sobie zbyt dużą dowolność w wyborze źródła, na podstawie którego wycenił szkodę. Tymczasem umowa powinna jednoznacznie wskazywać metody ustalania odszkodowania. SOKiK w pełni podzielił stanowisko Prezesa UOKiK, że w oparciu o wskazane postanowienie prawa konsumenta wynikające z umowy ubezpieczenia autocasco nie były wyraźnie określone, konsument nie był traktowany jako równorzędny partner umowy i właściwie informowany o przysługujących mu uprawnieniach. Nieprecyzyjna podstawa ustalania odszkodowania przyznawała ubezpieczycielowi uprawnienie do jednostronnego dokonywania wyboru źródła wyceny już po zaistnieniu szkody, przez co narażało konsumenta na rażąco niekorzystne ukształtowanie jego sytuacji ekonomicznej i tym samym pozostawało w sprzeczności z treścią art. 385¹ § 1 k.c.

Kwestionowane postawienie dotyczyło także ustalenia rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania według wartości netto w przypadku kosztorysowej metody rozliczenia szkody, co oznaczało, że zarówno koszt robocizny, jak i części zamiennych oraz materiałów nie obejmował kwoty podatku VAT. Inny zapis o.w.u. ustalał odrębne zasady ustalania odszkodowania dla ubezpieczonych, którzy dokonywali naprawy samochodu, odrębne, bo

uwzględniające podatek VAT w kwocie odszkodowania. Tymczasem, zdaniem SOKiK, obowiązek naprawienia szkody powstaje z chwilą wyrządzenia szkody i nie jest uzależniony od tego czy poszkodowany dokonał naprawy rzeczy. Decyzja poszkodowanego o dokonaniu naprawy samochodu bądź jej zaniechania nie ma wpływu na wysokość doznanego uszczerbku majątkowego. Z tych względów określenie innych reguł ustalania odszkodowania, w zależności od tego czy dokonywana jest naprawa samochodu, czy też nie, w oderwaniu od wysokości szkody, tożsamej w obu przypadkach, trudno uznać za postanowienia jednoznacznie określające świadczenia główne.

Ocena tego postanowienia była również przedmiotem postępowania apelacyjnego. Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 23 maja 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 110/07 w pełni poparł stanowisko sądu I instancji i jego uzasadnienie dotyczące tego zapisu. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie świadczenie ubezpieczyciela powinno być określone w sposób jednoznaczny i precyzyjny, wobec czego wskazanie jako podstawy wyceny składników odszkodowania bliżej nieokreślonych w umowie katalogów innych niż Eurotax, czy Audatex, należało uznać za niedopuszczalne. Stwarzałoby możliwość jednostronnego kształtowania treści zobowiązania przez ubezpieczyciela, co bez wątpienia rażąco naruszało interes konsumenta. Przede wszystkim Sąd Apelacyjny w Warszawie uznał, że przyjęcie metody kosztorysowej do ustalania odszkodowania w istocie ograniczało odpowiedzialność ubezpieczyciela. Niezależnie bowiem od tego czy poszkodowany naprawił uszkodzony w wypadku pojazd, czy też podjął odmienną decyzję odnośnie uszkodzonego pojazdu, to należało mu się odszkodowanie ustalone według zasad wynikających z art. 363 § 2 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c., co oznaczało, że jego wysokość ma odpowiadać kosztom przywrócenia pojazdowi jego wartości przed wypadku. Gdy zatem naprawa pojazdu przywrócić ma mu jego wartość sprzed wypadku, odszkodowanie winno odpowiadać kosztom takiej właśnie naprawy. Zgodnie z art. 363 § 2 k.c. wysokość tak określonego odszkodowania powinna być ustalana według cen części zamiennych i usług koniecznych do wykonania (i co do zasady według cen z daty ustalania odszkodowania). Skoro zaś, stosownie do postanowień art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, cena jest wartością wyrażoną w jednostkach pieniężnych, którą kupujący jest obowiązany zapłacić przedsiębiorcy za towar lub usługę, przy czym w cenie uwzględnia się podatek od towarów i usług oraz podatek akcyzowy, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów sprzedaż towarów (usługi) podlega obciążeniu podatkiem VAT oraz podatkiem akcyzowym, to miernikiem wysokości szkody ustalonej według cen kosztów naprawy jest tak właśnie określona cena naprawy pojazdu, a

zatem cena części zamiennych i usług obejmująca podatek VAT. Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 17 maja 2007 r. (sygn. akt III CZP 150/06), które w pełni Sąd Apelacyjny zaakceptował przy ocenie tego postanowienia i uznał, iż ukształtowanie postanowienia umownego nierespektującego zasad przedstawianych w przywołanej uchwale Sądu Najwyższego uznać należało za przejaw niedozwolonego, zgodnie z treścią art. 385¹ § 1 k.c. ograniczenia odpowiedzialności kontraktowej.

W niniejszym postępowaniu Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Sąd I instancji) uznał za niedozwolone i zakazał stosowania także postanowienia wzorca umownego o nazwie „Szczególne warunki ubezpieczenia - Assistance Auto PLUS24 service” i o następującej treści:

„1. UNIQA TU S.A. nie ponosi odpowiedzialności za szkody w mieniu lub osobie ani szkody w postaci utraconych korzyści powstałe w związku wykonywaniem usług świadczonych w następstwie realizacji świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia UNIQA Assistance.

2. Odpowiedzialność UNIQA TU S.A. z tytułu ubezpieczenia UNIQA Assisatance polega na organizacji lub pokryciu kosztów usług zorganizowanych przez UNIQA TU S.A., o których mowa w niniejszych s.w.u, nie obejmuje zaś wykonywania tych usług”.

Zdaniem powoda powyżej wskazany zapis umowny stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385³ pkt 1 i 2 k.c., ponieważ wyłączał lub ograniczał odpowiedzialność kontrahenta względem konsumenta za szkody na osobie oraz wyłączał lub istotnie ograniczał odpowiedzialność kontrahenta względem konsumenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania. Zapis ten był sprzeczny z art. 474 k.c.⁹ W ocenie powoda następstwa niezachowania należytej staranności przy wykonywaniu umowy o udzielenie pomocy assistance powinny obciążać dłużnika tego stosunku prawnego, a więc zakład ubezpieczeń. Nie miała przy tym znaczenia okoliczność tego rodzaju, że ubezpieczyciel zlecał udzielenie pomocy innemu profesjonalście. Konsument zawierał bowiem umowę z zakładem ubezpieczeń, nie zaś z podmiotem świadczącym usługi assistance. Kwestionowany zapis o.w.u. miał więc na celu zwolnienie się zakładu ubezpieczeń z odpowiedzialności za nienależyte wykonanie zobowiązania. Stanowił przejaw nadużycia pozycji profesjonalisty, wykorzystywał nieświadomość konsumenta, ponieważ w świetle kodeksu cywilnego w przypadku spowodowania szkody to dłużnik jest zobowiązany do jej naprawienia.

⁹ Zgodnie z art. 474 k.c. dłużnik odpowiedzialny jest jak za własne działanie lub zaniechanie za działania i zaniechania osób, z których pomocą zobowiązanie wykonywa, jak również osób, którym wykonanie zobowiązania powierza.

Zdaniem strony pozwanej w ramach szczególnych warunków ubezpieczenia assistance ubezpieczyciel zobowiązuje się jedynie do zorganizowania i pokrycia kosztów wskazanych we wzorcu usług. Natomiast ubezpieczyciel nie świadczy tych usług bezpośrednio. Udzielenie pomocy w ramach ubezpieczenia assistance nie polegało zatem na dokonaniu naprawy w drodze, lecz na zorganizowaniu i pokryciu jej kosztów. Jeżeli zakład ubezpieczeń powierzył innemu podmiotowi świadczenie pomocy w ramach ubezpieczenia assistance, wskazując numer telefonu, pod którym należy zgłosić zdarzenie, to ponosi odpowiedzialność, jeżeli ubezpieczonemu nie udzielono pomocy w ramach ubezpieczenia assistance. Kwestionowane postanowienie nie stanowiło niedozwolonego postanowienia umownego, ponieważ nie dotyczyło szkód powstałych na skutek udzielenia przez ubezpieczyciela świadczeń w ramach umowy, lecz szkód powstałych w związku z usługami świadczonymi przez inne podmioty.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie podzielił stanowiska ubezpieczyciela, że kwestionowane postanowienie s.w.u. swoim zakresem obejmowało jedynie świadczenie usług przez inne podmioty nie zaś szkody powstałej na skutek realizacji usług przez pozwaną. Możliwe, że taka była intencja twórcy wzorca, jednak, w ocenie SOKiK, nie znalazła ona wyrazu w zakwestionowanym zapisie. Zgodnie z postanowieniami szczególnych warunków ubezpieczenia świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy assistance polegało na zorganizowaniu i pokryciu kosztów udzielonej pomocy. Zgłoszenie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową należało dokonać za pośrednictwem Centrum Dyspozycyjnego UNIQA, tj. firmy organizującej i świadczącej usług assistance, a działającej w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela. Tak więc częściowo zakres działania tego podmiotu jako firmy organizującej usługi assistance opierał się na działaniu w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń. W tym zakresie ubezpieczyciel powinien ponosić odpowiedzialność jak za własne działanie lub zaniechanie za działania i zaniechania osób, z których pomocą zobowiązanie wykonuje, jak również, którym wykonanie zobowiązania powierza. W ocenie SOKiK kwestionowane postanowienie s.w.u. zostało tak sformułowane, że mogło wyłączać odpowiedzialność ubezpieczyciela za szkodę w mieniu lub osobie powstałą na skutek niewykonania, czy też nienależytego zorganizowania pomocy. Tego rodzaju zapis był wyrazem nierównorzędnego, nierzetelnego traktowania konsumenta jako partnera umowy, godził rażąco w jego interes ekonomiczny i spełniał przesłanki art. 385³ § 1 i 2 k.c.¹⁸

Ocena tego postanowienia była przedmiotem postępowania apelacyjnego. Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 23 maja 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa

110/07 nie podzielił stanowiska sądu I instancji o abuzywnym charakterze tego zapisu i zmienił wyrok w ten sposób, że oddalił powództwo w zakresie tego postanowienia. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela określa treść jego zobowiązania. Odpowiada on bowiem zgodnie z art. 471 k.c. za niewykonanie lub nienależyte wykonanie wynikającego z łączącej strony umowy zobowiązania i to niezależnie od tego czy wykonuje je samodzielnie, czy powierza jego wykonanie osobom trzecim lub wykonuje je za ich pomocą (art. 474 k.c.). Rozstrzygając o żądaniu uznania postanowień s.w.u. za niedozwolone klauzule umowne należało ustalić zakres więzi zobowiązaniowej stron umowy, a tym samym treść zobowiązania zakładu ubezpieczeń. Sąd I instancji wywiódł wniosek, że wzorzec statuuje zasadę działania podmiotu zewnętrznego w imieniu i na zlecenie ubezpieczyciela, co w konsekwencji skutkuje przejściem odpowiedzialności przez zakład ubezpieczeń za świadczone usługi. Wniosek taki miał wynikać z faktu, że zgłoszenie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową dokonać należało za pośrednictwem Centrum Dyspozycyjnego UNIQA. Takiego wniosku - zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie – nie można jednak było wyprowadzić z treści umowy. Centrum Dyspozycyjne UNIQA było jednostką organizującą usługi assistance, ale samo posługiwanie się przez ubezpieczyciela taką jednostką nie przesądzało jeszcze o treści i zakresie zobowiązania ubezpieczyciela. Treść tą wywieść należało z innego postanowienia umownego, które szczegółowo opisywało przedmiot i zakres ubezpieczenia, stanowiąc, że ubezpieczyciel zobowiązany jest do organizacji określonych w nim usług, takich jak naprawa pojazdu, jego holowanie czy zakwaterowanie pasażerów oraz pokrycia – w określonym zakresie – wynikających z nich kosztów i do udzielenia informacji. Z treści s.w.u. nie wynikał obowiązek dokonania naprawy, holowania pojazdu, czy zakwaterowania. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie słusznie podniósł w apelacji ubezpieczyciel, że udzielenie pomocy w ramach assistance nie polegało na dokonaniu naprawy pojazdu w drodze, ale na jej zorganizowaniu i pokryciu w zakresie ustalonym w umowie ubezpieczenia. Samą usługę naprawczą wykonywał podmiot trzeci na zlecenie samego ubezpieczonego. Dlatego też odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń mogła rozciągać się jedynie w zakresie niewykonania lub nienależytego wykonania czynności polegających na organizacji pomocy, poniesienia jej kosztów lub nieudzielenia informacji i tylko wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności w tym zakresie we wzorcu umowy mogło skutkować uznaniem takich klauzul za rażąco naruszające interes konsumenta. Takiego wyłączenia nie przewidywała treść s.w.u., które w sposób jasny wyłączały odpowiedzialność w zakresie szkód powstałych w wyniku wykonania usług świadczonych przez inne podmioty, potwierdzając jednocześnie – w sposób

jednoznaczny i wyraźny – odpowiedzialność za własne zobowiązania. Takiego ukształtowania odpowiedzialności nie można zatem uznać ani za wyraz nierównorzędnego traktowania konsumenta jako partnera umowy, ani za godzące rażąco w jego interes ekonomiczny – wobec czego nie zostały wypełnione przesłanki art. 385³ § 1 i 2 k.c.

Klauzula nr 1291

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 22 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 123/0 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Compensa S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Compensa nie odpowiada za szkody powstałe w okolicznościach innych niż podane w zgłoszeniu szkody”.

Postanowienie to w dniu 20 grudnia 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1291.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, 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. Zakwestionowane postanowienie takiego zastrzeżenia nie zawierało i pozwalało na odmowę wypłaty odszkodowania w każdym przypadku stwierdzenia, że szkoda powstała w okolicznościach innych niż podane w zgłoszeniu szkody – a więc również w przypadkach, w których niedopełnienie obowiązku w żaden sposób nie przyczyniło się do powstania szkody. Zdaniem SOKiK, istotnym było również to, że zakwestionowane postanowienie w ogóle nie uwzględniało przyczyn zaistnienia rozbieżności pomiędzy opisem zdarzenia przedstawionym przez ubezpieczającego a ujawnionym w okresie późniejszym rzeczywistym stanem faktycznym. W konsekwencji, ubezpieczyciel zastrzegł sobie prawo do wyłączenia odpowiedzialności odszkodowawczej również w przypadkach, gdy ubezpieczający podając okoliczności zdarzenia odmienne od rzeczywistych dochował wszelkich aktów należytej staranności oraz dobrej wiary. Ponadto zakwestionowane postanowienie umowne nie wskazywało, kto i w jakim trybie ustalać miał rzeczywisty stan faktyczny i weryfikować prawdziwość okoliczności podanych przez

ubezpieczającego w zgłoszeniu szkody. Jeśli takich ustaleń miał dokonywać tylko zakład ubezpieczeń, to w takim kształcie postanowienia, jego ustalenia mogły mieć charakter arbitralny i swobodny, co w sposób oczywisty wyczerpywało przesłanki klauzuli abuzywnej określonej w art. 385³ pkt 9 k.c.

Zdaniem SOKiK oceny o abuzywnym charakterze zakwestionowanego postanowienia nie mogły zmienić twierdzenia pozwanego, w świetle których samo podanie niepełnych informacji dotyczących zdarzenia nie stanowiło przesłanki do odmowy wypłaty odszkodowania oraz, że w takim przypadku zakład ubezpieczeń występował do ubezpieczającego o dodatkowe informacje. Kontrola postanowień wzorca umowy dokonywana przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów ma charakter abstrakcyjny i dotyczy wyłącznie treści ocenianego postanowienia. Badane postanowienie w sposób jednoznaczny i kategoryczny przesądzało, że zakład ubezpieczeń uprawniony był do zwolnienia się od odpowiedzialności odszkodowawczej w każdym przypadku, gdy szkoda powstała w innych okolicznościach niż podane w zgłoszeniu, niezależnie zarówno od przyczyn zaistniałych rozbieżności, jak również od ich zakresu i charakteru. Bez znaczenia dla oceny zakwestionowanego postanowienia pozostawała praktyka zakładu ubezpieczeń w zakresie stosowania tej klauzuli.

Klauzula nr 1305.

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„W przypadku odstąpienia od umowy lub jej wypowiedzenia nastąpi zwrot części składki z potrąceniem kosztów manipulacyjnych wynoszących 10% wysokości zwracanej składki – nie więcej niż 200 złotych”.

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1305.

Zdaniem powoda ubezpieczyciel korzystając z posiadanej przewagi kontraktowej wyłączył z góry obowiązek zwrotu konsumentowi części uiszczonej zapłaty za niespełnione w całości świadczenie, czym naruszył dyspozycję art. 385³ pkt 12 k.c. Ponadto kwestionowane postanowienie nakładało na ubezpieczającego obowiązek zapłaty odstepnego,

czym naruszało postanowienie z art. 385³ pkt 16 k.c. Tym samym, zdaniem powoda, kwestionowane postanowienie kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy (art. 385¹ k.c.).

Zdaniem strony pozwanej zakład ubezpieczeń miał prawo do ustalenia opłaty manipulacyjnej na podstawie art. 812 § 2 pkt 6 k.c.¹⁰ Ubezpieczyciel nie podzielił zarzutu, że opłata ta naruszała dyspozycję art. 385³ pkt 12 i 16 k.c., gdyż dotyczyła ona realizowanej przez zakład ubezpieczeń części świadczenia, a ponadto nie stanowiła ona odstępnego w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego. Opłata manipulacyjna stanowiła techniczną część składki związaną z kosztami bezpośrednimi zawarcia umowy ubezpieczenia, jej obsługi i zamknięcia umowy. Koszty wystawienia polisy są tym wyższe, im krótszy okres ubezpieczenia. W związku z tym pominięcie opłaty manipulacyjnej na pokrycie kosztów technicznych spowodowałoby jej włączenie do składki ubezpieczeniowej, co skutkowałoby jej zwyżką.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to z góry wyłączało obowiązek zwrotu konsumentowi części uiszczonej zapłaty za niespełnione w całości świadczenie, a co za tym idzie wypełniało dyspozycję art. 385³ pkt 12 k.c.¹¹ Dodatkowo, nakładało na ubezpieczającego obowiązek zapłaty odstępnego, czym naruszało art. 385³ pkt 16 k.c.¹² Ponadto zakwestionowane postanowienie naruszało art. 813 § 1 k.c. w zw. z art. 807 k.c., zgodnie z którym w razie wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Przepis ten nakładał obowiązek zwrotu składki, a nie jej części. W związku z powyższym, w ocenie SOKiK, zakwestionowane postanowienie kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy (art. 385¹ k.c.).

¹⁰ Zgodnie z tym przepisem w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 r. ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej lub opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń oraz metod ich indeksacji, a także ich wysokość.

¹¹ Art. 385³ pkt 12 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które wyłączają obowiązek zwrotu konsumentowi uiszczonej zapłaty za świadczenie nie spełnione w całości lub w części, jeżeli konsument zrezygnuje z zawarcia umowy lub jej wykonania.

¹² Art. 385³ pkt 16 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które nakładają wyłącznie na konsumenta uprawnienie do rozwiązania umowy, odstąpienia od niej lub jej wypowiedzenia.

Klauzula nr 1306 i 1308

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w drodze pisemnego miesięcznego wypowiedzenia przez każdą ze stron umowy w przypadku wypłaty odszkodowania lub doręczenia przez Wartę odmowy wypłaty odszkodowania”.

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych odpowiednio pod nr 1306 i 1308.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wskazane powyżej postanowienie umowne było niezgodne z art. 385³ pkt 15 i 22 k.c.¹³ oraz art. 385¹ § 1 k.c. Klauzula ta umożliwiała wypowiedzenie umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieoznaczony bez wskazania ważnych przyczyn, a w powiązaniu z postanowieniem wpisanym następnie do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1307 stwarzało możliwość wypowiedzenia umowy bez obowiązku zwrotu składki po zajściu szkody częściowej i wypłacie odszkodowania równego niewielkiemu zaledwie ułamkowi sumy ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK w takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa winna trwać nadal, a tymczasem zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie możliwość wypowiedzenia umowy.

Klauzula nr 1307

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Zwrot składki nie przysługuje, jeśli Warta wypłaciła ubezpieczonemu odszkodowanie bądź może być zobowiązana do wypłaty”.

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1307.

¹³ Art. 385³ pkt 15 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które zastrzegają dla kontrahenta konsumenta uprawnienie wypowiedzenia umowy zawartej na czas nieoznaczony, bez wskazania ważnych przyczyn i stosownego terminu wypowiedzenia.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z art. 385³ pkt 22 k.c. oraz art. 385¹ § 1 k.c. Wprawdzie ubezpieczyciel w toku postępowania podnosił, że ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK przewidywała podobny zapis, zgodnie z którym zwrot składki nie przysługiwał, jeżeli szkoda, za którą zakład ubezpieczeń wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie nastąpiła w okresie poprzedzającym rozwiązanie umowy, to zdaniem Sądu kwestionowana klauzula nie posługiwała się analogicznym do ustawowego zapisem „wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie”, lecz niejasnym sformułowaniem „wypłacił ubezpieczonemu odszkodowanie bądź może być zobowiązana do wypłaty odszkodowania”. Użycie niejasnego sformułowania „może być zobowiązana do wypłaty odszkodowania” powodowało, że postanowienie to należało uznać za sprzeczne z art. 385³ pkt 22 k.c. oraz art. 385¹ §1 k.c. Zdaniem SOKiK postanowienie to wyłączało również możliwość domagania się przez ubezpieczającego zwrotu części składki, jeśli ubezpieczyciel w przypadku szkody częściowej wypłacił odszkodowanie w wysokości stanowiącej choćby znikomą część sumy ubezpieczenia, co należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i za rażące naruszenie interesów konsumentów.

Klauzula nr 1309

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczy się w pełnych miesiącach ubezpieczenia. Za miesiąc ubezpieczenia przyjmuje się okres 30 dni. Od zwracanej kwoty składki potrąca się koszty manipulacyjne w wysokości 20% nie więcej jednak niż 150 zł”.

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1309.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niezgodne z art. 385³ pkt 12 i 16 k.c. oraz art. 385¹ § 1 k.c. Wyłączało z góry obowiązek zwrotu konsumentowi części uiszczonej zapłaty za niespełnione w całości świadczenie, a co

za tym idzie wypełniało dyspozycję art. 385³ pkt 12 k.c. Dodatkowo, nakładało na ubezpieczającego obowiązek zapłaty „odstępnego”, czym naruszało art. 385³ pkt 16 k.c. Ponadto kwestionowane postanowienie naruszało art. 813 § 1 k.c. w zw. z art. 807 k.c., zgodnie z którym w razie wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Przepis ten nakładał obowiązek zwrotu składki, a nie jej części. W związku z powyższym, w ocenie Sądu, kwestionowane postanowienie kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy (art. 385¹ k.c.).

Klauzula nr 1310 i 1314

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o treści:

„W przypadku, gdy Warta wypłaciła odszkodowanie za szkodę polegającą na zniszczeniu lub uszkodzeniu przedmiotu ubezpieczenia, a przed jego naprawieniem nastąpiła ponowna szkoda obejmująca ten sam przedmiot ubezpieczenia, odszkodowanie wypłaca się w różnicy jaka występuje między ustalonym na nowo odszkodowaniem, a odszkodowaniem wypłaconym za poprzednią szkodę”.

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych odpowiednio pod nr 1310 i 1314.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niezgodne z art. 385¹ § 1 k.c., kształtowało treść stosunku prawnego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy ubezpieczającego, ponieważ ograniczało odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za powstałą szkodę w sposób odbiegający od zasady pełnego jej naprawienia. Jeśli bowiem ubezpieczający poczynił już pewne nakłady na przedmiot ubezpieczenia w związku z jego naprawą, lecz nie doszło jeszcze do przywrócenia go stanu sprzed szkody, to zastosowanie tej klauzuli prowadziło do nieuzasadnionego ograniczenia kwoty odszkodowania i poniżej wartości poniesionej szkody. Sposób obliczania odszkodowania według zaskarżonego postanowienia nie przewidywał możliwości uzyskania odszkodowania za nakłady poniesione w ramach naprawy. Podnoszone przez pozwaną

argumenty, że klauzula ta była stosowana przez likwidatorów szkód w taki sposób, że sumowało się wartość szkód i od otrzymanej wartości odejmowało się kwotę wcześniej wypłaconego odszkodowania, po pierwsze nie znajdowały potwierdzenia w treści kwestionowanej klauzuli, a po drugie nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie, ponieważ SOKiK zobowiązany jest badać brzmienie klauzul w sposób abstrakcyjny, oderwany od sposobu ich faktycznego stosowania.

Klauzula nr 1311

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia”.

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1311.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niezgodne z art. 385¹ § 1 k.c. – sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interes konsumentów, ponieważ nie brało pod uwagę i nie informowało o bezwzględnie obowiązujących przepisach art. 810 k.c. i art. 811 k.c., które przewidywały inny moment zawarcia umowy ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK, należało zwrócić uwagę, że art. 809 § 2 k.c. traktuje chwilę doręczenia dokumentu ubezpieczenia jako moment zawarcia umowy wyłącznie w razie wątpliwości co do momentu jej zawarcia, a nie w każdym przypadku, jak przewidywało to zakwestionowane postanowienie¹⁴. Mogło się przecież zdarzyć, że strony jednoznacznie w umowie ubezpieczenia określiły datę jej wejście w życie, a zakład ubezpieczeń z jakiegokolwiek powodu nie doręczył ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia lub dostarczył go w innym terminie. Zgodnie z zakwestionowanym postanowieniem nawet jednoznacznie określona data wejścia w życie umowy nie miała znaczenia, bowiem liczył się wyłącznie moment doręczenia dokumentu ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK taka konstrukcja umowy nie znajdowała jakiegokolwiek uzasadnienia.

¹⁴ Zgodnie z art. 809 § 2 k.c. z zastrzeżeniem wyjątku przewidzianego w art. 811, w razie wątpliwości umowę uważa się za zawartą w chwili doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia.

Klauzula nr 1312

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana [...] przez każdą ze stron w formie pisemnej z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku wypłaty odszkodowania lub doręczenia przez Wartę odmowy wypłaty odszkodowania [...]”.

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1312.

W ocenie SOKiK wskazane powyżej postanowienie umowne było niezgodne z art. 385³ pkt 15 i 22 k.c. oraz art. 385¹ § 1 k.c. Klauzula ta umożliwiała wypowiedzenie umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieoznaczony bez wskazania ważnych przyczyn, a w powiązaniu z postanowieniem wyłączającym możliwość zwrotu składki w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego (przywołana powyżej klauzula nr 1307) stwarzało możliwość wypowiedzenia umowy bez obowiązku zwrotu składki po zajściu szkody częściowej i wypłacie odszkodowania równego niewielkiemu zaledwie ułamkowi sumy ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK w takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa winna trwać nadal, a tymczasem zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie możliwość wypowiedzenia umowy.

Klauzula nr 1313 i 1316

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

„W przypadku, gdy ubezpieczający dowiedział się o osobie sprawcy szkody lub miejscu znajdowania się utraconych ruchomości domowych, obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie policję oraz Wartę i dążyć do ich odzyskania”.

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1313.

„W przypadku, gdy ubezpieczający dowiedział się o osobie sprawcy rabunku lub miejscu znajdowania się utraconych przedmiotów codziennego użytku obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie policję oraz Wartę i dążyć do ich odzyskania”.

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1316.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powyżej wskazane postanowienia umowne były niezgodne z treścią art. 385¹ § 1 k.c. Użycie w tych zapisach sformułowania „i dążyć do ich odzyskania” stanowiło zbyt ogólne i niejednoznaczne określenie obowiązków ubezpieczającego i w związku z tym kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Przedmiotowe sformułowanie mogło być odczytane jako zachęta do podejmowania działań sprzecznych z prawem, w tym do przekraczania dozwolonej samopomocy. Jeżeli ubezpieczający dowiedział się o osobie sprawcy szkody lub miejscu znajdowania się utraconych ruchomości, to naturalne jest, że powinien zawiadomić policję i zakład ubezpieczeń. Natomiast trudno sobie wyobrazić, jakie inne zgodne z prawem działania powinien on podjąć w takiej sytuacji. Zdaniem SOKiK samo nałożenie na ubezpieczającego pewnych obowiązków związanych z dążeniem do odzyskania utraconych przedmiotów jest dopuszczalne, jednakże obowiązki te powinny zostać określone bardziej precyzyjnie, np. poprzez zawiadomienie policji i zakładu ubezpieczeń.

Klauzula nr 1315

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Warta nie odpowiada za szkody [...] zaistniałe w sytuacji, gdy poszkodowany był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających”.

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1315.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z treścią art. 385¹ § 1 k.c. Brak bowiem było jasnego związku między zdarzeniem ubezpieczeniowym, a okolicznością wskazaną w tym zapisie. Zakwestionowane

postanowienie mogło doprowadzić do odmowy wypłaty odszkodowania w razie zajścia zdarzenia, bez względu na istnienie związku przyczynowego pomiędzy spożyciem wskazanych substancji, a zaistniałą szkodą. SOKiK w pełni podzielił stanowisko strony powodowej - Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, że zakres wyłączenia powinien być tak skonstruowany, aby umożliwić ubezpieczonemu uzyskanie odszkodowania, jeżeli z okoliczności sprawy wynikało, że szkoda i tak by powstała bez względu na to czy istniały okoliczności wskazane w wyłączeniu, czy też nie. Wprawdzie strona pozwana słusznie podniosła, że postanowienie o treści powyżej przywołanej nie wyczerpywało normy z art. 385³ pkt 9 k.c., gdyż nie przyznawało zakładowi ubezpieczeń uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy, lecz nie zmieniało to faktu, że w opinii SOKiK zakwestionowana klauzula pozostawała w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszała interes konsumentów.

W postępowaniu przed Sądem Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 przedmiotem kontroli abstrakcyjnej było również postanowienie o następującej treści: *„Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczającego w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym na adres Oddziału Warty, który zawarł umowę ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający zmienił siedzibę i nie zawiadomił o tym Warty, skierowane do ostatniej znanej siedziby Ubezpieczającego pismo Warty wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby ubezpieczający nie zmienił siedziby”*.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to nie było niezgodne z art. 385¹ § 1 k.c. Kwestionowana klauzula nie kształtowała praw i obowiązków stron w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i nie naruszała rażąco ich interesów. Słusznie podniosła strona pozwana, że identyczna regulacja dotycząca oświadczeń została uregulowana w art. 18 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK. Ustawa ta wprawdzie odnosiła się do ubezpieczeń obowiązkowych, jednak zdaniem SOKiK brak było podstaw do twierdzenia, że sposób składania oświadczeń uznany przez ustawodawcę za właściwy w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, miał być sprzeczny z dobrymi obyczajami w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu było także postanowienie wzorca umowy o następującej treści: *„Ubezpieczający obowiązany jest na żądanie Warty udzielić pomocy w dochodzeniu roszczeń regresowych od sprawcy szkody, dostarczyć informacje oraz inne dokumenty niezbędne do skutecznego dochodzenia roszczeń”*.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów taki zapis umowny nie był niezgodny z art. 385³ pkt 8, 9 i 11 k.c. oraz art. 385¹ § 1 k.c. Wprawdzie słusznie podkreślił powód, że użyte sformułowania w przedmiotowym zapisie były nieostre, jednakże jak wywiodła strona pozwana na ubezpieczającym nie ciążyła sankcja w postaci odmowy wypłaty odszkodowania za niewykonanie tych obowiązków. Ponadto wbrew twierdzeniom powoda, kwestionowane postanowienie nie uzależniało spełnienia świadczenia od okoliczności zależnych tylko od woli ubezpieczyciela, ani nie przyznawało zakładowi ubezpieczeń uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy i do stwierdzania zgodności świadczenia z umową. Zgodzić należało się ze stroną pozwaną, że ubezpieczający powinien być zobowiązany do pewnego zakresu współpracy z zakładem ubezpieczeń w dochodzeniu roszczeń regresowych od sprawcy szkody. Rację miał także powód, że zakres związanych z tym obowiązków powinien być określony w sposób bardziej precyzyjny. Niemniej jednak w związku z brakiem realnej sankcji, którą zakład ubezpieczeń mógłby nałożyć na ubezpieczającego wskutek rzekomego niewykonania postanowień kwestionowanej klauzuli, brak było podstaw do uznania jej za klauzulę abuzywną, rażąco naruszającą interesy konsumentów.

Klauzula nr 1322 i 1323

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 3 lipca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 102/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

„Jeżeli zapłata składki lub jej pierwszej raty została odroczone w stosunku do początku okresu ubezpieczenia, a Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, niezapłacenie składki lub pierwszej raty składki w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela będzie traktowane jako odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela z upływem dnia wyznaczonego w umowie jako termin płatności lub pierwszej raty składki (o godzinie 0:00 dnia następnego po tym terminie), bez konieczności składania odrębnego oświadczenia woli w tym zakresie. Postanowienie zdania poprzedzającego stanowi zawiadomienie Ubezpieczającego o odstąpieniu, od umowy”.

Postanowienie to w dniu 12 lutego 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1322.

„W odniesieniu do skutków prawnych niezapłacenia kolejnej raty składki w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela odpowiednie zastosowanie mają postanowienia ust. 2”.

Postanowienie to w dniu 12 lutego 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1323.

Zdaniem powoda zakwestionowane postanowienie umowne (klauzula abuzywna nr 1322) wyłączało odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku niezapłacenia kolejnej raty składki ubezpieczeniowej w terminie. Przewidywało możliwość automatycznego odstąpienia przez ubezpieczyciela od umowy, bez konieczności składania dodatkowych oświadczeń. Zapewniało tym samym ubezpieczycielowi większe uprawnienie, niż te które wynikało z treści art. 814 § 2 k.c. Dodatkowo, strona powodowa podniosła, że zaskarżone postanowienie o.w.u. było sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało interes konsumenta.

W ocenie pozwanego zaskarżone postanowienie o.w.u. sformułowane zostało w sposób jasny i logiczny. Możliwość odstąpienia od umowy przez ubezpieczyciela została przewidziana dla sytuacji, w której zapłata składki lub pierwszej jej raty została odroczone w stosunku do chwili, w której ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność. Możliwość ta pojawiała się dopiero z upływem dnia wyznaczonego w umowie jako termin płatności składki lub pierwszej jej raty. Pozwany podkreślił również, że przepis art. 814 § 2 k.c. nie zawierał żadnych wymagań formalnych dla zawiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie o.w.u. kształtowało prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i w rażący sposób naruszało jego interesy – stanowiło zatem niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Poprzez treść zakwestionowanego postanowienia, ubezpieczyciel, wykorzystując swoją przewagę kontraktową nad konsumentem, zastrzegł sobie szerokie uprawnienie do odstąpienia od umowy, bez konieczności składania odrębnego oświadczenia woli w tym zakresie. Stosownie do art. 814 § 2 k.c., jeżeli zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie, zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres przez który ponosił odpowiedzialność. Odstępując od umowy zakład ubezpieczeń jest zobowiązany zawiadomić o tym ubezpieczającego. W rozpatrywanym przypadku ubezpieczyciel, na podstawie zakwestionowanego postanowienia wzorca o.w.u., zwalniał się z określonego w art. 814 § 2 k.c. obowiązku składania odrębnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy, zastrzegając, że odstąpienie to następuje w sposób „automatyczny” w przypadku

niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w terminie. Takie zastrzeżenie, w ocenie SOKiK, pozostawało w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta – kształtowało bowiem sytuację prawną ubezpieczającego w sposób dalece mniej korzystny niż określony w przepisach kodeksu cywilnego. Szczególnie niebezpieczną konsekwencją braku powiadomienia konsumenta o odstąpieniu od umowy przez pozwanego mogło być powstanie sytuacji, w której konsument (ubezpieczający) pozostawał w pozornym, błędnym przekonaniu, że mimo opóźnienia w zapłacie składki wciąż podlega ochronie ubezpieczeniowej i nie podjął żadnych czynności związanych z zawarciem nowej umowy ubezpieczenia.

Jeżeli chodzi o stanowisko stron postępowania i uzasadnienie oceny SOKiK o abuzywności zapisu umownego wpisanego do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1323 to były one tożsame jak w przypadku postanowienia niedozwolonego wpisanego do rejestru pod nr 1322.

W toku postępowania w sprawie sygn. akt XVII AmC 102/07, przedmiotem kontroli abstrakcyjnej były również postanowienia o.w.u. o następującej treści: *„W przypadkach wskazanych w ust. 2 i 3 Ubezpieczyciel może cofnąć oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, zawiadamiając o tym niezwłocznie Ubezpieczającego”* (§ 30 ust. 4 o.w.u.), oraz *„Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie pozbawia Ubezpieczyciela prawa żądania zapłaty składki proporcjonalnej do okresu ubezpieczenia, w którym udzielał on ochrony ubezpieczeniowej”* (§ 30 ust. 5 o.w.u.).

W ocenie SOKiK postanowienie § 30 ust. 4 o.w.u. nie stanowiło niedozwolonego postanowienia umownego w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Nie było sprzeczne z dobrymi obyczajami i w żaden sposób nie naruszało interesów konsumentów. W świetle przepisu art. 814 § 1 k.c. zakład ubezpieczeń miał pełne prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, w którym składka nie została zapłacona w terminie, natomiast ocena SOKiK o abuzywnym charakterze postanowień wpisanych do rejestru pod nr 1322 i 1323 wynikała wyłącznie ze zwolnienia się zakładu ubezpieczeń z jego obowiązków informacyjnych względem konsumentów. Analiza zakwestionowanego postanowienia § 30 ust. 4 o.w.u. prowadziła do wniosku, iż nie wywoływało ono żadnych negatywnych konsekwencji po stronie konsumenta. Wręcz przeciwnie, zastosowanie przedmiotowej klauzuli w praktyce prowadziło do sytuacji, w której konsument, pomimo niedopełnienia obowiązków wynikających z umowy, pozostawał nadal objęty ochroną ubezpieczeniową. Nieuzasadnione były również twierdzenia powoda o niejasnym charakterze tego postanowienia. W ocenie

SOKiK oczywistym jest, że w przypadku cofnięcia oświadczenia o odstąpieniu od umowy, przyjąć należało, że umowa obowiązuje nieprzerwanie a ochrona ubezpieczeniowa obejmowała zdarzenia, które miały miejsce w okresie pomiędzy odstąpieniem od umowy a cofnięciem oświadczenia o odstąpieniu od umowy.

Zdaniem SOKiK również postanowienie § 30 ust. 5 o.w.u. nie kształtowało praw konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i w żaden sposób nie naruszało jego interesów. Stosownie do art. 814 § 2 k.c. jeżeli zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie, zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres przez który ponosił odpowiedzialność. Uprawnienie do żądania składki za okres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej wynikało wprost z przepisów prawa. Dążenie do realizacji tego uprawnienia (dążenia do wyegzekwowania świadczenia należnego za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej) nie mogło być uznane za działanie sprzeczne z dobrymi obyczajami.

Klauzula nr 1324

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 348/07, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 3 stycznia 2007 r. (sygn. akt XVII AmC 16/06), uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Wiek osoby liczony jest na ostatni dzień roku, na który przypada data urodzenia”.

Postanowienie to w dniu 14 lutego 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1324.

Wyrokiem z dnia 3 stycznia 2007 r. Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie sygn. akt XVII AmC 16/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania następujących postanowień wzorca: *„wiek osoby liczony jest na ostatni dzień roku, na który przypada data jego urodzenia”* oraz *„wiek osoby oblicza się jako różnicę lat pomiędzy rokiem kalendarzowym, na który przypada pierwszy dzień okresu ubezpieczenia i rokiem urodzenia tej osoby”.*

Powód żądając uznania wyżej wskazanych postanowień za niedozwolone wskazał, że

według tych zapisów umownych obliczanie wieku osoby fizycznej było dokonywane w sposób odbiegający od powszechnie przyjętych zasad oraz w sposób odmienny niż w przepisach art. 110 k.c. i nast. Zdaniem powoda skutkiem takiego obliczania wieku osoby fizycznej mogła być konieczność zapłaty wyższej składki ubezpieczeniowej lub uiszczenia udziału własnego w szkodzie. Konsument nie miał wpływu na zaproponowany przez zakład wzorzec umowy, a zatem również na ustalony przez niego sposób obliczania wieku osoby fizycznej. Ponadto, w opinii powoda, sformułowania zawarte w zaskarżonych postanowieniach nie spełniały wymogów zawartych w art. 385 § 2 k.c., bowiem nie były jednoznaczne, ani zrozumiałe, a przeciętny konsument mógł mieć problem ze zrozumieniem i wykładnią tych postanowień.

Pozwany podniósł, że przepisy kodeksowe o obliczaniu terminu są normami dyspozytywnymi, co wprost wynika z brzmienia art. 110 k.c.²⁴ Jeżeli ubezpieczyciel zaproponował w o.w.u. odmienny od kodeksowego sposób obliczania wieku osoby fizycznej, a konsument poprzez zawarcie umowy ten wzorzec zaakceptował, doszło między stronami do porozumienia także w kwestii sposobu obliczania wieku. Nie można zatem obciążać zakład ubezpieczeń konsekwencjami tego, iż konsument nie zapoznał się z treścią o.w.u. Pozwany zaznaczył, że kwestia udziału własnego oraz wyższej składki została wprowadzona już na etapie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia autocasco, w którym to wniosku ubezpieczający, który nie ukończył 26 lat, miał do wyboru, albo udział własny w szkodzie i obniżoną składkę, albo niepreferencyjną składkę i brak udziału własnego. Z tych też względów, zdaniem pozwanego, za niewątpliwie chybiony uznać należało zarzut, iż ubezpieczyciel, wprowadzając do o.w.u. odmienny od kodeksowego sposób obliczania terminów, kształtował prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Pozwany podniósł również, że zróżnicowanie składki w zależności od wieku osoby ubezpieczeniowej, a także wprowadzenie do wzorców umowy udziału własnego w szkodzie uzasadnione jest oceną ryzyka ubezpieczeniowego. Dlatego też okoliczność ta nie może być uznana za działanie rażąco naruszające interes konsumenta, czy godzące w dobre obyczaje.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał za niesłuszny zarzut pozwanego, że jeżeli ubezpieczyciel zaproponował w o.w.u. odmienny od kodeksowego sposób obliczania wieku osoby fizycznej, a konsument poprzez zawarcie umowy ten wzorzec zaakceptował to doszło pomiędzy stronami do porozumienia w kwestii sposobu obliczania wieku. Istotą wzorca, stosownie do treści art. 385¹ § 3 k.c., jest to, że druga strona umowy nie ma

rzeczywistego wpływu na jej treść. Z tego względu konsument w stosunku z podmiotem, który posługuje się wzorcem korzysta ze szczególnej ochrony wynikającej z przepisów art. 385¹ i nast. k.c. Ewentualna zgoda konsumenta na zawarcie umowy nie ma wpływu na ocenę postanowień wzorca umowy dokonywanej pod kątem zgodności z art. 385¹ § 1 k.c. Ocena abstrakcyjna dokonywana jest w oderwaniu od konkretnego stosunku umownego, a jej przedmiotem jest badanie postanowień umownych, a nie praktyki ich stosowania. Mając powyższe na względzie Sąd I instancji ustalił, że zaskarżone postanowienia określały odbiegający od powszechnie przyjętych zasad sposób obliczania wieku osoby fizycznej. Skutkiem stosowania tych postanowień mogły być dodatkowe obciążenia finansowe wynikające dla konsumentów, a związane z koniecznością uiszczenia przez nich wyższej składki ubezpieczeniowej, bądź też zapłaty udziału własnego w szkodzie, który mógł wynosić nawet 25%. W ocenie SOKiK sporne postanowienia wprowadziły nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków stron umowy i były niekorzystne dla konsumenta. Takie uregulowanie kształtowało prawa i obowiązki konsumenta z naruszeniem dobrych obyczajów i rażąco naruszało jego interesy. Wiek kierowcy wiąże się z wielkością składki ubezpieczeniowej, zaś w wyniku regulacji zawartych w zakwestionowanych postanowieniach ryzyko i skutki dla konsumenta będą trwałe w większości przypadków dłużej niż to wynikało z jego wieku. Skoro bowiem konsument ukończył 26 lat w połowie roku kalendarzowego to nadal będzie ponosił negatywne skutki w postaci wyższej składki lub udziału własnego w szkodzie do końca roku kalendarzowego. Taki przedłużony czas ponoszenia ciężarów przez konsumentów związany z wiekiem nie znajdował, w ocenie SOKiK, żadnego uzasadnienia. Nie można było również uznać, że skoro ktoś urodził się w marcu danego roku to ryzyko spowodowania wypadku trwa w jego przypadku o 9 miesięcy dłużej a w przypadku osoby urodzonej w grudniu tylko przez 1 miesiąc.

Wyrok SOKiK z dnia 3 stycznia 2007 r. został zaskarżony przez pozwanego ubezpieczyciela apelacją, w której zgłoszono zarzut naruszenia przez Sąd I instancji przepisu art. 385¹ § 1 k.c. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie wyrażonej w wyroku z dnia 18 lipca 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 348/07 wniesiona apelacja była częściowo uzasadniona. Desygnaty postanowienia niedozwolonego w obrocie konsumenckim, o których mowa w art. 385¹ § 1 k.c., powodują, że dopuszczalność określania sposobu obliczania terminu przez czynność prawną, nie wyłącza uznania spornych klauzul za abuzywne. Kontrola abstrakcyjna postanowień wzorca ujęta jest szeroko. Sam fakt, że dana klauzula nie narusza przepisów dyspozytywnych nie jest wystarczający dla uznania, że nie jest ona

klauzulą abuzywną.

Zaskarżone postanowienie z § 22 ust. 6 pkt 3 o.w.u. miało następujące brzmienie: „*wiek osoby liczony jest na ostatni dzień roku, na który przypada data urodzenia*”. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, zgodnie z tą klauzulą, osoba fizyczna nigdy nie przekroczyłaby jednego roku życia, a dodatkowo postanowienie to było niejasne, wręcz nielogiczne. Niezrozumiałość i nielogiczność tego postanowienia umownego, zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, powodowały, że nie można było w ogóle dokonać jego wykładni. Zamieszczenie w o.w.u. postanowienia, które było nielogiczne oraz z którego wynikało tylko to, że dotyczy ono liczenia wieku osoby, lecz nie można było ustalić jak ten wiek ma być liczony, było sprzeczne z dobrymi obyczajami. Takie postanowienie stwarzało pozór uregulowania we wzorcu umowy kwestii liczenia tego wieku, narażając konsumenta na możliwość dokonywania przez kontrahenta konsumenta jednostronnej interpretacji umowy. Wskazana sytuacja rażąco więc naruszała interesy konsumenta. Powyższych ustaleń nie podważały wywody apelującego, że interesy konsumenta zabezpieczał przepis art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, według którego postanowienia o.w.u. sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczającego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Okoliczność bowiem, że istnieje możliwość zabezpieczenia interesów konsumenta nie zmienia stanu rzeczy, że zaskarżona klauzula spełniała przesłanki uzasadniające jej uznanie za abuzywną. Z tych względów rozstrzygnięcie Sądu I instancji, które uznawało za niedozwolone postanowienie o treści: „*wiek osoby liczony jest na ostatni dzień roku, na który przypada data urodzenia*” było prawidłowe i nie stanowiło naruszenia prawa materialnego, tj. przepisu art. 385¹ § 1 k.c.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie brak było natomiast podstaw do uznania za niedozwolone postanowienia o treści: „*wiek osoby oblicza się jako różnicę lat pomiędzy rokiem kalendarzowym, na który przypada pierwszy dzień okresu ubezpieczenia i rokiem urodzenia tej osoby*”. Z powyższego postanowienia wynikało, że wiek osoby urodzonej 18 lutego 1978 r., która zawarła umowę ubezpieczenia z okresem ubezpieczenia od dnia 14 października 2006 r., wynosił 28 lat. Również według przepisu art. 110 k.c. i art. 112 k.c.¹⁵ osoba urodzona 18 lutego 1978 r. miała 14 października 2006 r. tylko 28 lat. Według

¹⁵ Zgodnie z art. 112 k.c. termin oznaczony w tygodniach, miesiącach i latach kończy się z upływem dnia, który nazwą lub datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby dnia w ostatnim miesiącu nie było - w ostatnim dniu tego miesiąca. Jednakże przy obliczaniu wieku osoby fizycznej termin upływa z początkiem ostatniego dnia.

zaskarżonego postanowienia wiek osoby urodzonej w maju 1978 r., która zawarła umowę ubezpieczenia z okresem ubezpieczenia od dnia 14 października 2006 r., wynosi 28 lat, przy czym także stosowanie do przywołanych przepisów kodeksu cywilnego, osoba urodzona w maju 1978 r. miała w dniu 14 października 2006 r., 28 lat. Odmienna sytuacja występowała wówczas, gdy umowa ubezpieczenia została zawarta od dnia poprzedzającego urodziny osoby fizycznej w danym roku. Według bowiem tego postanowienia umownego, wiek osoby urodzonej w dniu 14 października 1978 r., która zawarła umowę ubezpieczenia od dnia 18 lutego 2006 r. wynosił 28 lat, chociaż według przepisów kodeksu cywilnego urodzony w dniu 14 października 1978 r., miał w dniu 18 lutego 2006 r. lat 27. Z powyższego wynikało, że według kwestionowanego postanowienia o.w.u., osoba fizyczna mogła osiągnąć określony wiek - lata wcześniej niż wynikałoby to z jej daty urodzenia. Skoro więc wiek osoby fizycznej obliczony według metody w zaskarżonym postanowieniu był taki sam jak obliczony według przepisów kodeksu cywilnego, z wyjątkiem sytuacji, w których osoba fizyczna osiąga lata wcześniej niż wynikałoby to z daty jej urodzenia i przepisów kodeksu cywilnego, a stawki i zasady ustalania udziału własnego w szkodzie są korzystniejsze dla osób starszych, to brak było podstaw do uznania przedmiotowej klauzuli za postanowienie kształtujące prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający jego interesy. Przedmiotowa klauzula podawała uproszczony sposób liczenia wieku osoby fizycznej bez potrzeby brania pod uwagę dnia i miesiąca od jakiego zaczynał się okres ubezpieczenia oraz dnia urodzenia tej osoby. Jak zaś wynika z przeprowadzonej analizy wyniki tych wyliczeń były takie same jak przy obliczaniu wieku według przepisów kodeksu cywilnego, w sytuacji zaś gdy występował różnica w tych wyliczeniach, to polegała ona na tym, że dana osoba ma więcej lat niż w rzeczywistości. W toku postępowania nie zostało jednak wykazane, aby ta różnica rodziła ujemne skutki dla konsumenta. Sporna klauzula była jasna i przyjmowała sposób liczenia wieku, który stosowany jest w życiu codziennym. W dalszej części uzasadnienia, Sąd Apelacyjny w Warszawie wskazał, że o ile powód kwestionuje przedmiotową klauzulę z uwagi na to, że wiek osoby fizycznej ustala się w latach zamiast w latach, miesiącach i dniach, to należy stwierdzić, że ustalenie wieku osoby fizycznej w latach nie może być poczytane za kształtujące prawa i obowiązki ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający jego interesy. Powszechnie wiek osoby fizycznej wyraża się w latach, nie zostało zaś w sprawie wykazane, że w stosunkach ubezpieczeniach zachodzą szczególne okoliczności uzasadniające potrzebę określania tego wieku z uwzględnieniem miesięcy, czy nawet dnia. Z tych względów – w ocenie Sądu Apelacyjnego – nie było przesłanek do przyjęcia, że zaskarżone postanowienie i

o treści powyżej przywołanej było abuzywne.

Klauzula nr 1358.

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 stycznia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 30/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Compensa S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„W razie niedopełnienia przez ubezpieczającego któregośkolwiek z wyżej wymienionych obowiązków ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w części lub w całości”.

Postanowienie to w dniu 14 marca 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1358.

Zdaniem powoda, zakwestionowane postanowienie wzorca umowy kształtowało prawa ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Zostało one sformułowane w sposób niejednoznaczny oraz upoważniało zakład ubezpieczeń do dokonywania wiążącej interpretacji postanowień umowy i dowolności w spełnieniu świadczenia. Ubezpieczyciel mógł odmówić wypłacenia odszkodowania w całości lub części w przypadku stwierdzenia zaniechania obowiązków przez ubezpieczającego bez konieczności wykazania związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy ich niedopełnieniem a zaistnieniem szkody. Wyczerpywało więc przesłanki postanowień abuzywnych, o których mowa w art. 385³ pkt 9 i 11 k.c.

Strona pozwana wniosła o umorzenie postępowania z uwagi na wycofanie wzorca umownego z obrotu, alternatywnie na wypadek nie uwzględnienia tego wniosku o oddalenie powództwa, gdyż postanowienie o treści powyżej przywołanej określało świadczenia główne stron, które były sformułowane w sposób jednoznaczny i z uwagi na treść przepisu art. 385¹ § 1 k.c. nie mogło być uznane za niedozwolone.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakład ubezpieczeń ma prawo do określenia katalogu obowiązków, których musi przestrzegać podmiot, podlegający ochronie ubezpieczeniowej, jak również prawo do określenia sankcji na wypadek nie wywiązywania się z tych obowiązków. Jednakże zastosowanie tak surowej sankcji jako odmowa wypłaty odszkodowania, czy też zmniejszenie jego wysokości, każdorazowo warunkowane musi być istnieniem związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy

niedopełnieniem obowiązku a zaistnieniem szkody. Kwestionowane postanowienie takiego zastrzeżenia nie zawierało. Pozwalało ubezpieczycielowi na odmowę wypłaty odszkodowania, bądź ograniczenie jego wysokości w każdym przypadku stwierdzenia naruszenia określonych w nim obowiązków, a więc również w przypadkach, w których ich niedopełnienie w żaden sposób nie przyczyniło się do powstania szkody. Takie ukształtowanie umowy stało w jawnej sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy podmiotów podlegających ochronie ubezpieczeniowej, a co za tym idzie stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. SOKiK zgodził się również ze stanowiskiem powoda, według którego zakwestionowane postanowienie sformułowane zostało w sposób niejednoznaczny przez co upoważniało pozwanego do dokonywania wiążącej interpretacji postanowień umowy i dowolności w spełnieniu świadczenia. Odzwierciedlało zatem klauzule abuzywne określone w art. 385³ pkt 9 i 11 k.c.²⁶

Przedmiotem kontroli w niniejszym postępowaniu było również postanowienie o treści: *„zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje szkód powstałych wskutek pozostawiania bez nadzoru lub zapewnienia dostatecznego zabezpieczenia podczas postoju pojazdu (zgodnie z instrukcją stanowiącą integralną część niniejszych owu)”*.

Jeżeli chodzi o stanowiska stron w przedmiocie oceny tego zapisu umownego to były one tożsame jak w przypadku klauzuli abuzywnej wpisanej do rejestru pod nr 1358, z tym uzupełnieniem, iż w ocenie strony pozwanej, poprzez treść takiego zapisu umownego ubezpieczyciel zmierzał do precyzyjnego określenia, jakiego rodzaju szkody objęte są ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia. Do wprowadzenia takiego postanowienia umownego ubezpieczyciel był nie tylko uprawniony, ale wręcz zobowiązany na podstawie art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w pełni podzielił stanowisko pozwanego – ubezpieczyciela o tym, że postanowienie o treści powyżej przywołanej określało świadczenie główne stron (zakres ochrony ubezpieczeniowej), było sformułowane w sposób jednoznaczny i nie budzący żadnych wątpliwości, a co za tym idzie nie mogło zostać uznane za niedozwolone w obrocie konsumenckim.

Klauzula nr 1367

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 16 kwietnia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 42/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie ubezpieczenia zaistniało zdarzenie, w związku z którym Allianz Polska wypłaciło lub jest zobowiązane do wypłaty odszkodowania”.

Ocena o abuzywnym charakterze wskazanego postanowienia została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07. Postanowienie to w dniu 8 kwietnia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1367.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów przepis art. 813 § 1 k.c. wprowadza czytelną zasadę podporządkowania składki czasowi odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zasadę tą wypełniało postanowienie § 6 ust. 4 o.w.u., zgodnie z którym jeżeli umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu przed upływem okresu ubezpieczenia określonego w polisie, właścicielowi pojazdu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, zaś wysokość składki podlegającej zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego czasu ochrony ubezpieczeniowej. Zasada ta uległa modyfikacji w zaskarżonym § 6 ust. 6 o.w.u., gdzie zwrot składki nie przysługiwał, jeżeli w okresie ubezpieczenia zaistniało zdarzenie, w związku z którym ubezpieczyciel wypłacił lub jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania. Zdaniem SOKiK przywołane powyżej postanowienie umowne należało uznać za kształtujące prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszający jego interesy, a tym samym za niezgodne z art. 385¹ § 1 k.c. Umowa ubezpieczenia jest umową losową i nie jest umową wzajemną, a zatem ubezpieczyciel w zamian za uiszczenie świadczenia pewnego w postaci składki, godzi się ponieść w czasie trwania umowy ciężar w postaci spełnienia określonego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia, które jest niepewne. Istotnym zamiarem stron jest to, aby oba wymienione świadczenia miały znacząco odmienną wartość, a zatem strony nie powinny traktować swych świadczeń jako wzajemne odpowiedniki. Powstanie po stronie ubezpieczyciela obowiązku świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku musi zatem abstrahować od kwoty składki. Poszukiwanie przez zakład ubezpieczeń choćby części ekwiwalentności poniesionego świadczenia w postaci składki za okres, w którym konsument nie jest już związany

postanowieniami umownymi było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta. Rozwiązanie umowy powodowało bowiem, że ubezpieczyciel w okresie, w którym umowa już nie obowiązywała w dalszym ciągu dysponował częścią składki ubezpieczającego, chociaż w okresie, za który została wniesiona, zwolniony był już z obowiązku świadczenia na jego rzecz. Fakt, iż ubezpieczyciel wypłacił lub jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania nie upoważniało go do zaniechania zwrotu składki proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Podniesione w toku postępowania okoliczności związane z koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów przez ubezpieczyciela podczas zawarcia umowy ubezpieczenia (np. związanych z doręczeniem tekstu warunków ubezpieczenia, oceną ryzyka ubezpieczeniowego, wydrukiem polisy ubezpieczeniowej, itd.), mające usprawiedliwiać prawo ubezpieczyciela do zatrzymania składek za okres, w którym już nie ponosi odpowiedzialności wobec klienta, należało uznać za chybione.

Ocena o abuzywności wskazanego postanowienia umownego została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07.

Klauzula nr 1368

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 16 kwietnia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 42/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Po wystąpieniu szkody każda ze stron ma prawo do pisemnego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy jest dopuszczalne tylko w ciągu 30 dni od dnia wypłaty odszkodowania lub od dnia otrzymania przez właściciela pojazdu odmowy odszkodowania”.

Ocena o abuzywnym charakterze wskazanego postanowienia została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07. Postanowienie to w dniu 8 kwietnia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1368.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie, które pozwalało ubezpieczycielowi na wypowiedzenie umowy po wystąpieniu szkody należało uznać za

niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Prawo ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy bez wskazania ważnych przyczyn prowadziło do ukształtowania praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszający jego interesy. Konsument poprzez zaskarżone postanowienie był niejako karany za powstanie po stronie ubezpieczyciela obowiązku wypłaty odszkodowania, z którym to obowiązkiem zakład ubezpieczeń musiał się liczyć zawierając umowę ubezpieczenia. Wprawdzie należało odmówić słuszności podniesionych przez stronę powodową argumentów, co do niezgodności zaskarżonego postanowienia umownego z treścią art. 824 k.c., art. 814 § 2 k.c. i art. 816 § 2 k.c., jednak bez wątplenia postanowienie to stanowiło naruszenie granic rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Zarzut abuzywności był tym bardziej zasadny, gdyż o.w.u. nie wskazywały terminu, w którym powinien nastąpić zwrot części składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w przypadku rozwiązania umowy. Sytuacja taka powodowała po stronie konsumenta powstanie konieczności znalezienia w 30-dniowym okresie wypowiedzenia nowego zakładu ubezpieczeń, a także mogła spowodować konieczność poniesienia kosztów nowej składki, w przypadku braku zwrotu przez ubezpieczyciela części składki za niewykorzystany okres ochrony. Dopuszczenie do takiej sytuacji uznać należało za działanie sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszające interes konsumenta.

Ocena o abuzywności wskazanego postanowienia umownego została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie postanowienie to tylko z pozoru stwarzało równoprawną sytuację obu stron umowy. W istocie, w przeważającym zakresie służyło interesowi ubezpieczyciela. Nie można obalić argumentu, że pozwany tak kształtując postanowienie umowy działał we własnym zakresie, pozbywając się klienta, który skorzystał z ochrony ubezpieczeniowej. Takie ukształtowanie praw ubezpieczyciela i konsumenta mogło powodować, (zwłaszcza gdy spodziewana kwota odszkodowania nie była znaczna), że ubezpieczony raczej zrezygnuje z domagania się odszkodowania, niż będzie ryzykował wypowiedzenia mu umowy, albowiem z wypowiedzeniem będą wiązać się koszty zawarcia nowej umowy z innym ubezpieczycielem oraz inne niedogodności. Gdy zatem postanowienie to upoważniało ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy zawartej na czas określony tylko z powodu, że po jego stronie powstał obowiązek spełnienia świadczenia na rzecz ubezpieczającego, to takie postanowienie naruszało dobre obyczaje i rażąco naruszało interes konsumenta. O takim, abuzywnym charakterze tego postanowienia świadczyło związane z

nim postanowienie wzorca § 6 ust. 6 o.w.u. (opisanej powyżej klauzuli nr 1367). Postanowienie wyłączające zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony w sytuacji, w której ubezpieczyciel wypłacił lub jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania, wyjaśniało rzeczywisty charakter, cel i skutki regulacji zawartej w ocenianym postanowieniu (klauzuli nr 1368). Postanowienia te łącznie wprowadziły regułę, według której wykonanie obowiązku przez zakład ubezpieczeń w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia, powodowało podwójnie niekorzystny skutek po stronie konsumenta - brak zwrotu części składki i ustanie ochrony ubezpieczeniowej wskutek wypowiedzenia umowy przez ubezpieczyciela. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie takie kształtowanie wzajemnych praw i obowiązków było niezgodne z dobrymi obyczajami.

Przedmiotem kontroli postępowania toczącego się przed SOKiK w sprawie sygn. akt XVII AmC 42/06, a następnie kontroli apelacyjnej w wyroku Sąd Apelacyjny w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07 było również postanowienie wzorca umowy o następującej treści: *„W ubezpieczeniach krótkoterminowych składka ubezpieczeniowa jest płatna jednorazowo. Przy rocznym okresie ubezpieczenia dopuszcza się możliwość jednorazowej opłaty składki lub opłaty składki w dwóch lub trzech ratach przy czym terminy rat oraz ich wysokość określa się w dokumencie ubezpieczenia. W przypadku zaistnienia szkody wskutek zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową i zgłoszenia roszczenia, składka za cały okres ubezpieczenia staje się wymagalna. Allianz Polska potrąca z przysługującego odszkodowania pozostałą do zapłaty kwotę składki lub uzależnia wypłatę odszkodowania od wcześniejszego opłacenia składki należnej za cały okres ubezpieczenia”*.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w wyroku z dnia 16 kwietnia 2007 r. uznał powyżej przywołane postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie konsumenckim. W pierwszej kolejności Sąd I instancji wskazał, że postanowienie o treści powyżej przywołanej nie było postanowieniem określającym świadczenie główne stron, a zatem podlegało kontroli abstrakcyjnej. Przez „główne świadczenia stron” należy bowiem rozumieć postanowienia dotyczące *essentia negotii* umowy, bez których umowa nie doszłaby do skutku. Zaliczyć do nich niewątpliwie można oznaczenie stron umowy, przedmiot umowy oraz główne świadczenia stron umowy. Zdaniem SOKiK do postanowień określających główne świadczenie stron nie mogą być zaliczane postanowienia odnoszące się w istocie do świadczeń ubocznych, czy też inne postanowienia mające jedynie wpływ na kalkulację, wymagalność, czy zwrot świadczeń głównych. Zakwestionowane postanowienie nie było postanowieniem określającym świadczenie główne stron, a jedynie zapisem

umownym dotyczącym wymagalności składki.

W ocenie SOKiK postanowienie to kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy. Ubezpieczyciel kalkulując wysokość składki oraz przewidując możliwość jej rozłożenia na raty godził się na to, iż nie otrzyma w całości należnych jej pieniędzy od razu, lecz z opóźnieniem. Konsument zawierając umowę ubezpieczenia bierze pod uwagę termin i sposób płatności składki, a zatem zastrzeżenie, że nagle zobowiązany jest opłacić składkę rażąco narusza jego interes, gdyż stawia go w przymusowej sytuacji świadczenia pieniężnego wcześniej niż to planował, lub potrącenia z przysługującego mu odszkodowania w krytycznej dla niego sytuacji, tym bardziej, że strony umowy uzgodniły wcześniej inny sposób i termin płatności rat składki. Innymi słowy, konsument po zapłaceniu składki oczekuje od zakładu ubezpieczeń wypłaty uzgodnionej kwoty, jeśli zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe rodzące odpowiedzialność ubezpieczyciela i nie może być narażony na przymusowe potrącenie pozostałych rat składki, bądź być zmuszany do wcześniejszego świadczenia niż to określa umowa. Może dojść bowiem do sytuacji, w której wypłacenie niewielkiego odszkodowania spowoduje obowiązek uiszczenia przez konsumenta składki w pełnej wysokości. Staje się to tym bardziej rażąco sprzeczne z dobrymi obyczajami, gdy konsument poniesie dotkliwą szkodę i zmuszony zostanie do ponoszenia dodatkowych kosztów na rzecz ubezpieczyciela, czyli podmiotu zobligowanego do udzielenia pomocy w takiej sytuacji. Stoi to w sprzeczności z celem umowy ubezpieczenia oraz przeczy instytucji rozłożenia na raty, która w swej istocie ma rozkładać w czasie ciężary finansowe nałożone na stronę umowy, a nie potęgować je w chwili najmniej korzystnej dla konsumenta.

Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07 zmienił wyrok Sądu I instancji w tym zakresie, w ten sposób, że oddalił powództwo o uznanie za niedozwolone i zakazujące wykorzystywania w obrocie z konsumentami postanowienia o powyższej treści. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie budziło żadnych wątpliwości, że postanowienie to odnosiło się do głównego świadczenia ubezpieczającego (składki). Nie określało ono jej wysokości, lecz sposób uiszczenia (jednorazowo albo ratalnie, terminy i warunki płatności rat). Zgodnie zaś z art. 385¹ § 1 k.c. wyłączone spod możliwości oceny kontroli abstrakcyjnej w trybie postępowania o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone są postanowienia określające główne świadczenia stron, jeżeli sformułowane są jednoznacznie. W opinii Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie można podzielić tezy przyjętej przez Sąd I instancji, iż takie elementy jak

płatność świadczenia w ratach oraz warunki wcześniejszego poboru nieopłaconych składek, czy sposób ich pobrania nie mieszczą się w granicach głównego świadczenia stron (tu: ubezpieczającego). Dodatkowo, gdy są one jednoznacznie sformułowane nie jest dopuszczalne prowadzenie oceny, czy zachodzą przesłanki uznania tego postanowienia za niedozwolone. Dokonanie takiej oceny i w takich warunkach stanowiło naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 1423 i 1424

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 86/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

„W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia wskazanego polisie, składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, gdy w okresie ubezpieczenia nie nastąpiło zdarzenie, w związku którym UNIQA TU S.A. wypłaciło bądź wypłaci odszkodowanie lub świadczenie”.

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1423.

„Ubezpieczonemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia pod warunkiem, że UNIQA TU S.A. nie wypłaciło odszkodowania i nie będzie zobowiązane do wypłacenia odszkodowania z tytułu zawartej umowy”.

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1424.

Zdaniem strony powodowej - Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienia te były niezgodne z treścią art. 813 k.c. i art. 385³ pkt 13 k.c. W opinii strony pozwanej zakwestionowane zapisy umowne pozostawały w zgodności z treścią art. 41 ust. 2 oraz art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK¹⁶, a także odpowiadały zasadzie ekwiwalentności świadczeń stron, gdyż zakład

¹⁶ Zgodnie z tymi przepisami w przypadku umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nie przysługuje, jeżeli szkoda, za którą zakład ubezpieczeń wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie, nastąpiła w okresie poprzedzającym rozwiązanie umowy w przypadkach określonych w ustawie innych niż upływ czasu, na który umowa została zawarta.

ubezpieczeń stosownie do art. 805 § 1 k.c. jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania, a ubezpieczający do zapłaty składki w pełnej wysokości.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienia te naruszały dyspozycję art. 813 k.c. nakazującą obliczanie składki za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Skoro składka z tytułu umowy ubezpieczenia obliczana jest proporcjonalnie do okresu ubezpieczenia, to w sytuacji, gdy odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ustaje z momentem rozwiązania umowy ubezpieczenia, co do zasady powinien on zwrócić składkę ubezpieczającemu za okres następujący po rozwiązaniu umowy, bez względu na fakt wcześniejszego wypłacenia odszkodowania. Tym samym, zapisy te naruszały art. 385³ pkt 13 k.c., jako że dopuszczały do sytuacji, w której konsument tracił prawo żądania zwrotu świadczenia (tj. składki należnej za okres po rozwiązaniu umowy) spełnionego wcześniej niż świadczenie kontrahenta (tj. częściowej wypłaty odszkodowania) w przypadku rozwiązania umowy. Wprawdzie strona pozwana słusznie podniosła, że ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych przewidywała podobny zapis, należało jednak zauważyć, że kwestionowane klauzule nie posługiwały się analogicznym do ustawowego wyrażeniem „wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie”, lecz niejasnym sformułowaniem „gdy w okresie ubezpieczenia nie nastąpiło zdarzenie, w związku z którym UNIQA TU S.A. wypłaciło bądź wypłaci odszkodowanie” oraz „nie wypłaciło odszkodowania i nie będzie zobowiązane do wypłacenia odszkodowania”. Użycie tych niejasnych sformułowań przemawiało dodatkowo za uznaniem tych postanowień za sprzeczne z art. 385³ pkt 22 k.c. oraz art. 385¹ § 1 k.c. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów podkreślił również, że powyższe postanowienia umowne wyłączały możliwość domagania się przez ubezpieczającego zwrotu części składki, jeśli ubezpieczyciel wypłacił odszkodowanie w wysokości stanowiącej choćby znikomą część sumy ubezpieczenia, co należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumentów.

Klauzula nr 1425

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 86/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Odszkodowania i rekompensaty z innych źródeł. Wysokość odszkodowania ulega

pomniejszeniu o odszkodowania i rekompensaty przysługujące osobom poszkodowanym z innych źródeł”.

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1425.

W ocenie strony powodowej - Prezesa UOKiK postanowienie to było sprzeczne z art. 385³ pkt 9 k.c. i art. 385¹ § 1 k.c. Zdaniem strony pozwanej art. 824¹ § 1 k.c. zezwalał jej na ograniczenie sumy pieniężnej wypłacanej z tytułu ubezpieczenia do kwoty poniesionej szkody¹⁷. Przy braku takiego zapisu umownego, ubezpieczony z tytułu otrzymania odszkodowania za szkodę objętą ubezpieczeniem przez kilku ubezpieczycieli mógłby bezpodstawnie się wzbogacić.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z art. 385¹ § 1 k.c. oraz art. 385³ pkt 9 k.c., jako że wobec nieostrości sformułowania „z innych źródeł” dopuszczało możliwość dokonania przez ubezpieczyciela wiążącej interpretacji umowy. W ocenie SOKiK ubezpieczyciel nie mógł uzależniać ochrony ubezpieczeniowej i spełnienia ciężących na nim obowiązków z zawartej z konsumentami umowy od działania innych ubezpieczycieli. Powoływana przez stronę pozwaną regulacja art. 824¹ § 1 k.c. nie miała zastosowania w sprawie, gdyż odnosiła się ona do wysokości szkody w ramach jednego wypadku ubezpieczeniowego, podczas gdy kwestionowany zapis dopuszczał możliwość pomniejszenia odszkodowania z jakichkolwiek powodów, jeśli tylko osoba poszkodowana otrzymała jakiekolwiek odszkodowania lub rekompensatę z innych źródeł. Ponadto, jeżeli przyjąć, że zapis ten jedynie powtarzał uregulowanie zawarte w 824¹ § 1 k.c., jak podnosiła strona pozwana, to wobec swojej niejednoznaczności i zbędności powinien być wyeliminowany z treści o.w.u.

Klauzula nr 1426

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 86/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Ograniczenia odpowiedzialności. Ubezpieczeniem nie są objęte szkody: wynikłe z powodu

¹⁷ Art. 824 § 1 k.c.: O ile umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższa od poniesionej szkody.

działania hałasu, wibracji, ciepła, wody, zagrzybienia lub innych podobnych czynników”.

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1426.

Zdaniem strony powodowej - Prezesa UOKiK postanowienie to było niezgodne z art. 385³ pkt 9 k.c. W ocenie natomiast strony pozwanej nie było niebezpieczeństwa, że postanowienie to będzie interpretowane na niekorzyść ubezpieczonego, gdyż zgodnie z art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej postanowienia niejednoznaczne interpretuje się na korzyść ubezpieczonego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z art. 385³ pkt 9 k.c., gdyż uprawniało zakład ubezpieczeń do wiążącej wykładni wyrażenia „innych podobnych czynników”. Przy czym szereg wymienionych w tym zapisie czynników nie pozwalało w sposób jednoznaczny stwierdzić, co jest do nich „podobne” i co mogłoby stanowić „inny podobny czynnik”. Na uwzględnienie nie zasługiwał również argument w postaci powołania treści art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Wskazówka ustawodawcy co do zasad interpretacji na korzyść konsumenta sformułowań niejednoznacznych, nie zwalniała autora o.w.u. z obowiązku jasnego formułowania postanowień, tj. zgodnie z art. 12 ust. 3 tejże ustawy¹⁸.

Klauzula nr 1427

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 86/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA TU S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Jeżeli rozwiązanie umowy nastąpiło po rozpoczęciu okresu ubezpieczenia, zwrotowi podlega różnica pomiędzy składką pobraną a składką należną za wykorzystany okres ubezpieczenia, zwiększoną o koszty poniesione przez UNIQA TU S.A. [...] Miesiąc rozpoczęty (nawet 1 dzień) liczy się jako wykorzystany”.

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1427.

¹⁸ Art. 12 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej: Ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały.

Zdaniem strony powodowej – Prezesa UOKiK postanowienie to było niezgodne z art. 385¹ § 1 k.c. Strona pozwana podniosła, że w praktyce zapis ten nie był stosowany i sukcesywnie eliminowany z o.w.u.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to należało uznać za niezgodne z art. 385¹ § 1 k.c. oraz art. 813 k.c. Brak doprecyzowania w treści zapisu sformułowania „kosztów poniesionych” przez ubezpieczyciela mogło skutkować naruszeniem art. 813 k.c., gdyż umożliwiało zakładowi ubezpieczeń ponowne potrącenie z części składki podlegającej zwrotowi kosztów poniesionych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia i odpowiednio ujętych w wysokości uprzednio obliczonej składki. W tym zakresie zapis ten był sprzeczny z zasadą podporządkowania składki czasowi odpowiedzialności i naruszał zasadę wyrażoną w art. 385¹ § 1 k.c., zgodnie z którą postanowienie umowy nie uzgodnione indywidualnie z konsumentem nie wiąże go, jeśli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Twierdzenie zakładu ubezpieczeń, że przedmiotowe koszty dotyczyły jedynie kosztów zwrotu składki nie znajdowało potwierdzenia w kwestionowanym zapisie, dlatego też taki argument nie zasługiwał na uwzględnienie.

Klauzula nr 1428

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 86/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„W przypadku wystąpienia szkody objętej ochroną, osoby objęte ochroną ubezpieczeniową obowiązane są (...) najpóźniej w terminie 3 dni od dnia powstania szkody lub uzyskania o niej informacji powiadomić UNIQA TU S.A. o jej powstaniu, a w przypadku kradzieży z włamaniem lub rabunku – w ciągu 24 godzin”.

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1428.

Zdaniem strony powodowej – Prezesa UOKiK postanowienie to było niezgodne z art. 385¹ § 1 k.c. Strona pozwana podniosła, że powyższy zapis umowny nie nakładał na ubezpieczonego nadmiernie uciążliwych obowiązków i powinien być interpretowany łącznie z treścią art. 826 k.c. i art. 827 k.c.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zawiadomienie zakładu ubezpieczeń o kradzieży z włamaniem lub rabunku ubezpieczonego mienia w ciągu 24 godzin od powstania szkody lub uzyskania o niej informacji skutkowało nałożeniem na konsumenta obowiązku spełnienia nadmiernie uciążliwych formalności i tym samym postanowienie to naruszało art. 385³ pkt 21 k.c.¹⁹ Obowiązek poinformowania o kradzieży z włamaniem lub rabunku w tak krótkim czasie mógł okazać się obiektywnie niemożliwy do spełnienia, np. w przypadku, gdy równocześnie z rabunkiem miały miejsce zdarzenia powodujące niezdolność poszkodowanego do podejmowania jakichkolwiek działań (między innymi w przypadku hospitalizacji konsumenta). Tym samym kwestionowany zapis zastrzał umowny obowiązek konsumenta w stosunku do tych, które wynikały z treści art. 826 k.c.

Klauzula nr 1450.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 30 stycznia 2008 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 491/07, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 3 listopada 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 2/05, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Składkę podlegającą zwrotowi pomniejsza się o 10%. Pomniejszenia o 10% nie stosuje się, jeżeli składka podlegająca zwrotowi zostaje zaliczona na poczet kolejnej umowy ubezpieczenia autocasco lub w przypadku gdy właściciel pojazdu posiada w PZU S.A. ubezpieczenie autocasco innego pojazdu”.

Postanowienie to w dniu 1 lipca 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1450.

Zdaniem powoda zakwestionowane postanowienie umowne stanowiło swoistą zaporę dla konsumenta, która wyrażała się w utracie prawa do otrzymania całej składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej w razie rozwiązania umowy przed upływem czasu, na który została zawarta. Stanowiło swoiste odstępne za to, że konsument rozwiązał umowę w czasie jej trwania. Ratunkiem dla konsumenta było zawarcie kolejnej

¹⁹ Art. 385³ pkt 21 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które uzależniają odpowiedzialność kontrahenta konsumenta od wykonania zobowiązań przez osoby, za pośrednictwem których kontrahent konsumenta zawiera umowę lub przy pomocy których wykonuje swoje zobowiązanie, albo uzależniają tę odpowiedzialność od spełnienia przez konsumenta nadmiernie uciążliwych formalności.

umowy ubezpieczenia z tym samym ubezpieczycielem lub posiadanie umowy ubezpieczenia autocasco dla innego pojazdu. Stanowiło ukryte finansowanie przez zakład ubezpieczeń kosztów swojej działalności, swoistą opłatę administracyjną za rozwiązanie umowy i dlatego miało charakter niedozwolony.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie nie miało charakteru abuzywnego. Stanowiło niejako zachętę dla klientów zakładu ubezpieczeń do korzystania z jego usług poprzez rezygnację z potrącenia składki podlegającej zwrotowi o 10% dla osób, które zawierają kolejną umowę ubezpieczenia z pozwanym lub gdy właściciel pojazdu u tego ubezpieczyciela posiadał ubezpieczenie autocasco dla innego pojazdu. Takiego postanowienia nie można było uznać jako kształtującego prawa i obowiązki konsumenta niezgodnie z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszającego jego interesy.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu I instancji, zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że powyżej wskazane postanowienie uznał za niedozwolone i zakazał jego stosowania. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie nieprzekonywujący był wysunięty przez Sąd I instancji argument, iż ubezpieczyciel miał prawo w przypadku rozwiązania umowy do potrącenia części składki w wysokości 10%, ponieważ wcześniejsze rozwiązanie umowy mogło rodzić po jego stronie stratę, a rezygnacja z potrącenia stanowiła zachętę dla klientów do korzystania z usług ubezpieczyciela. Takiego obciążenia konsumenta nie uzasadniała ani hipotetyczna i bliżej nieokreślona strata jaką ewentualnie mógłby ponieść ubezpieczyciel na wypadek niepotrącenia składki, ani chęć reklamowania w ten sposób swoich usług i pozyskiwania większego grona klientów. Treść przedmiotowego postanowienia wskazywała, iż służyło ono przede wszystkim polityce marketingowej zakładu ubezpieczeń, a nie innym celom np. pokrywaniu kosztów jego działalności.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu były również następujące postanowienia umowne: „*W razie rozwiązania umowy po zaistnieniu szkody, za którą wypłacono odszkodowanie, [...] PZU S.A. przysługuje składka za cały okres ubezpieczenia określony w umowie, niezależnie od wysokości*”, oraz „*Jeżeli umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu przed upływem końcowego terminu określonego w polisie [...] PZU S.A. dokonuje zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, o ile w okresie ubezpieczenia nie zaistniało zdarzenie, w związku z którym [...] PZU S.A. wypłacił lub zobowiązany jest do wypłaty odszkodowania w części, która dotyczy zawartej w nim klauzuli,*

o ile o w okresie ubezpieczenia nie zaistniało zdarzenie, w związku z którym [...] PZU S.A. wypłacił lub zobowiązany jest do wypłaty odszkodowania”.

Zdaniem strony powodowej wyżej wymienione postanowienia miały charakter niedozwolony, gdyż kształtowały prawa i obowiązku konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumenta. Skoro zgodnie z art. 813 § 1 k.c. składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, to jeżeli strony zawarły umowę na 1 rok, a została ona rozwiązana przed upływem tego terminu, to czasem trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń był okres od dnia zawarcia umowy do dnia jej rozwiązania i za ten czas ubezpieczycielowi przysługiwała składka. Nawet jeżeli w okresie obowiązywania umowy zakład ubezpieczeń wypłacił odszkodowanie, a następnie doszło do rozwiązania umowy, to mógł on żądać składki tylko i wyłącznie za okres, w którym rzeczywiście udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Zakwestionowane postanowienia ograniczały prawo konsumenta do rozwiązania umowy, gdyż w razie dokonania tej czynności musiał on zakładowi ubezpieczeń zapłacić swoje odstępne w postaci składki za okres od dnia rozwiązania umowy, do dnia w którym zgodnie z treścią umowy ubezpieczenia uległaby ona rozwiązaniu z powodu upływu czasu.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powyżej przywołane postanowienia umowne wprawdzie nie były uzgodnione indywidualnie z konsumentem, to jednak nie kształtowały one praw i obowiązków w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Zgodnie bowiem z art. 805 § 1 k.c. zakład ubezpieczeń zawierając umowę ubezpieczenia zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie przewidzianego w umowie wypadku a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Umowa ubezpieczenia autocasco zawierana jest terminowo, najczęściej na 12 miesięcy. Jeżeli przed upływem terminu jej obowiązywania nastąpiło zdarzenie uzasadniające wypłatę odszkodowania przez zakład ubezpieczeń, to zgodnie z treścią umowy ubezpieczenia konsument musiał uiścić składkę za cały okres ubezpieczenia. Zakwestionowane postanowienia o.w.u. były realizacją umowy ubezpieczenia, w której każda ze stron zobowiązana była do określonego świadczenia głównego.

Innymi słowy, jeżeli następuje rozwiązanie umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta i nie nastąpiło zdarzenie uzasadniające wypłatę odszkodowania to składka podlega zwrotowi na rzecz konsumenta. Jeżeli natomiast doszło do rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta a nastąpiło zdarzenie uzasadniające wypłatę odszkodowania - składka nie podlega zwrotowi na

rzecz konsumenta. Z powyższych względów nie można było uznać tych postanowień za niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, podtrzymał wyrok Sądu I instancji w zakresie ocenianych postanowień. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie trafna była ocena dokonana przez Sąd I instancji. Istota umowy ubezpieczenia autocasco polega na tym, że ubezpieczający płaci składkę, a ubezpieczyciel w razie zajścia określonego w umowie zdarzenia wypłaca odszkodowanie. W przypadku zajścia określonego w umowie wypadku, dochodzi do wypłacenia przez ubezpieczyciela odszkodowania na warunkach i w wysokości ustalonych w umowie, a zatem do realizacji świadczenia głównego, do którego zobowiązał się ubezpieczyciel, w zamian za ustaloną składkę do uiszczenia której w określonej wysokości i w określonym czasie zobowiązał się ubezpieczający. Nie ma zatem żadnego uzasadnienia dla przyjęcia stanowiska, że w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i wpłaty przez ubezpieczyciela odszkodowania, na wypadek rozwiązania umowy powinna być zwracana część składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Ubezpieczyciel był zobowiązany do zwrotu części składki tylko w razie rozwiązania umowy przed upływem czasu, na który została zawarta, jeżeli nie zaistniało zdarzenie objęte ubezpieczeniem i nie doszło do wypłaty odszkodowania. Z tych względów powództwo odnoszące się do tych postanowień należało oddalić.

Klauzula nr 1462 i 1463

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 438/07, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 16 stycznia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 38/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

„Jeżeli zapłata składki lub jej pierwszej raty została odroczone w stosunku do początku okresu ubezpieczenia, a ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty niezaplacenie składki lub pierwszej raty składki w terminie wyznaczonym przez ubezpieczyciela będzie traktowane jako odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela z upływem 14-go dnia od wyznaczonego terminu płatności składki lub pierwszej raty składki bez konieczności składania odrębnego

oświadczenia woli w tym zakresie. Postanowienie zdania poprzedzającego stanowi zawiadomienie ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy”.

Postanowienie to w dniu 9 lipca 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1462.

„W odniesieniu do skutków prawnych niezapłacenia kolejnej raty składki w terminie wyznaczonym przez ubezpieczyciela odpowiednie zastosowanie mają postanowienia ust. 2”.

Postanowienie to w dniu 9 lipca 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1463.

W niniejszym postępowaniu strona powodowa oparła swoje powództwo na twierdzeniu, że zakwestionowane postanowienia nie były uzgodnione indywidualnie z ubezpieczającym, sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa oraz kształtowały prawa i obowiązki ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. W opinii powoda zakwestionowane postanowienia naruszały zasady współżycia społecznego, takie jak: zaufanie ubezpieczającego do ubezpieczyciela oraz lojalność kontraktową, kolidowały z dobrymi obyczajami kupieckimi, gdyż ze względu na brak wymogu powiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy stwarzały w sytuacji spóźnionej zapłaty składki możliwość powstania stanu niepewności co do kontynuacji stosunku ubezpieczenia. Powód wskazał również, że w sytuacji, w której opóźnienie w zapłacie składki lub jej raty było niezawinione przez ubezpieczającego lub też bardzo nieznaczne, skutek przewidziany w zakwestionowanych postanowieniach rażąco naruszał interes ubezpieczającego, zwalniał bowiem całkowicie ubezpieczyciela z obowiązków informacyjnych dotyczących tak istotnego zagadnienia jak dalszy byt stosunku ubezpieczenia. Zdaniem powoda, stosowanie tych postanowień mogło prowadzić do sytuacji, w których ubezpieczyciel otrzymując opóźnioną ratę składki zatrzyma ją (lub zwróci w późniejszym terminie) nie informując jednocześnie ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy i skutku w postaci utraty ochrony ubezpieczeniowej. W takim przypadku ubezpieczający mógł pozostawać w błędnym przekonaniu, iż w dalszym ciągu objęty jest ochroną ubezpieczeniową. Powód podniósł również, że sporne zapisy stwarzały zagrożenie wystąpienia sytuacji, w których ubezpieczyciel przyjmie opóźnione składki i ich nie zwróci, jeżeli w okresie określonym w umowie jako okres ubezpieczenia nie dojdzie do wypadku ubezpieczeniowego i nie zaktualizuje się obowiązek likwidacji szkody. Jeżeli natomiast doszłoby w tym okresie do powstania szkody, ubezpieczyciel, powołując się na zakwestionowane postanowienie i ustanie ochrony ubezpieczeniowej, odmówiłby likwidacji

szkody. W ocenie powoda taka praktyka zakładu ubezpieczeń ułatwiona była dzięki innemu zapisowi zawartemu w o.w.u., który dawał ubezpieczycielowi uprawnienie do jednostronnego, całkowicie uznaniowego cofnięcia oświadczenia woli o odstąpieniu od umowy, nawet bez zachowania formy pisemnej. Powód podniósł także zarzut rażącej dysproporcji praw stron umowy ubezpieczenia. O ile bowiem zakład ubezpieczeń zwolniony był od składania oświadczenia woli o odstąpieniu od umowy, o tyle ubezpieczający w świetle zapisów o.w.u. zobowiązany był do składania wszelkich oświadczeń w formie pisemnej za pokwitowaniem lub listem poleconym. W ocenie powoda zakwestionowane zapisy były również sprzeczne z art. 814 § 2 k.c.²⁰, a co za tym idzie nieważne w świetle przepisu art. 807 § 1 k.c. z następujących względów. Po pierwsze, art. 814 § 2 k.c. nakładał na zakład ubezpieczeń obowiązek zawiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy w przypadku niezapłacenia składki w terminie. Po drugie, przepis ten stanowił, że w przypadku niezapłacenia składki w terminie, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z końcem okresu, na który została zawarta. Powód wskazał ponadto na sprzeczność zakwestionowanych zapisów z przepisami art. 481 i 491 k.c., które miały chronić dłużnika przed zbyt daleko idącymi konsekwencjami niewielkiego nawet opóźnienia lub zwłoki w spełnieniu świadczenia. W ocenie powoda definitywne zerwanie węzła obligacyjnego w przypadku zwłoki w spełnieniu świadczenia stanowiło zbyt drastyczną konsekwencję dla ubezpieczającego.

Strona pozwana wskazała, że sprawa dotycząca uznania za niedozwolone analogicznego postanowienia, stosowanego przez pozwanego (jak klauzula abuzywna nr 1462), była już rozpatrywana przez SOKiK w sprawie sygn. akt XVII AmC 62/04 a powództwo oddalone. Ubezpieczyciel podkreślił, że w stosunku do postanowienia będącego przedmiotem oceny w poprzednim postępowaniu, aktualnie zakwestionowane postanowienie o.w.u. kształtowało prawa i obowiązki ubezpieczającego w sposób bardziej korzystny. O ile bowiem postanowienie będące przedmiotem oceny w postępowaniu w sprawie sygn. akt XVII AmC 62/04 przyznawało możliwość odstąpienia od umowy z upływem dnia wyznaczonego jako termin płatności składki, o tyle aktualnie kwestionowane postanowienie przesunęło termin odstąpienia od umowy aż o 14 dni od upływu terminu płatności składki. Do tego czasu zakład ubezpieczeń ponosił odpowiedzialność wynikającą z trwającej nadal umowy ubezpieczenia. Pozwany podkreślił, że zastrzeżenie prawa do odstąpienia od umowy

²⁰ Art. 814 § 2 k.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 r. – § 2. Jeżeli zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie, zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym, zawiadamiając o tym jednocześnie ubezpieczającego, i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W braku odstąpienia od umowy, rozwiązuje się ona z końcem okresu, na który przypadła nie zapłacona składka.

uwarunkowane było niespełnieniem w określonym terminie podstawowego obowiązku ubezpieczającego, jakim jest zapłata składki, a prawo do odstąpienia od umowy było w tym przypadku realizacją ustawowego uprawnienia ubezpieczyciela. Niezasadne było zatem zarzucanie naruszania dobrych obyczajów i rażącego naruszenia interesów ubezpieczającego. Ponadto nietrafne było stanowisko powoda, według którego stosowanie zakwestionowanych postanowień mogło prowadzić do stanu, w którym ubezpieczający pozostawał w stanie niepewności co do obowiązywania umowy. Każdy klient zakładu ubezpieczeń przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymuje ogólne warunki ubezpieczenia i może się z nimi dokładnie zapoznać. Ma zatem możliwość zapoznania się z oświadczeniem woli ubezpieczyciela o odstąpieniu od umowy w razie niezapłacenia składki lub jej raty w terminie. Dodatkowo, w treści doręczonej polisy określone są terminy, w których należna składka powinna zostać opłacona w celu należytego wywiązania się z umowy ubezpieczenia. W odniesieniu natomiast do zarzutu sprzeczności zakwestionowanych postanowień z treścią art. 814 § 2 k.c. zakład ubezpieczeń wskazał, iż przepis ten nie stawiał żadnych wymogów formalnych jakie spełniać powinno zawiadomienie o odstąpieniu od umowy. Należało zatem przyjąć, iż wymóg ten został spełniony poprzez zastrzeżenie informacji o warunkowym odstąpieniu od umowy w treści o.w.u.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów treść zakwestionowanych postanowień w żaden sposób nie naruszała dyspozycji przepisu art. 814 § 2 k.c. Sprzeczność zakwestionowanych postanowień miała wynikać, zdaniem powoda, z wyłączenia obowiązku zawiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy oraz na odmiennym, niż wynikało to z treści tego przepisu, określeniu chwili rozwiązania stosunku ubezpieczenia. Sąd I instancji zajął stanowisko, że z przepisu art. 814 § 2 k.c. wynika jednoznacznie, że obowiązek zawiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia odnosi się do sytuacji, w której zakład ubezpieczeń odstępuje od umowy ze skutkiem natychmiastowym. Zakwestionowane postanowienia nie przewidywały odstąpienia ze skutkiem natychmiastowym, lecz dopiero z upływem 14-go dnia od wyznaczonego terminu płatności składki lub jej pierwszej bądź kolejnej raty. Mieliliśmy zatem do czynienia z dwoma odmiennymi stanami faktycznymi, co uzasadniało przyjęcie wniosku, że wynikający z przepisu art. 814 § 2 k.c. obowiązek zawiadomienia o odstąpieniu od umowy nie znajdował zastosowania w przedmiotowej sprawie. Zarzut niedopełnienia przez ubezpieczyciela obowiązku ustawowego nie zasługiwał więc na uwzględnienie. Z analogicznych przyczyn za niesłuszny należało uznać zarzut o sprzeczności postanowień z treścią art. 814 § 2 k.c. w

zakresie chwili rozwiązania umowy. W ocenie Sądu I instancji postanowienie, według którego odstąpienie od umowy następowało z upływem 14-go dnia od wyznaczonego terminu płatności składki, nie naruszało dyspozycji art. 814 § 2 k.c., zgodnie z którą umowa ubezpieczenia rozwiązywała się z końcem okresu, na który przypadła niezapłacona składka. Z treści przepisu wynikało jednoznacznie, iż zawarta w nim regulacja nie znajdowała zastosowania w przypadku odstąpienia ubezpieczającego od umowy, co miało miejsce w przedmiotowej sprawie. Sąd I instancji nie podzielił także zarzutu powoda o rażącej sprzeczności postanowień z przepisami art. 481 i 491 k.c. W ocenie SOKiK przywołane przepisy nie zostały wprowadzone do kodeksu cywilnego w celu ochrony interesów dłużnika. Wręcz przeciwnie, ich rolą była ochrona interesów wierzyciela w przypadku nienależytego wykonania zobowiązania przez dłużnika. W żaden sposób nie ograniczały też prawa wierzyciela do ukształtowania stosunku prawnego w odmienny sposób i zastrzeżenia innych sankcji na wypadek niewykonania przez dłużnika obowiązków umownych.

Zdaniem Sądu I instancji nie zasługiwały na uwzględnienie zarzuty o rażącym naruszeniu interesów konsumentów. Po pierwsze, zastrzeżenie w treści umowy uprawnień ustawowych nie może być w ogóle uznane za działanie sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumenta. Jeżeli ustawodawca przyznał zakładowi ubezpieczeń określone uprawnienie to w granicach określonych przez art. 5 k.c. może on z niego korzystać w sposób swobodny. Po drugie, składanie odrębnego oświadczenia od umowy nie było konieczne z uwagi na przyjęcie w postanowieniu obligatoryjnego odstąpienia od umowy z upływem 14-go dnia od wyznaczonego terminu płatności składki bądź jej raty. Przy tak jednoznacznie i kategorycznie sformułowanym zapisie umownym ubezpieczający miał pełną świadomość skutków uchybienia terminowi zapłaty składki lub jej raty. Sytuacji ubezpieczającego nie pogarszała również możliwość cofnięcia przez zakład ubezpieczeń oświadczenia o odstąpieniu od umowy. Zdaniem SOKiK obowiązek odrębnego zawiadomienia o odstąpieniu istniałby, gdyby zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie fakultatywną możliwość odstąpienia od umowy. Na zakończenie uzasadnienia wyroku, Sąd I instancji wskazał, że nie można było również podzielić argumentu o asymetrii obowiązków co do sposobu i formy oświadczeń stron umowy ubezpieczenia. Zawiadomienia i oświadczenia, które w związku z umową ubezpieczający musiał składać w formie pisemnej za pokwitowaniem lub listem poleconym nie miały tożsamego charakteru z uprawnieniem zakładu ubezpieczeń do odstąpienia od umowy. Dla spowodowania skutku w postaci zerwania stosunku ubezpieczenia, ubezpieczający nie musiał składać żadnego oświadczenia

woli. Zerwanie wiążła obligacyjnego następowało w sposób automatyczny w przypadku niezapłacenia składki bądź jej raty. Nie można zatem było mówić o jakiegokolwiek dysproporcji stron umowy w zakresie uprawnień co do formy i sposobu odstąpienia od stosunku ubezpieczenia.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji od wyroku SOKiK, zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, iż uznał zakwestionowane postanowienia za niedozwolone i zakazał ich stosowania. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie powód trafnie podniósł, że przepis art. 814 § 2 k.c. nakładał na zakład ubezpieczeń bezwzględny obowiązek zawiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, niezależnie od tego czy odstąpienie miało nastąpić ze skutkiem natychmiastowym, jak to przewidywał ten przepis, czy z upływem określonego terminu np. 14-go dnia od wyznaczonego terminu płatności składki lub jej pierwszej czy kolejnej raty, jak stanowiły zakwestionowane postanowienia umowne. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie rację miał powód, że spełnienie obowiązku zawiadomienia o odstąpieniu od umowy mogło nastąpić wyłącznie w przypadku jednoczesnego poinformowania o tym fakcie ubezpieczającego. Natomiast na podstawie zakwestionowanych zapisów o.w.u. ubezpieczyciel zwalniał się z określonego w art. 814 § 2 k.c. obowiązku składania odrębnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy, zastrzegając sobie, że odstąpienie to następuje w sposób „automatyczny” w przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w terminie. Ubezpieczający w chwili odstąpienia od umowy nie otrzymywał od ubezpieczyciela żadnej informacji. Tego rodzaju praktyka niewątpliwie stała w sprzeczności z dyspozycją art. 814 § 2 k.c. Wymogu poinformowania ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy przez ubezpieczyciela w żaden sposób nie zastępowało doręczenie przez ubezpieczającego o.w.u. Ubezpieczający w razie opóźnienia z zapłatą składki lub jej raty mógł nie zdawać sobie sprawy, że nie łączy go już umowa ubezpieczenia i pozostawać w błędnym przekonaniu, że mimo opóźnienia we wniesieniu składki bądź jej raty (pierwszej, kolejnej) wciąż podlegał ochronie ubezpieczeniowej. Nie mogło zatem budzić żadnych wątpliwości, że zakwestionowane postanowienia o.w.u. stały w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszały interesy konsumenta, gdyż kształtowały sytuację prawną ubezpieczającego w sposób mniej korzystny niż określoną w art. 814 § 2 k.c. Stanowiły więc niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wskazał jednak, iż chybnym był zarzut powoda o naruszeniu art. 481 k.c. i art. 491 k.c. Świadczeniem zakładu ubezpieczeń jest zapłata

określonej sumy pieniężnej, a tą ubezpieczyciel spełnia tylko wtedy, gdy zajdzie wypadek ubezpieczeniowy. Tak więc umowa ubezpieczenia ma charakter losowy. Widoczny jest tu brak ekwiwalentności świadczeń, gdyż albo ubezpieczający spełniając to świadczenie nie otrzyma nic w zamian, gdy do wypadku nie dojdzie, albo świadczenie zakładu ubezpieczeń znacznie przewyższy świadczenie ubezpieczającego, gdy wypadek się zdarzy. W żadnej z tych sytuacji nie wystąpi ekwiwalentność świadczeń stron, ani czasowa zbieżność w ich spełnieniu. Samo zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej nie może być traktowane jako świadczenie zakładu ubezpieczeń, a zatem umowy ubezpieczenia nie można uznać za umowę wzajemną w rozumieniu art. 484 § 2 k.c. Oznacza to, że nieusprawiedliwione były zarzuty apelacji dotyczące niezastosowania przez Sąd I instancji przepisów o wykonaniu i skutkach niewykonania zobowiązań z umów wzajemnych.

Klauzula nr 1492

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 18 marca 2008 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1097/07, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 18 maja 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 78/07, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Link4 jest uprawniony do stosownego zmniejszenia odszkodowania lub odmowy wypłaty w całości, jeśli kierowca ubezpieczonego samochodu, ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu, odstąpi od określonych w par. 19 wymogów, a w szczególności jeśli: 20.1. przyczyni się do powstania szkody lub zwiększenia szkody”.

Postanowienie to w dniu 2 września 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1492.

W uzasadnieniu powództwa powód przytaczając treść całego postanowienia umownego z § 20 o.w.u. wraz z § 20 ust. 1 o.w.u. wskazał, że uprawniało ono ubezpieczyciela do obniżenia należnego poszkodowanym odszkodowania, jeżeli poszkodowany przyczynił się do powstania szkody. W ocenie powoda postanowienie to było sprzeczne z przepisami prawa, w szczególności z art. 805 k.c. i stosownie do art. 807 k.c. nieważne. Uzasadniając swoje stanowisko powód powołał wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 kwietnia 1999 r. (sygn. akt I CKN 57/98/OSNC 2001/1/13), zgodnie z którym *„Do odszkodowania przysługującego z tytułu umowy ubezpieczenia przepis art. 362 k.c. nie ma*

zastosowania”. Powód stwierdził, że przepis art. 362 k.c. nie dotyczy odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, ponieważ normujące tę umowę przepisy zmodyfikowały ogólne zasady odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym skutki prawne przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów – np. art. 826 § 1 i § 2 k.c., art. 827 § 1 k.c. albo art. 832 § 1 k.c. Zdaniem powoda oczywiste było, że art. 362 k.c. stał w opozycji do istoty ubezpieczenia, polegającej na zapewnieniu ubezpieczającemu ochrony w razie spowodowania jego zachowaniem szkody lub przyczynienia się do zwiększenia jej rozmiarów. Możliwość uwzględniania przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów prowadziłyby do unicestwienia podstawowych celów ubezpieczenia, tj. osłabienia lub nawet wyłączenia jego funkcji ochronnej i kompensacyjnej. Uzasadniało to uznanie zakwestionowanej klauzuli za niedozwoloną i wykluczenie jej z obrotu.

Strona pozwana podniosła, iż pozwany nie odniósł się do przepisów art. 385¹-385³ k.c. będących materialną podstawą kontroli abstrakcyjnej wzorca umowy. Powód nie powołał się na istnienie przesłanek określonych w art. 385¹ k.c. i nie wykazał istnienia którejkolwiek z nich.

Brak ich przedstawienia i uzasadnienia nakazywało uznać żądanie powoda za nieuzasadnione. Odnośnie zarzutu nieważności postanowienia, pozwany podkreślił, iż postępowanie o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone nie jest właściwym trybem do określania takiego skutku. Dodatkowo, powód nie wyjaśnił w jaki sposób kwestionowana klauzula była sprzeczna z przepisami prawa, w szczególności z treścią art. 805 k.c. Powołanie się na orzecznictwo Sądu Najwyższego w przedmiocie art. 362 k.c. było niewystarczające dla uzasadnienia tej oceny. Dalej idąc, przywoływanie wyłączenia możliwości stosowania instytucji przyczynienia się poszkodowanego na gruncie umowy ubezpieczenia mienia było bezprzedmiotowe, ponieważ zakwestionowane postanowienie nie odwoływało się do przepisu art. 362 k.c. Pozwany wyjaśnił również, że postanowienie będące przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu zostało wprowadzone celem dostosowania wzorca do stanu prawnego ukształtowanego wyrokiem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 23 października 2003 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 45/02 i umieszczenia wyraźnego wskazania, że zmniejszenie odszkodowania lub odmowa jego wypłaty może nastąpić wyłącznie w granicach określonych przepisami kodeksu cywilnego²¹. Zdaniem pozwanego z treści zakwestionowanej klauzuli nie wynikało, że

²¹ Opis tego postępowania i uzasadnienia wyroku znajduje się na s. 2-3 niniejszego raportu.

jakiegokolwiek przyczynienie się poszkodowanego do szkody uprawniało do obniżenia odszkodowania. Wręcz odwrotnie, w zapisie umownym wyraźnie wskazano, że zmniejszenie odszkodowania lub odmowa jego wypłaty może nastąpić jedynie w granicach określonych przez przepisy art. 815 k.c., art. 816 k.c. i art. 826 k.c. Ponadto postanowienie to wprost odwoływało się do innego postanowienia umownego (§ 19 o.w.u.) stanowiąc, że ujemne skutki dotyczące wysokości odszkodowania mogą nastąpić jedynie wtedy, gdy nie zostaną zachowane przez ubezpieczającego wymogi i zasady postępowania w razie szkody. Sankcja przewidziana w o.w.u. miała zastosowanie w przypadku niewykonania obowiązków związanych z postępowaniem po powstaniu szkody, które określa art. 826 k.c. Odwołanie się do zapisów kodeksowych dających możliwość i określających zakres zmniejszenia lub odmowy wypłaty odszkodowania wskazywało, iż intencją autora o.w.u. było działanie w granicach wyznaczonych przez przepisy prawa. Klauzula nie dotyczyła więc przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody, lecz świadomego utrudniania postępowania likwidacyjnego. Zakwestionowane postanowienie o.w.u. w żadnym stopniu nie kształtowało praw i obowiązków konsumenta sprzecznie z dobrymi obyczajami i nie naruszało interesów konsumentów.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powód nie wykazał, że zakwestionowane postanowienie umowne posiadało cechy klauzuli abuzywnej określonej w definicji ustawowej. Sąd I instancji podzielił stanowisko pozwanego ubezpieczyciela, że treść tego postanowienia umownego powinna być analizowana w powiązaniu z zawartym we wzorcu umowy komentarzem do zapisu oraz z innymi postanowieniami o.w.u. i przepisami kodeksu cywilnego, do których odwołanie znajduje się w przedmiotowym zapisie wzorca. Kwestionowana klauzula, jak również § 19 o.w.u., do którego się odwoływała, znajdowała się w rozdziale wzorca zatytułowanym „postępowanie w razie szkody”. § 19 o.w.u. określał jakie akty staranności należało spełnić w przypadku powstania szkody. W tej sytuacji kwestionowane postanowienie wiązało sankcję zmniejszenia odszkodowania lub jej odmowy z przyczynami niezachowania przez konsumenta przedmiotowych aktów staranności. Zaskarżone postanowienie zawierało więc wyraźną informację o sposobach postępowania w razie powstania szkody i skutkach, jeżeli kierowca ubezpieczonego samochodu, ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu odstąpi od wykonania tych czynności. Nie można zatem było uznać, iż ten zapis umowny upoważniał ubezpieczyciela do jednostronnej oceny zachowania się ubezpieczonego i stwierdzania, czy przyczynił się on do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów, w oparciu o niejasne, niesprecyzowane kryteria, a następnie do

odmowy wypłaty odszkodowania. W ocenie Sądu I instancji kwestionowane postanowienie umowne i towarzyszący mu komentarz wyraźnie wiązały możliwość odmowy wypłaty odszkodowania z określonym zachowaniem się poszkodowanego, uniemożliwiającym lub utrudniającym ustalenie okoliczności powstania i rozmiaru szkody. Zapis taki był zgodny z bezwzględnie obowiązującymi przepisami kodeksu cywilnego, tj. z art. 826 k.c., jak również z przepisami art. 815 k.c. i art. 816 k.c., które wiązały możliwość regulowania wysokości odszkodowania w zależności od stopnia przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody. Z powyższych względów Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów stwierdzając, że kwestionowane postanowienie nie spełniało cech klauzuli abuzywnej, określonych w art. 385¹ § 1 k.c. i uznając, że brak było podstaw do uwzględnienia żądania powoda, oddalił powództwo jako bezzasadne.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji od wyroku SOKiK, zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, iż uznał zakwestionowane postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, wbrew ustaleniom poczynionym przez Sąd I instancji, nie można było uznać, iż zaskarżone postanowienie dotyczyło tylko sytuacji, gdy odmowa wypłaty odszkodowania była wynikiem niezachowania aktów staranności ubezpieczonego przy likwidacji szkody. Wykładnia językowa tego postanowienia umownego wskazywała, że ubezpieczyciel był uprawniony do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego zmniejszenia, gdy ubezpieczony nie dopełnił aktów staranności wymienionych w § 19 o.w.u., a w szczególności przyczynił się do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów. Określenie „w szczególności” dawało podstawę do przyjęcia, iż zakreślony postanowieniem zbiór zachowań ubezpieczonego był otwarty, ale także, że określenie to stanowiło stypizowanie określonego zachowania, będącego przesłanką redukcji lub odmowy wypłaty odszkodowania. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie sformułowanie to nie powinno było budzić żadnych wątpliwości, że podstawą do zmniejszenia lub odmowy wypłaty odszkodowania było również przyczynienie się do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów. O ile można byłoby rozważać redukcję odszkodowania z powodu zwiększenia rozmiarów szkody wskutek zachowania się ubezpieczonego przy realizacji określonych aktów staranności, to nie sposób rozważać sytuacji, w której niezachowanie aktów staranności związanych z likwidacją szkody doprowadziłoby do powstania szkody. Słusznie zatem wskazał skarżący, że konstrukcja przepisu wprowadzała w błąd konsumentów, co do rzeczywistych intencji autora wzorca. Postanowienie to pozostawało w sprzeczności z art. 827 k.c., który jednoznacznie określa

jakie i kogo zachowanie upoważnia ubezpieczyciela do odmowy wypłaty odszkodowania. Rozszerzenie zatem zakresu uprawnień przez zakład ubezpieczeń na każde postępowanie, bez względu na to czy było wynikiem umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa, stanowiło naruszenie dobrych obyczajów. Kształtowało treść stosunku obligacyjnego z naruszeniem równowagi kontraktowej stron i przekraczało określone przez ustawodawcę granicę rzetelności kontraktowej twórcy o.w.u. w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Takie zaś ukształtowanie stosunku ubezpieczeniowego rażąco naruszało interes konsumenta. Oceniając przedmiotową klauzulę, zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, nie mogło ująć z pola widzenia jej niejednoznaczność i niezrozumiałość dla konsumenta. Pomimo przyjętego modelu tzw. przeciętnego konsumenta, konsument nie musi znać (i najczęściej nie zna) przepisów szczególnych regulujących sytuacje, w których ubezpieczyciel zwolniony jest od odpowiedzialności za powstałą szkodę. Zamieszczanie zatem postanowienia naruszającego dobre obyczaje i interes konsumenta poprzez zapewnienie ubezpieczycielowi szerszych, niż to wynikało z przepisu kodeksu cywilnego uprawnień i przy niejednoznaczności jego stosowania, musiało zostać uznane za niedozwoloną klauzulę umowną w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 1508

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 5 czerwca 2008 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 308/08 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„W przypadku utraty dokumentów określonych w ust. 3 i 4, zgubienia, wymiany lub dorobienia kluczyków do pojazdu, wymiany zamków, Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie zgłosić ten fakt w biurze najbliższej jednostki organizacyjnej PTU SA (oddział, filia) i uzyskać pisemne potwierdzenie tego zgłoszenia. PTU SA wydaje takie potwierdzenie po wykonaniu oględzin ubezpieczonego pojazdu. Niedopełnienie tego obowiązku w przypadku kradzieży pojazdu lub jego zaboru w celu krótkotrwałego użycia jest podstawą do odmowy wypłaty odszkodowania”.

Postanowienie to w dniu 6 października 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1508.

Zdaniem powoda, zakwestionowane postanowienie o.w.u. kształtowało prawa

ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało interes konsumenta. W oparciu o zakwestionowane postanowienie ubezpieczyciel uprawniony był do podejmowania obiektywnie nieuzasadnionych, arbitralnych decyzji, niepowiązanych w żaden sposób z przyczynami i skutkami wypadku ubezpieczeniowego. Odmowa odszkodowania w takiej sytuacji godziła w cel umowy ubezpieczenia, jakim jest dla ubezpieczającego zniwelowanie niekorzystnych skutków zdarzeń losowych i stanowiła o jego rażącym pokrzywdzeniu.

Pozwany wskazał, że ubezpieczający w stosunku ubezpieczenia, oprócz obowiązku świadczenia pieniężnego jest zobowiązany do wykonywania tzw. powinności, które nie są świadczeniem *sensu stricto*, jednak w przypadku ich niewykonania dają podstawę do odmowy wypłaty odszkodowania, a kwestionowana klauzula nie stanowiła niedozwolonego postanowienia umownego.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, oceniając zaskarżone postanowienie, wskazał, że zakład ubezpieczeń ma prawo do określania katalogu obowiązków, których musi przestrzegać podmiot podlegający ochronie ubezpieczeniowej. Jednakże konstruując ten katalog nie może odrywać konsekwencji niezachowania tych obowiązków od faktycznych skutków takiego zaniedbania. Określenie obowiązku ubezpieczającego w sposób przyjęty w kwestionowanym sformułowaniu nie było samo w sobie sprzeczne z dobrymi obyczajami, jak również nie naruszało interesów ubezpieczającego. Jednakże zastosowanie tak surowej sankcji, która została zawarta w drugiej części postanowienia, tj. możliwość odmowy wypłaty odszkodowania, każdorazowo warunkowane musi być istnieniem związku przyczynowego pomiędzy niedopełnieniem obowiązku a zaistnieniem szkody. Kwestionowane postanowienie takiego zastrzeżenia nie zawierało i pozwalało ubezpieczycielowi na odmowę wypłaty odszkodowania w każdym przypadku stwierdzenia naruszenia określonych w nim obowiązków, a więc również w przypadkach, w których niedopełnienie obowiązku w żaden sposób nie przyczyniło się do powstania szkody.

O abuzywnym charakterze ocenianego postanowienia przesądzała również okoliczność, iż ubezpieczyciel uzależniał naprawienie szkody od dokonania czynności, które leżały wyłącznie po jego stronie. Ubezpieczający zobowiązany był nie tylko do zgłoszenia zaistnienia okoliczności wymienionych w postanowieniu, lecz również do uzyskania pisemnego potwierdzenia ich zgłoszenia, przy czym zgodnie z treścią ocenianego postanowienia ubezpieczyciel „wydawał potwierdzenie po wykonaniu oględzin ubezpieczonego pojazdu”. W tej sytuacji rodziły się poważne wątpliwości, co do zakresu

uprawnień konsumenta w przypadku, gdy szkoda nastąpiła po zgłoszeniu zaistnienia wymienionych okoliczności, lecz przed wydaniem potwierdzenia ich zgłoszenia przez pozwanego. Nie można było wykluczyć sytuacji, gdy od chwili zgłoszenia okoliczności do wydania potwierdzenia zgłoszenia przez zakład ubezpieczeń upłynął dłuższy okres. W takim przypadku, ubezpieczający nawet po wypełnieniu ciężącego na nim obowiązku mógł zostać pozbawiony odszkodowania wyłącznie z powodu braku uzyskania potwierdzenia zgłoszenia od pozwanego zakładu ubezpieczeń, a więc z powodu okoliczności zależnych wyłącznie od ubezpieczyciela, na które ubezpieczający nie miał żadnego wpływu. Takie ukształtowanie uprawnień i obowiązków stron umowy stało w jawnej sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy podmiotów podlegających ochronie ubezpieczeniowej. Oceniane postanowienie stanowiło zatem niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 1514

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 21 maja 2008 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1526/07, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 7 sierpnia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 85/07, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „Cigna Stu” S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umownego o następującej treści:

„W razie kradzieży (zaginięcia) pojazdu Cigna Stu S.A. ustala odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu na dzień ustalania odszkodowania”.

Postanowienie to w dniu 8 listopada 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1514.

W ocenie powoda zakwestionowane postanowienie pozwalało ubezpieczycielowi na arbitralne modelowanie swojej odpowiedzialności względem konsumenta, ponieważ dzień ustalenia wysokości odszkodowania za szkodę kradzieżową nie został w o.w.u. sprecyzowany. Dlatego też przedłużanie przez ubezpieczyciela postępowania likwidacyjnego mogło prowadzić do zmniejszenia odszkodowania dla ubezpieczonego, a więc naruszenia zasady ekwiwalentności świadczeń.

Strona pozwana wskazała na zgodność zakwestionowanego postanowienia umownego z terminami spełnienia świadczenia, o których mowa w art. 817 k.c. Przedstawiła również

ocenę, że zestawienie treści zakwestionowanej klauzuli z innym postanowieniami o.w.u., które regulowały termin likwidacji szkody i zasady ustalania wartości pojazdu, pozwalało na ustalenie chwili, w której określana była wysokość odszkodowania. Pozwany zakład ubezpieczeń podkreślił także, że przyjęte w o.w.u. rozwiązania pozostawały w zgodności z art. 363 § 2 k.c.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie (Sąd I instancji), odnosząc się do zarzutu powoda o braku ekwiwalentności świadczeń wywołany zakwestionowanym postanowieniem umownym, wskazał, że umowa ubezpieczenia nie jest umową wzajemną ze względu na element losowości stosunku ubezpieczeniowego. Wobec powyższego w stosunku ubezpieczenia nie ma mowy o ekwiwalentności świadczeń i wywody powoda o naruszeniu zakwestionowanym postanowieniem tej zasady były nietrafne. SOKiK stwierdził również, iż postanowieniami abuzywnymi nie mogą być postanowienia, które określają w sposób jednoznaczny główne świadczenia stron umowy, a za takie należało uznać klauzulę ustalającą wartość pojazdu dla celów określenia wysokości odszkodowania. Zakwestionowane postanowienie w ciągu logicznym z innymi zapisami o.w.u. było sformułowane jednoznacznie. Ponadto było zgodne z treścią art. 363 § 2 k.c. Z powyższych więc względów powództwo zasługiwało na oddalenie.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 21 maja 2008 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1526/07, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, iż uznał zakwestionowany zapis umowny za niedozwolony i zakazał jego stosowania. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie trafna była ocena SOKiK, że umowa ubezpieczenia nie jest umową wzajemną, brak jest ekwiwalentności świadczeń stron, jak również to, że kwestionowane postanowienie dotyczyło świadczenia głównego stron. Jednakże oceniana klauzula była postanowieniem niedozwolonym z uwagi na jej niejednoznaczne sformułowanie. Ubezpieczyciel wskazując sposób ustalania wysokości odszkodowania nie sprecyzował na jaki dzień była ustalana wartość pojazdu. Niewątpliwie nie był to dzień powstania szkody, był to bliżej nieokreślony dzień pomiędzy 7 dniem od otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o szkodzie, w tym bowiem terminie ubezpieczyciel zgodnie z o.w.u. zobowiązany był do wszczęcia postępowania likwidacyjnego, a dniem wypłacenia odszkodowania. Już samo użycie w postanowieniu czasownika niedokonanego sugerowało nie konkretny dzień, na który wyliczana była wartość szkody (wartość skradzionego pojazdu) a jedynie okres czasu (ustalania odszkodowania). Takie ujęcie zapisu w żaden sposób nie pozwalało na określenia tego dnia, ani sposobu w jaki można było dokonać jego określenia.

Konkretnego dnia, na który wyliczana była wartość pojazdu nie można było wyinterpretować również z innych zapisów o.w.u., w szczególności z postanowień dotyczących definicji szkody całkowitej, zasad ustalania wartości rynkowej pojazdu, czy zasad zgłoszenia szkody. Zgodnie zaś z treścią art. 385¹ k.c. niejednoznaczne postanowienia umowne należy uznać za niedozwolone, jeżeli kształtują one prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie brak wskazania konkretnego dnia, na który miała zostać wyliczona wartość pojazdu, mogło prowadzić do znacznej różnicy czasowej pomiędzy powstaniem szkody a dniem ustalenia odszkodowania, co w sposób oczywisty mogło wpłynąć na przyjętą ostatecznie wartość rynkową samochodu i wysokość odszkodowania. Bezprzedmiotowe, w kontekście treści pozwu, były rozważania Sądu I instancji dotyczące zarówno sposobu ustalenia wartości rynkowej samochodu, co do którego pozwany nie zgłaszał zastrzeżeń, jak również terminów wypłaty ustalonego odszkodowania, ponieważ zasady te wynikały wprost z przepisów prawa i też nie były kwestionowane. Jediną kwestią sporną był dzień, na który miała być wyliczona wysokość odszkodowania, a do tej kwestii Sąd I instancji w ogóle się nie odniósł. Ocenę Sądu Apelacyjnego w Warszawie utwierdziło także stanowisko samego ubezpieczyciela, który poinformował, iż przed wydaniem orzeczenia doprecyzował treść kwestionowanego zapisu o.w.u.

Klauzula nr 1529

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 2 lutego 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 45/04 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„W braku zapisu na sąd polubowny spory wynikające z umowy ubezpieczenia rozstrzyga sąd powszechny dla siedziby ubezpieczyciela”.

Postanowienie to w dniu 27 listopada 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1529.

W niniejszym postępowaniu strona powodowa zarzuciła powyżej wskazanemu postanowieniu umownemu naruszenie art. 385³ pkt 23 oraz art. 385¹ § 1 k.c., gdyż ubezpieczyciel poprzez taki zapis narzucał rozpoznanie sporu przez sąd niewłaściwy miejscowo według ustawy.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa z uwagi na zaniechanie z dniem 31 grudnia 2003 r. stosowania o.w.u., które zawierało zakwestionowaną klauzulę Dodatkowo, wprowadzenie do treści wzorca klauzuli prorogacyjnej nie było działaniem niedozwolonym.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 23 k.c.³³ W sytuacjach bowiem, w których siedziba ubezpieczonego i miejsce wykonania umowy były położone poza siedzibą okręgu sądu właściwego ze względu na siedzibę pozwanego, powyższy zapis narzucał rozpoznanie sprawy przez sąd, który wedle ustawy nie był miejscowo właściwy. Wbrew stanowisku pozwanego, nie można uznać, że do wprowadzenia takiego zapisu upoważniał art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (w okresie jej obowiązywania, tj. do dnia 1 stycznia 2004 r.). Przepis ten stanowił, że spory wynikające z umów ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe dla siedziby osoby ubezpieczonej lub uprawnionej do odszkodowania, jeżeli umowa ubezpieczenia albo ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią inaczej. Zasada swobody umów pozwala na wprowadzenie do treści wzorca umowy klauzuli prorogacyjnej. W obrocie konsumenckim zasada ta ulega jednak ograniczeniu poprzez treść art. 385¹ § 1 k.c. Możliwe zatem było zawarcie w o.w.u. klauzuli prorogacyjnej, ale tylko takiej, która nie narzucała rozpoznania spraw przed sądem, który wedle ustawy nie był miejscowo właściwy (np. sąd miejsca wykonania umowy). Odnośnie natomiast wniosku o oddalenie powództwa z uwagi na wycofanie o.w.u. z obrotu, Sąd uznał, iż twierdzenie to nie zostało w postępowaniu poparte żadnymi dowodami.

Przedmiotem postępowania w sprawie sygn. akt XVII AmC 4/04 była również kontrola abstrakcyjna postanowienia wzorca umowy o treści: „*Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte [...] przedmioty służące działalności handlowej, usługowej lub produkcyjnej*”. Strona powodowa zarzuciła temu postanowieniu, iż zawierało ono błąd logiczny, który polegał na objęciu ochroną ubezpieczeniową rzeczy wyłączonych z obrotu (*res extra commercium*), co w konsekwencji godziło w dobre obyczaje i rażąco naruszało interesy konsumentów. W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie określające główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, może być uznane za klauzulę niedozwoloną, jeżeli nie zostało sformułowane w sposób jednoznaczny. Przytoczony powyżej zapis w sposób jednoznaczny i zrozumiały określał świadczenie główne ubezpieczyciela (zakres ubezpieczenia). Nie mógł być zatem uznany za niedozwolony w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. SOKiK wskazał również, że obok rzeczy wyłączonych z obrotu istnieją rzeczy dopuszczone do obrotu, które nie służą do działalności handlowej, usługowej

lub produkcyjnej (np. służące do zaspokajania osobistych potrzeb uprawnionego). Nic też nie stoi na przeszkodzie, aby przedmiotem ubezpieczenia były rzeczy wyłączone z obrotu.

Klauzula nr 1581 i 1582

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 maja 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 83/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Compensa S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

„W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia przez którąkolwiek ze stron, składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, jeżeli w okresie ubezpieczenia nie nastąpiła wypłata odszkodowania lub Compensa nie jest zobowiązana do jego wypłaty”.

Postanowienie to w dniu 30 marca 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1581.

„W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia przez którąkolwiek ze stron, składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy jeżeli w okresie ubezpieczenia nie nastąpiła wypłata odszkodowania (świadczenia) lub Compensa nie jest zobowiązana do jego wypłaty”.

Postanowienie to w dniu 30 marca 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1582.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powyżej wskazane klauzule umowne stanowiły niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., ponieważ kształtowały prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Jednocześnie, zakwestionowane postanowienia wyczerpywały znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 13 k.c., przewidywały bowiem utratę prawa żądania zwrotu świadczenia konsumenta spełnionego wcześniej, niż świadczenie kontrahenta, gdy strony wypowiedzą, rozwiązują lub odstępują od umowy. Kwestionowane zapisy wprowadzały ogólną regułę niezwracania konsumentowi składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia przez którąkolwiek ze stron, w przypadku gdy

w okresie ubezpieczenia nastąpiła wypłata odszkodowania lub gdy ubezpieczyciel był zobowiązany do jego wypłacenia. Dotyczyły zarówno sytuacji, w której odstąpienie od umowy ubezpieczenia, bądź jej wypowiedzeniu nastąpiło po zajściu szkody całkowitej, jak i sytuacji, w której odstąpienie od umowy, bądź jej wypowiedzenie nastąpiło po zajściu szkody częściowej. Zdaniem powoda, przedmiotowe postanowienia umowne znacząco niekorzystnie kształtowały sytuację ekonomiczną konsumenta oraz prowadziły do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny.

W ocenie powoda zapisy umowne, które przewidywały zatrzymanie przez zakład ubezpieczeń składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nie znajdowały żadnego uzasadnienia, a ponadto były sprzeczne z przepisem art. 813 § 1 k.c., który ustanawiał ogólną zasadę, iż składkę ubezpieczeniową należy obliczać za czas trwania odpowiedzialności. Przepis ten nakazywał zachowanie równowagi pomiędzy świadczeniem konsumenta a świadczeniem przedsiębiorcy. Zakładowi ubezpieczeń nie należała się składka za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie była już świadczona. Z kolei konsumentowi należał się zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Nastąpiło więc zachwianie równowagi obu stron ubezpieczenia, co przesądzało o ich abuzywnym charakterze. Naruszenie interesów konsumentów było szczególnie rażące w przypadku, gdy odstąpienie od umowy ubezpieczenia, bądź jej wypowiedzenie nastąpiło po zajściu szkody częściowej i po wypłacie odszkodowania równego niewielkiemu ułamkowi sumy ubezpieczenia. W takim przypadku zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie prawo do zachowania całości uiszczonej przez konsumenta składki, przy jednoczesnym uwolnieniu się od odpowiedzialności z tytułu ochrony ubezpieczeniowej za dalszy okres trwania umowy ubezpieczenia. W takiej też sytuacji konsument musiał zawrzeć nową umowę i po raz drugi zapłacić za ten sam czas ochrony ubezpieczeniowej.

Strona pozwana wskazała, że analogiczne rozwiązanie jak w zakwestionowanych postanowieniach umownych zastosowane zostało przez ustawodawcę w przepisach art. 41 ust. 2 i 3 oraz art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK. Pozwany wskazał również, że przyjęcie argumentacji powoda doprowadziłoby do sytuacji, w której pozycja konsumenta po wypłacie pełnej sumy ubezpieczenia za szkodę wskutek zdarzenia, które nastąpiło np. w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia, byłaby nadmiernie uprzywilejowana, a po stronie zakładu ubezpieczeń doszłoby do zaburzenia równowagi pomiędzy przyjętym rachunkiem ekonomicznym (cena za ubezpieczenie) i rzeczywistym przychodem z kontraktu. Nie było również podstaw do oceny wyżej

wymienionych postanowień w świetle przepisu art. 385³ pkt 13 k.c., ponieważ przepis ten nie mógł mieć zastosowania do umowy ubezpieczenia, której naturą jest opłacenie składki przez ubezpieczającego, jako warunku rozpoczęcia „materialnego biegu ubezpieczenia”.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienia, które ustanawiały ogólną regułę niezwracania ubezpieczającemu składki za niewykorzystany okres ochrony w razie odstąpienia od umowy lub jej wypowiedzenia przez którąkolwiek ze stron w przypadku, gdy nastąpiła wypłata odszkodowania lub gdy ubezpieczyciel był zobowiązany do jego wypłacenia, nie znajdowały żadnego uzasadnienia i prowadziły do ukształtowania stosunku ubezpieczenia w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Zdaniem SOKiK, art. 805 § 1 k.c. określa główne, ekwiwalentne świadczenia stron umowy ubezpieczenia. Świadczeniem ubezpieczającego jest zapłata składki. Natomiast świadczeniem ubezpieczyciela, które odpowiada świadczeniu ubezpieczającego jest udzielanie ochrony ubezpieczeniowej, polegającej na zobowiązaniu się do wypłaty odszkodowania w razie nastąpienia określonego zdarzenia. Koniecznym elementem każdej umowy ubezpieczenia jest określenie czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej. Ochrona ta trwa przez cały okres obowiązywania umowy niezależnie od faktu, czy w tym okresie nastąpiło, czy też nie zdarzenie objęte ochroną. Świadczenie w postaci udzielania ochrony ubezpieczeniowej może zostać uznane za spełnione dopiero po upływie okresu, na który została zawarta umowa. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia mamy do czynienia z sytuacją, w której świadczenie ubezpieczającego, polegające na zapłaceniu składki, spełnione zostało w całości, natomiast świadczenie zakładu ubezpieczeń, polegające na udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej, spełnione zostało tylko w części. W takim przypadku ubezpieczyciel, który uzyskał świadczenie ubezpieczającego na mocy zakwestionowanych postanowień o.w.u. zwalniał się z obowiązku spełnienia świadczenia ekwiwalentnego, uzyskując tym samym, kosztem ubezpieczającego, niczym nieuzasadnione korzyści. Takie ukształtowanie praw i obowiązków obu stron umowy było oczywiście sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta. Zakwestionowane zapisy stanowiły zatem niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Zdaniem SOKiK klauzule te wyczerpywały wprost przesłanki typowej klauzuli abuzywnej wymienionej przez ustawodawcę w art. 385³ pkt 13 k.c. – przewidywały bowiem utratę prawa żądania zwrotu niewykorzystanej części świadczenia konsumenta spełnionego wcześniej niż świadczenie kontrahenta, gdy strony wypowiedają lub odstępują od umowy.

Klauzula nr 1583

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 maja 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 83/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Compensa S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Wysokość odszkodowania pomniejsza się o procent udzielonej zniżki za zastosowanie dodatkowych zabezpieczeń, jeżeli nie zadziałały one w momencie zajścia zdarzenia, które spowodowało szkodę”.

Postanowienie to w dniu 30 marca 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1583.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powyżej wskazany zapis umowny stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., ponieważ kształtował prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. O abuzywnym charakterze zapisu przesądzało uprawnienie ubezpieczyciela do obniżenia wysokości odszkodowania w każdym przypadku niezadziałania dodatkowych zabezpieczeń, bez względu na przyczyny ich niezadziałania, tj. zarówno w sytuacji, gdy przyczyna niezadziałania leżała po stronie konsumenta, jak również w sytuacji, gdy zabezpieczenia te nie zadziałały z powodów niezależnych od konsumenta.

Zdaniem pozwanego przyjęcie argumentacji przedstawionej przez powoda doprowadziłoby do sytuacji, w której ubezpieczający byłby wolny od jakichkolwiek obowiązków dotyczących zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia, w tym do zachowania należytej staranności. Brak aktywacji takiego urządzenia nie mógłby stanowić przesłanki umożliwiającej zmniejszenie odszkodowania. Intencją zakładu ubezpieczeń przy konstruowaniu zapisu było udzielenie zniżki ubezpieczającemu za określony poziom zabezpieczenia mienia, który zmniejszał ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Pozwany podkreślił, iż żaden zapis stosowanych o.w.u. nie stawiał dla wypłaty świadczenia warunku w postaci skutecznego działania zabezpieczeń, a dodatkowo kwestionowane postanowienie odnosiło się do głównego świadczenia stron i nie mogło być przedmiotem kontroli abstrakcyjnej.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o abuzywnym charakterze

zakwestionowanego zapisu przesądził fakt, iż zastrzeżenie zakładu ubezpieczeń o obniżeniu wysokości odszkodowania miało charakter kategoriyczny i dotyczyło każdego przypadku niezadziałania zabezpieczeń, bez względu na to, z jakich przyczyn one nie zadziałały. Zdaniem SOKiK, o ile zastrzeżenie zmniejszenia odszkodowania w przypadku, gdy urządzenia nie zadziałały z powodów zależnych od konsumenta, znajdowało swoje uzasadnienie, o tyle zmniejszenie odszkodowania w sytuacji, gdy ubezpieczający zachował maksimum należytej staranności, a urządzenia nie zadziałały z przyczyn niezależnych od niego było nieuzasadnione i nie mieściło się w granicach dobrych obyczajów. SOKiK w uzasadnieniu wyroku wyraźnie podkreślił, że decyzja o przyznaniu zniżki za zastosowanie określonych zabezpieczeń należy zawsze do ubezpieczyciela, zatem to on określa, jakie urządzenia przyczynić się mogą do zmniejszenia ryzyka wystąpienia szkody, co uzasadnia udzielenie zniżki. Wskazując konsumentowi katalog zabezpieczeń, których zastosowanie wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego, a zarazem zmniejszeniem wysokości składki, ubezpieczyciel powinien przyjąć na siebie ryzyko związane z niezadziałaniem określonego urządzenia z przyczyn technicznych, pomimo dochowania należytej staranności przez ubezpieczającego. Przerzucanie takiego ryzyka na konsumenta, który w związku zainstalowaniem urządzeń zabezpieczających poniósł określone nakłady było niedopuszczalne. Niezadziałanie urządzenia zabezpieczającego mogło być również wynikiem działania osób trzecich. W takiej sytuacji zmniejszenie odszkodowania z powodu niezadziałania dodatkowego zabezpieczenia nie znajdowało żadnego uzasadnienia. Konsument, który poniósł określone nakłady w związku z zainstalowaniem dodatkowego zabezpieczenia, a ponadto dochował maksimum należytej staranności, aby urządzenie zadziałało w odpowiednim momencie, nie może być obciążony ujemnymi skutkami przestępczego działania osób trzecich. Mając powyższe okoliczności na uwadze, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, iż kwestionowane postanowienie spełniało przesłanki klauzuli niedozwolonej w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 1652

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 4 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 48/08, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Koszt części zamiennych z uwzględnieniem procentowo ustalonego rynkowego ubytku

wartości części - nie przekraczającego procentowo ustalonego poziomu ubytku wartości rynkowej pojazdu ustalonego przez TUiR WARTA S.A. – określonego w kalkulacji naprawy”.

Postanowienie to w dniu 22 lipca 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1652.

W ocenie strony powodowej postanowienie to nie określało żadnych obiektywnych reguł, na podstawie których ubezpieczony mógł ustalić jakiej wysokości amortyzacji może się spodziewać w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Jedynym kryterium była arbitralna decyzja ubezpieczyciela. Z tych względów postanowienie to wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 4 i 9 k.c. Powód podkreślił, że co do zasady przyjmowanie amortyzacji na części w polisach AC nie jest samo przez się postanowieniem niedozwolonym, jednakże autor o.w.u. powinien wprost określić w jakim procencie amortyzacja ta będzie przyjmowana przy ustalaniu wysokości odszkodowania. Niedopuszczalna jest taka konstrukcja zapisu, w której jedynym podmiotem uprawnionym do stwierdzenia wielkości pomniejszenia odszkodowania z tego tytułu będzie zakład ubezpieczeń. Powód wskazał również, że zakwestionowany zapis pozostawał w jaskrawej sprzeczności z przepisami prawa, chociażby z art. 805 k.c. Skoro ubezpieczony – konsument opłaca składkę w określonej wysokości, to powinien móc na podstawie zawartej umowy przewidzieć jakie odszkodowanie w przypadku szkody częściowej będzie w stanie uzyskać. Gdyby konsument wiedział, iż za określoną składkę otrzyma mniejsze o 38,5% od kosztów naprawy odszkodowanie, to mógłby skorzystać z oferty konkurencji, gdzie za podobną, czy mniejszą składkę, amortyzacja określona zostałaby na poziomie 20%. W opinii powoda konstrukcja o.w.u. wprowadzała klientów pozwanego w błąd co do rzeczywistych intencji wpływających z tak określonego postanowienia a praktyką działania pozwanego zakładu ubezpieczeń. Co więcej, posługiwanie się dla wprowadzania w błąd zmodyfikowanym programem Infoexpert, bez informowania o tej okoliczności było już działaniem na tyle zaawansowanym, że nawet podmioty zajmujące się na co dzień ubezpieczeniami dały się zwieść co do zgodności ustalanego uszczerbku przez ubezpieczyciela z kryteriami obiektywnymi.

W ocenie strony pozwanej zakwestionowana klauzula nie była sprzeczna z dobrymi obyczajami i nie naruszała interesów konsumentów. Ustalenie ubytku wartości części nie było dokonywane w sposób dowolny. Na zlecenie ubezpieczyciela został opracowany program komputerowy jako narzędzie w zakresie wyceny ubytku wartości części będącego pochodną ubytku wartości rynkowej pojazdu. Opracowany program był na pewno bardziej obiektywny

niż zasady stosowane na rynku, gdyż wprowadzał zróżnicowane elementy do wyceny oraz ustalał ubytek wartości na wskazany dzień. Ubezpieczyciel nie mógł podawać konsumentom w chwili zawierania umowy informacji, w jakiej wysokości przyjmie wskaźnik amortyzacji, gdyż nie był on wartością stałą, lecz zgodnie z o.w.u. obliczany był na dzień ustalenia wysokości szkody i indywidualnie dla danego pojazdu. Jeżeli szkoda wystąpiła w pierwszym miesiącu użytkowania pojazdu to wskaźnik ten był mniejszy, niż gdyby szkoda wystąpiła w dziewiątym miesiącu jego użytkowania. Wyliczanie ubytku wartości w oparciu o specjalnie stworzone do tego narzędzie, jakim jest program komputerowy, przeczy zarzutom o dowolności i braku reguł przy ustalaniu stopnia amortyzacji. Wartość ubytku przenoszona była następnie do formularza kalkulacji naprawy pojazdu w systemie Audatex i przedstawiana klientowi jako jeden z jej elementów. Wszystkie elementy kalkulacji naprawy, a za taki był traktowany zgodnie z o.w.u. również ubytek wartości części, wyliczone były na dzień ustalania wysokości szkody, przy użyciu arkuszy kalkulacyjnych programów komputerowych (Audatex) a ich wysokość nigdy nie jest znana w momencie zawierania umowy.

Strona pozwana podniosła także, że ustalanie wysokości szkody i odszkodowania jest ustawowym obowiązkiem zakładu ubezpieczeń, który wynika z art. 3 ust. 5 pkt 2 i art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej²². Stąd też zarzut, iż ubezpieczyciel był uprawniony do dokonywania wiążącej interpretacji umowy nie znajdował uzasadnienia. Obowiązek ustalenia wysokości szkody i odszkodowania jest obowiązkiem nałożonym przez ustawodawcę, a klient ma możliwość odwołania się od ustaleń w trybie skargowym, wskazanym w o.w.u. Obowiązek ustawowy nie może być traktowany jako klauzula abuzywna, rozumiana jako uprawnienie do wiążącej interpretacji umowy. Sama treść klauzuli dotycząca technicznych zasad ustalania wysokości szkody mogła być mało zrozumiała, lecz nie oznaczało to, że posiada walor abuzywności.

W ocenie SOKiK zakwestionowana klauzula stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., albowiem spełniała przesłanki określone w art. 385³

²² Zgodnie z art. 3 ust. 5 pkt 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej czynnościami ubezpieczeniowymi, jeżeli są one wykonywane przez zakład ubezpieczeń, jest ustalanie wysokości szkód oraz rozmiaru odszkodowań oraz innych świadczeń należnych uprawnionym z umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych. Stosownie do art. 16 ust. 1 tejże ustawy po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

pkt 3 i 9 k.c.²³ Nie wskazywała żadnych reguł, na podstawie których ustalało się poziom amortyzacji. Nie zawierała żadnych obiektywnych kryteriów, na podstawie których ubezpieczający mógł ustalić w jakiej wysokości amortyzacji może się spodziewać w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Procent amortyzacji był zależny wyłącznie od jednostronnej i arbitralnie ustalonej decyzji zakładu ubezpieczeń. Ubezpieczyciel w sposób dowolny mógł ustalić procentową wartość ubytku pojazdu. Jedynym zatem podmiotem uprawnionym do interpretacji przedmiotowego zapisu był ubezpieczyciel, a konsumenci nie mieli żadnego wpływu na decyzję w tym zakresie. Zdaniem SOKiK postanowienie to było zbyt ogólne a przy tym niejednoznaczne, przez co umożliwiało zbyt dużą swobodę ubezpieczyciela przy ustaleniu wartości amortyzacji, której konsument nie mógł przewidzieć, a następnie zweryfikować jej zasadności. SOKiK w uzasadnieniu wyroku wskazał także, że postanowienie umowne, w którym przyjmuje się amortyzację na ceny części zamiennych, nie stanowi jeszcze samo w sobie niedozwolonego postanowienia umownego, ale pod warunkiem, iż sposób jej ustalania jest jasno i czytelnie wskazany we wzorcu umownym. Posługiwanie się przedmiotowym postanowieniem dawało natomiast ubezpieczycielowi możliwość dokonania wiążącej interpretacji umowy. To do ubezpieczyciela należała ostateczna ocena, jaki będzie ostateczny procent ubytku wartości części zamiennych. Skutkiem dokonywania wiążącej interpretacji przez zakład ubezpieczeń było to, iż konsument o bardzo istotnej dla siebie okoliczności, jaką jest sposób ustalania odszkodowania, dowiadywał się dopiero po zaistnieniu wypadku ubezpieczeniowego. Powyższe postanowienie umowne, w ocenie SOKiK, prowadziło więc do nierównomiernego rozłożenia praw i obowiązków stron umowy ze szkodą dla konsumenta. Stanowiło nadużycie przewagi kontraktowej ubezpieczyciela, jako profesjonalisty, względem konsumenta i przyznawało zakładowi ubezpieczeń przewagę w łączącym ich stosunku ubezpieczenia. SOKiK podkreślił również, że skoro pozwany jako profesjonalista, prowadzi działalność gospodarczą nastawioną na zysk, to ponosi również ryzyko gospodarcze z tą działalnością związane. Trudno zatem zaakceptować przenoszenie tego ryzyka gospodarczego na konsumenta, gdyż jest to sprzeczne z dobrymi obyczajami. Przedmiotowa klauzula godziła więc w równowagę kontraktową i prowadziła do nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta. W ocenie SOKiK, takie ukształtowanie stosunku prawnego we wzorcu umownym nie znajdowało żadnego uzasadnienia i w sposób rażący naruszało interesy

²³ Art. 385³ pkt 4 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które przewidują postanowienia, z którymi konsument nie miał możliwości zapoznać się przed zawarciem umowy.

ekonomiczne konsumentów, jak również kształtowało ich prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami.

Klauzula nr 1654

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 lutego 2009 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 252/08 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Interrisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w okolicznościach innych, niż podano w zgłoszeniu szkody”.

Postanowienie to w dniu 25 lipca 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1654.

W opinii powoda postanowienie to kształtowało prawa ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumenta. Mogło prowadzić do sytuacji, w której ubezpieczyciel dowolnie wykonywał swoje obowiązki umowne, bez względu na faktyczny związek pomiędzy zaistniałą szkodą, a niedopełnieniem tego obowiązku. Do zwolnienia się z odpowiedzialności wystarczyło jedynie to, że ubezpieczony podał inne okoliczności wypadku, niż faktyczny przebieg zdarzenia, bez względu na przyczynę zaistniałych rozbieżności.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa z uwagi na wycofanie z dniem 1 grudnia 2008 r. z obrotu konsumenckiego o.w.u., które zawierały zakwestionowane postanowienie.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis ten stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Nie jest dobrym obyczajem kupieckim w umowach ubezpieczenia autocasco, tj. postępowaniem rzetelnym i uwzględniającym tylko interesy kontrahenta, uzależnianie odpowiedzialności kontraktowej pozwanego od prawidłowego wypełnienia dokumentu zgłoszenia szkody. Czynność ta jest tylko jednym z dokumentów, na podstawie którego powinna być oceniana zasadność oraz zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Błędne jego wypełnienie nie może wprost prowadzić do wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Samo podanie innych okoliczności nie może stanowić automatycznej podstawy do odmowy uznania roszczenia,

jeśli nie towarzyszą temu okoliczności skutkujące brakiem ochrony ubezpieczeniowej. Gdyby ubezpieczyciel wykazał, że w ustalonych przez niego okolicznościach wypadku w istocie ochrona ubezpieczeniowa nie powinna przysługiwać ubezpieczonemu, to wtedy takie wyłączenie odpowiedzialności byłoby uzasadnione. Przyjęte i stosowane do dnia 1 grudnia 2008 r. rozwiązanie przyznawało ubezpieczycielowi prawo do odmowy udzielania ochrony ubezpieczeniowej w sytuacji, gdy obiektywnie rzecz biorąc przysługiwała ona kontrahentowi. Umowa autocasco z takim postanowieniem prowadziła do sytuacji, w której ubezpieczyciel nie ponosiłby odpowiedzialności kontraktowej mimo istnienia jej obiektywnych przesłanek. Tym samym został naruszony interes majątkowy konsumenta.

Klauzula nr 1682

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 sierpnia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 90/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „Cardif Polska” S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Wypłata świadczenia z tytułu niniejszej opcji dodatkowej powoduje zakończenie Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej”.

Postanowienie to w dniu 28 września 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1682.

W ocenie powoda klauzula ta stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Przedmiotem umowy ubezpieczenia było życie i zdrowie ubezpieczonego, natomiast zakres ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego w trakcie trwania umowy. Zakres ubezpieczenia mógł objąć dodatkowe ryzyko w postaci poważnego zachorowania. W przypadku objęcia umową tego ryzyka i zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczyciel zobowiązywał się do wypłaty świadczenia w wysokości połowy sumy ubezpieczenia. Przedmiotowe postanowienie umowne pozwalało ubezpieczycielowi na uznanie, że spełnienie świadczenia z tytułu opcji dodatkowej (poważnego zachorowania) było tożsame ze spełnieniem świadczenia głównego w razie śmierci ubezpieczonego i uprawniało do zakończenia umowy ubezpieczenia. W opinii powoda, zaistnienie w trakcie realizacji umowy poszczególnych zdarzeń, objętych ubezpieczeniem dodatkowym, wywołuje obowiązek spełnienia świadczeń tylko z tytułu tych zakresów ubezpieczenia, i które nie mogą być traktowane na równi z zrealizowaniem

głównego przedmiotu umowy w całości. Zdarzenia te nie powinny także wywoływać skutku w postaci wygaśnięcia umowy, przynajmniej do momentu wypłaty na rzecz ubezpieczonego sumy ubezpieczenia w wysokości 100% jej wartości.

Strona pozwana nie zgodziła się ze stanowiskiem, iż w każdym przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na życie niedopuszczalne było takie ukształtowanie stosunku ubezpieczenia, w którym jego zakończenie nastąpiłoby w rezultacie realizacji innego świadczenia, niż świadczenie zastrzeżone na wypadek śmierci. *Essentialia negotii* umowy ubezpieczenia określone zostały w art. 805 k.c. W przypadku ubezpieczenia osobowego świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Kwestia określenia wypadku ubezpieczeniowego w poszczególnych stosunkach ubezpieczenia pozostawiona jest umowie oraz o.w.u, natomiast art. 829 k.c. nie wyklucza możliwości powoływania kolejnych rodzajów ubezpieczeń osobowych. Taką właśnie konstrukcję przyjęto w przedmiotowych warunkach ubezpieczenia i która jest w pełni dopuszczalna. Zapis umowny przewidujący, że wypłata świadczenia z tytułu opcji dodatkowej (tj. poważnego zachorowania) powodowała zakończenie umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej, mieścił się w zakresie swobody kształtowania stosunku ubezpieczeniowego, przy uwzględnieniu wszystkich ograniczeń wynikających z kodeksu cywilnego. Ponadto jedną z podstawowych zasad w teorii prawa gospodarczego jest to, że umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu po zajściu wypadku w niej określonego. W opinii pozwanego, oferuje on świadczenie z tytułu opcji dodatkowej, tj. poważnego zachorowania, wyłącznie jako świadczenie pozwalające na przyspieszenie wypłaty świadczenia z tytułu polisy na życie. Zakład ubezpieczeń oferując takie rozwiązanie godzi się za zapłatą dodatkowej składki na wypłatę świadczenia wcześniej niż po śmierci ubezpieczonego. Ubezpieczony uzyskuje zaś uprawnienie do wypłaty środków finansowych, które mogą mu pozwolić na podjęcie leczenia, a w wielu wypadkach na uratowanie życia. Cena tak rozumianego ubezpieczenia (poważnego zachorowania) jest odpowiednio niższa niż cena ubezpieczenia, w którym świadczenie z tytułu poważnego zachorowania jest wypłacane dodatkowo i obok świadczenia należnego na wypadek śmierci. Istotną przesłanką dla oceny tej klauzuli było również to, iż ubezpieczeni w sposób świadomy i nieograniczony decydują o rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia, a ubezpieczyciel godzi się na objęcie ubezpieczeniem na warunkach, które są dla niego akceptowalne z punktu widzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Należało zatem uznać, iż warunki handlowe oferowanego produktu

ubezpieczeniowego w pełni uwzględniały interes konsumenta. Analiza zapisu prowadziła też do wniosku, iż równowaga kontraktowa stron nie została naruszona, a zatem stanowisko, iż postanowienie to rażąco naruszało interesy konsumenta i było sprzeczne dobrymi obyczajami nie znajdowało żadnego uzasadnienia.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów konsument decydując się na objęcie ubezpieczeniem ryzyka dodatkowego zawierał *de facto* osobną umowę ubezpieczenia, za co płacił wyższą składkę. Zaistnienie w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zdarzenia w postaci poważnego zachorowania ubezpieczonego rodziło po stronie ubezpieczyciela obowiązek spełnienia świadczenia tylko w tym zakresie. Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania powinna powodować wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej tylko w zakresie tej opcji dodatkowej. Tymczasem zakwestionowane postanowienie umożliwiało zakładowi ubezpieczeń na uznanie, że spełnienie przez niego świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, a więc wypłata odszkodowania w kwocie odpowiadającej połowie sumy ubezpieczenia było tożsame ze spełnieniem świadczenia należnego w sytuacji śmierci ubezpieczonego i skutkowało wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej. Zdaniem SOKiK słusznie wskazał powód, że spełnienie przez pozwanego świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzeń objętych ubezpieczeniem dodatkowym nie może być traktowane na równi ze zrealizowaniem głównego przedmiotu umowy w całości. Nie powinno także wywoływać skutku w postaci wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, przynajmniej do momentu wypłaty na rzecz konsumenta sumy ubezpieczenia w pełnej wysokości. Takie ukształtowanie stosunku prawnego we wzorcu umownym nie znajdowało żadnego uzasadnienia i w sposób rażąco naruszało interesy ekonomiczne konsumentów, jak również kształtowało ich prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Z tych względów zakwestionowane postanowienie stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 1711

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 2 grudnia 2005 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 600/05, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 22 lutego 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 117/03, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umownego o następującej treści:

„Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z umową winny być doręczone na piśmie za potwierdzeniem odbioru w Biurze Głównym Towarzystwa lub listem poleconym na jego adres. Pismo Towarzystwa dostarczone pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego uznaje się za prawidłowo doręczone”.

Postanowienie to w dniu 30 października 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1711.

Zdaniem powoda powyżej wskazany zapis o.w.u. stanowił niedozwolone postanowienie w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Skutkowało niedoinformowaniem konsumenta i wywoływało błędne przekonanie o trwałości umowy. Postanowienie to było niezgodne z zasadą równorzędności stron, ponieważ z jednej strony wprowadzało domniemanie dostarczenia pism ubezpieczyciela, z drugiej zaś tylko konsument zobowiązany był do doręczania pism związanych z umową za potwierdzeniem odbioru w Biurze Głównym Towarzystwa lub listem poleconym na jego adres. Rażąco naruszenie interesów konsumenta polegało na ponoszeniu dodatkowych kosztów i niepewności co do stałości treści umowy, zgody na dokonanie cesji umowy, zmiany na umowę bezskładkową, gdyż konsument mógł nie otrzymać korespondencji od zakładu ubezpieczeń z przyczyn niezależnych od niego.

Pozwany podniósł, iż zakwestionowane postanowienie reguluje kwestię techniczną jaką jest oznaczenie adresu korespondencji, a zakład ubezpieczeń nie może zwolnić się z obowiązku wykazania, iż jego oświadczenie woli doszło do konsumenta w taki sposób, by mógł się on zapoznać z jego treścią oraz nie wprowadzało szczególnych udogodnień dla zakładu ubezpieczeń kosztem konsumenta.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było jednoznaczne, nie wprowadzało w błąd konsumenta co do treści w nim zawartych. Konsument otrzymywał pełną i wyczerpującą informację o sposobie przesyłania pism zarówno kierowanych do ubezpieczyciela, jak i kierowanych bezpośrednio do konsumenta. Ubezpieczyciel wskazując, iż korespondencję do ubezpieczyciela należało kierować w określony sposób i za potwierdzeniem odbioru lub listem poleconym, zabezpieczał interesy konsumenta, który miał pewność, że dana korespondencja do ubezpieczyciela dotrze (a w razie jej zaginięcia będzie miał dowód, że określone pismo skutecznie przesłał) wywołując skutki i reakcję zakładu ubezpieczeń, zgodnie z jego treścią. Trudno również było przyjąć, żeby konsument ponosił przy tym nadmiernie wygórowane koszty związane np. z nadaniem przesyłki na pocztę. Zapis ustanawiający domniemanie prawidłowego doręczenia nie mógł

budzić żadnych wątpliwości u przeciętnego konsumenta z następujących względów. Po pierwsze, stwarzał wskazówkę dla konsumenta, że należy zawiadamiać ubezpieczyciela o każdej zmianie adresu, co pozwalało na otrzymywanie korespondencji na adres, pod którym można było ją odebrać. Po drugie, zakład ubezpieczeń znając aktualny adres konsumenta mógł skierować do niego korespondencję bez zbędnej zwłoki związanej z ustaleniem prawidłowego adresu i ponownym wysłaniem korespondencji. Postanowienie to nie stanowiło więc niedozwolonego postanowienia wzorca umowy w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, że uznał przedmiotowe postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie postanowienie to naruszało zasadę równorzędności stron umowy, gdyż określało sposób doręczenia korespondencji tylko przez konsumenta, pozostawiając ubezpieczycielowi całkowitą swobodę w wyborze sposobu przesyłania pism do konsumenta i nie stwarzało żadnej gwarancji, że zakład ubezpieczeń będzie doręczać konsumentowi korespondencję w taki sam sposób, jaki był od niego wymagany. Regulacja taka zabezpieczała jedynie interesy ubezpieczyciela, ponieważ w przypadku jakichkolwiek problemów związanych z doręczeniem korespondencji ich skutki dotyczyły przede wszystkim konsumenta. Postanowienie to mogło powodować niepewność po stronie konsumenta co do stałości treści umowy, gdyż od skutecznego doręczenia stosownego pisma były uzależnione takie zmiany, jak: wznowienie umowy, zgoda na dokonanie cesji umowy, zmiana umowy na bezskładkową, zmiana warunków ochrony ubezpieczeniowej, wysokość składki po indeksacji, itp. Brak spodziewanej korespondencji mógł powodować niepewność, czy jest to wynikiem jej nedoręczenia, czy też niewysłania jej przez ubezpieczyciela. Przeciętny konsument nie musi znać przepisów kodeksu cywilnego, w szczególności art. 61 k.c. i nie wiedzieć, czy ubezpieczyciel przy doręczeniu korespondencji stosuje te same zasady, których wymaga od konsumenta. Z tych względów za słuszny należało uznać zarzut apelacji, iż wskazane postanowienie kształtowało prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumentów.

Klauzula nr 1712

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 2 grudnia 2005 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 600/05, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 22 lutego 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 117/03, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umownego o następującej treści:

„Wypłata nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne powstały bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo: [...] b) w wyniku podróży łodzią podwodną, lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych odbywanego na ustalonej trasie i według zaplanowanego rozkładu”.

Postanowienie to w dniu 30 października 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1712.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis ten mieścił się w granicach określonej przez ubezpieczycieli oceny ryzyka i związanej z tym ochrony na wypadek wystąpienia skutków zdarzeń losowych objętych ubezpieczeniem. Postanowienie to było sformułowane w sposób jednoznaczny, określało zakres ubezpieczenia w sposób nie budzący żadnych wątpliwości. Kwestionowane sformułowanie „lot w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych odbywany na ustalonej trasie i według zaplanowanego rozkładu” oznaczało objęcie ubezpieczeniem podróży lotniczych zgodnie z wymaganiami pasażerskiego ruchu lotniczego. Jakikolwiek zmiany w tak odbywanej podróży, niezawinione przez pasażera, nie zwalniały ubezpieczyciela od realizacji umowy ubezpieczenia. Wszelkie zmiany trasy czy rozkładu lotu, niezawinione przez pasażera, nadal odbywały się na ustalonej przez niego trasie (podróż z punktu A do punktu B) i według zaplanowanego rozkładu (dotarcie na miejsce przeznaczenia zgodnie z planem podróży). W świetle powyższego nie można było również przyjąć, iż zakwestionowane postanowienie naruszało przepisy art. 385³ pkt 9 i 11 k.c. poprzez przyznanie ubezpieczycielowi uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy i do stwierdzania zgodności świadczenia z umową.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, że uznał przedmiotowe postanowienie za niedozwolone i zakazał jego

stosowania w obrocie z konsumentami. W opinii Sądu Apelacyjnego w Warszawie sformułowanie „z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych odbywanego na ustalonej trasie i według zaplanowanego rozkładu” oznaczało, że jakakolwiek zmiana trasy, czy godziny odlotu lub przylotu powodowała, że pasażer nie był już objęty ochroną ubezpieczeniową. Pozwany w odpowiedzi na pozew przyznał, że sformułowanie to było niefortunne, następnie zaś twierdził, że treść tego zapisu oznaczała właściwie zupełnie co innego, niż to co wynikało wprost z jego brzmienia, aby ostatecznie dowodzić, że postanowienie to dotyczyło tych klientów, którzy nigdy nie podróżują samolotami. Sąd I instancji podzielił w części argumentację pozwanego twierdząc, że zmiana trasy lub godziny wylotu wcale nie oznaczała zmiany trasy i lot nadal odbywał się według ustalonego rozkładu, co dla Sądu Apelacyjnego w Warszawie było zupełnie niezrozumiałe. Kwestionowane postanowienie nie tylko było „niefortunne”, ale oczywiście nieprawidłowe i powinno być zmienione. Nieporozumieniem było powoływanie się przez pozwanego na treść art. 385 § 2 k.c., gdyż przepis ten dotyczy sytuacji, gdy konkretne postanowienie nie zostało zakwestionowane jako abuzywne, a jedynie budziło wątpliwości interpretacyjne. Natomiast w niniejszym przypadku kwestionowane postanowienie było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta. Niedopuszczalne było wyłączenie ochrony ubezpieczeniowej w wypadkach, na które konsument nie ma żadnego wpływu, a tak było w sytuacjach, gdy zła pogoda lub względy bezpieczeństwa spowodowały, że przewoźnik lotniczy zmienił godzinę odlotu lub trasę lotu. Przyjmując za prawdziwe twierdzenia pozwanego, iż nie miał zamiaru odmawiać ochrony ubezpieczeniowej w przypadkach niezależnych od konsumenta zmian trasy i rozkładu lotu, uznać należało, że cytowane sformułowanie uprawniało ubezpieczyciela do dokonywania wiążącej interpretacji umowy, co stanowiło klauzulę abuzywną wymienioną w art. 385³ pkt 9 k.c. Zakładając natomiast, że postanowienie to wprowadzono pod kątem potrzeb klientów, którzy nie podróżują samolotami, to zauważyć trzeba było, że pozwany nie wykazał, aby składka w takim przypadku była niższa, a przede wszystkim brak było prawidłowego postanowienia dotyczącego osób podróżujących samolotami i narażonych na nieprzewidziane, a wprowadzane przez przewoźnika zmiany lotów. Zarzuty wobec omawianego zapisu nie miały nic wspólnego z przysługującym pozwanemu uprawnieniem do ograniczenia zakresu ubezpieczenia. Ograniczenia takie muszą być jednak jasne i precyzyjne oraz nie mogą wyłączać ochrony ubezpieczeniowej w sytuacjach niezależnych od woli konsumenta. Postanowienia umowne nie spełniające tych warunków muszą być uznane za niedozwolone.

Klauzula nr 1713, 1714, 1715 i 1716

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 2 grudnia 2005 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 600/05, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 22 lutego 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 117/03, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umownego o następującej treści:

- *„Jeżeli niniejsza umowa dodatkowa wygaśnie lub zostanie rozwiązana w inny sposób, obowiązek opłacania składek ustaje i Towarzystwo nie ponosi z jej tytułu żadnej odpowiedzialności z wyjątkiem ewentualnego zwrotu części ostatniej składki na żądanie Ubezpieczającego za okres nie objęty ochroną ubezpieczeniową oraz dodatkowych składek wpłaconych po rozwiązaniu umowy”.*
- *„Bez względu na postanowienia umowy ubezpieczenia dotyczące wieku Ubezpieczonego, zawarcie niniejszej umowy dodatkowej po dniu sześćdziesiątych pierwszych (61) urodzin Ubezpieczonego lub objętego niniejszą umową dodatkową jego współmałżonka jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych składek na żądanie Ubezpieczającego”.*
- *„Bez względu na postanowienia umowy ubezpieczenia dotyczące wieku ubezpieczonego, zawarcie niniejszej umowy dodatkowej po dniu 60-tych urodzin Ubezpieczonego jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych składek na żądanie Ubezpieczającego”.*
- *„W przypadku opisanym w pkt e) Towarzystwo na życzenie Ubezpieczonego zwróci składkę w wysokości proporcjonalnej do okresu odbywania przezeń służby wojskowej”.*

Postanowienia te w dniu 30 października 2009 r. zostały wpisane do rejestru klauzul abuzywnych odpowiednio pod nr 1713, 1714, 1715 i 1716.

Zdaniem powoda postanowienia te uzależniały zwrot składki od zgłoszenia przez ubezpieczającego odrębnego żądania, natomiast zwrot składki za okres nie objęty ubezpieczeniem był obowiązkiem zakładu ubezpieczeń i nastąpić powinien niezależnie od żądania ubezpieczającego.

W opinii strony pozwanej zakwestionowane postanowienia nie ograniczały obowiązku

zwrotu składki za niewykorzystaną ochronę ubezpieczeniową, określały jedynie moment, od którego roszczenie to stawało się wymagalne.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie podzielił zdania powoda, że postanowienia te z uwagi na użyte w nich sformułowania „ewentualny zwrot”, „na żądanie”, „na życzenie” były sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszały interesy konsumenta z powodu nadmiernych, nieuzasadnionych i uciążliwych formalności dla konsumenta. Zdaniem SOKiK przeciętny konsument jest w posiadaniu wiedzy, że należy mu się zwrot składki za niewykorzystaną ochronę ubezpieczeniową, czy nienależnie zapłaconych lub pobranych. Nie można było przyjąć, aby „żądanie”, czy „życzenie” ich zwrotu narażało konsumenta na nadmierną niewygodę, stratę czasu, czy wręcz wprowadzało go w błąd co do obowiązku zwrotu przez zakład ubezpieczeń kwot z tytułu nienależnych mu składek. Pomijając wywody co do wykładni przepisów kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej, których to przepisów przeciętny konsument nie zna, to nie sposób przyjąć, aby miał on jakiegokolwiek wątpliwości co do obowiązku zwrotu należnych konsumentowi składek i brak „zgłoszenia żądania” traktował jako brak zobowiązania ubezpieczyciela w tym zakresie. Poza tym sformułowanie „na żądanie” nie wyłączało zobowiązania zakładu ubezpieczeń do zwrotu nienależnie pobranych składek.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, że uznał przedmiotowe postanowienia za niedozwolone i zakazał ich stosowania w obrocie z konsumentami. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie z treści tych postanowień wynikało, że zwrot nienależnie pobranych składek nastąpi dopiero po zgłoszeniu takiego żądania przez konsumenta. Nie można było zgodzić się z twierdzeniem, iż przeciętny konsument wie, że należy mu się zwrot nienależnie pobranych składek. Nie jest to rzecz oczywista w sytuacji ogólnej, niskiej świadomości prawnej społeczeństwa. W szczególności, wątpliwości mogą dotyczyć sytuacji, w której wysokość składki za dany okres trudno wyliczyć samodzielnie i ostatecznie określają dopiero ubezpieczyciel. Wymóg zgłoszenia takiego żądania był formalnością nadmierną i nieuzasadnioną, zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę obowiązki nałożone na konsumenta co do sposobu doręczania ubezpieczycielowi korespondencji (klauzulą nr 1711), zaś sformułowanie „ewentualny” zwrot rzeczywiście sugerowało, jakoby zwrot był uzależniony od jeszcze innych nieznanich warunków. Zwrot nienależnie pobranych składek jest oczywistym obowiązkiem ubezpieczyciela. Powinien nastąpić niezależnie od inicjatywy ze strony klienta i w związku z tym zbędne jest umieszczanie w treści zapisów umownych sformułowań w rodzaju „na

życzenie Ubezpieczającego”, czy też „na żądanie Ubezpieczającego”. Skoro zakład ubezpieczeń nie kwestionuje istnienia po jego stronie obowiązku zwrotu nadpłaconych składek, to powinien tak sformułować zapisy o.w.u., aby nie budziły żadnych wątpliwości w tym zakresie. Nie do przyjęcia była interpretacja przedstawiona przez ubezpieczyciela, iż wezwanie ze strony konsumenta do zwrotu nienależnie pobranych składek wyznacza datę wymagalności tego świadczenia. Pozwany całkowicie błędnie powoływał się na przepis art. 455 k.c., gdyż przepis ten wskazuje na obowiązek spełnienia świadczenia niezwłocznie po wezwaniu ze strony wierzyciela tylko wtedy, gdy termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania. W niniejszym przypadku zobowiązanie do zwrotu składki powstaje z chwilą wygaśnięcia lub niedojścia do skutku umowy ubezpieczenia. Odmierna interpretacja prowadziłaby do wniosku, że konsumentowi nie należy się zwrot składki, jeśli nie zażądałby jej wypłaty w stosowanym czasie – w takich wypadkach dochodziłoby do niesłusznego wzbogacenia się pozwanego kosztem klienta. Powyższe przyczyny spowodowały, iż Sąd Apelacyjny w pełni podzielił zarzuty apelacji co do abuzywności kwestionowanych postanowień.

Klauzula nr 1719

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 3 sierpnia 2009 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 249/08 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez AVIVA Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Nie odpowiadamy również za szkody, jeżeli doszło do niej w innych okolicznościach niż podano przy jej zgłoszeniu”.

Postanowienie to w dniu 30 października 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1719.

W ocenie powoda postanowienie to kształtowało prawa ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Zostało skonstruowane w taki sposób, że brak było możliwości jednoznacznego zinterpretowania okoliczności wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela. Przyznawało ubezpieczycielowi całkowitą dowolność przy wykonywaniu swego obowiązku umownego, bez względu na faktyczny związek między zaistniałą szkodą a niedopełnieniem tego obowiązku. Do zwolnienia się z odpowiedzialności przez ubezpieczyciela wystarczyło jedynie podanie innych okoliczności

wypadku, niż faktyczny przebieg zdarzenia i bez względu na przyczynę zaistniałych rozbieżności. Zdaniem powoda samo tylko podanie innych okoliczności nie mogło stanowić automatycznej podstawy do odmowy uznania roszczenia, jeżeli nie towarzyszyły temu inne okoliczności, które skutkowały brakiem ochrony ubezpieczeniowej. Gdyby ubezpieczyciel wykazał, iż w ustalonych przez niego okolicznościach faktycznych do wypadku rzeczywiście nie doszło to ochrona nie powinna być świadczona i taka odmowa miałaby swoje uzasadnienie. W przeciwnym wypadku istniało zbyt szerokie pole interpretacji, co było wykluczone w świetle obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w świetle art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

Zdaniem strony pozwanej warunki regulujące umowę ubezpieczenia nie zawierały w swojej treści niedozwolonych postanowień umownych, nie kształtowały praw ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i nie naruszały interesów konsumentów. Zostały one opracowane w maksymalnie przyjazny sposób dla konsumenta, spotkały się one z bardzo dobrym przyjęciem zarówno przez konsumentów, jak i rynek ubezpieczeń oraz stworzyły nową, lepszą jakość produktu oferowanego konsumentom. Pozwany podniósł także, że nie można zgodzić się z twierdzeniem, iż w oparciu o to postanowienie ubezpieczyciel mógł postępować w sposób dowolny. Nieprawdziwe było twierdzenie, że do zwolnienia się z odpowiedzialności wystarczyło jedynie podanie przez ubezpieczającego innych okoliczności wypadku niż faktyczny przebieg zdarzenia i bez względu na przyczynę zaistniałych rozbieżności. Brak stosownej wiedzy po stronie konsumenta lub niepełna wiedza o zdarzeniu nie stanowiły podstawy do odmowy wypłaty odszkodowania. Pozwany wskazał, że zgłaszanie szkód z tzw. „ustawek” jest częstą praktyką klientów zakładów ubezpieczeń. Ubezpieczyciele muszą w taki sposób formułować o.w.u., ażeby przy pełnym poszanowaniu praw konsumenta, mieć możliwość niewypłacenia odszkodowania klientom nierzetelnym. Kwestionowana klauzula nie działała automatycznie, a jej zapisy służyły jedynie ograniczeniu nieuczciwych praktyk.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwestionowana klauzula już na etapie samego zgłoszenia szkody nakładała na ubezpieczającego zbyt daleko idący obowiązek przedstawienia okoliczności zdarzenia, które miały odpowiadać faktycznemu jego przebiegowi. Uchybienie temu obowiązkowi skutkowało wyłączeniem odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ubezpieczający był zatem zobowiązany do przedstawienia rzeczywistego przebiegu zdarzenia mimo, że – również z przyczyn przez niego niezawinionych i niezależnych - mógł nie mieć o nim pełnej wiedzy. Przykładowo, ubezpieczający mógł być

przekonany, że zdarzenie miało miejsce w określonych okolicznościach i działając w dobrej wierze taką wersję zdarzenia przedstawił, a następnie w związku z przeprowadzonym postępowaniem likwidacyjnym zostało ustalone, że wypadek miał jednak inny przebieg. Zaistnienie niezgodności między tą relacją ubezpieczającego a faktycznym przebiegiem zdarzenia pociągało za sobą wyłączenie odpowiedzialności. Kwestionowana klauzula mogła zatem znaleźć zastosowanie nie tylko w przypadku, gdy ubezpieczający, próbując dokonać wyłudzenia odszkodowania, świadomie wprowadzał ubezpieczyciela w błąd, lecz również wtedy, gdy ubezpieczony z przyczyn od siebie niezawinionych minął się z prawdą w zgłoszeniu szkody. W opinii SOKiK kwestionowana klauzula kształtowała prawa i obowiązki ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, ponieważ nakładała na konsumenta obowiązek przedstawienia, już na etapie zgłoszenia szkody, okoliczności, które powinny odpowiadać faktycznemu jego przebiegowi mimo, że ów konsument z przyczyn przez siebie niezawinionych mógł nie dysponować stosowną wiedzą. Jednocześnie, klauzula ta nie określała o jakie okoliczności chodziło. Ubezpieczyciel miał zatem podstawę do zwolnienia się z odpowiedzialności w związku z dostrzeżonymi rozbieżnościami pomiędzy zgłoszeniem a dokonanymi później ustaleniami mimo, że rozbieżności te były niewielkie albo dotyczyły okoliczności drugorzędnych z punktu widzenia ustalenia przebiegu zdarzenia. Powyższe dodatkowo potwierdzało, że kwestionowana klauzula kształtowała prawa ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Rażąco naruszenie interesu konsumenta polegało na pozbawieniu ubezpieczonego prawa do odszkodowania tylko z tej przyczyny, że zaistniała niezgodność między jego relacją a faktycznym przebiegiem zdarzenia. W ocenie SOKiK nie jest dobrym obyczajem kupieckim w umowach ubezpieczenia autocasco, a także postępowaniem rzetelnym uzależnianie odpowiedzialności kontraktowej od prawidłowego wypełnienia dokumentu zgłoszenia szkody. Zgłoszenie szkody jest tylko jednym z dokumentów, na podstawie którego powinna być oceniana zasadność zgłoszonego roszczenia oraz zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Błędne jego wypełnienie nie może wprost prowadzić do wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Samo podanie innych niż w zgłoszeniu, okoliczności szkody nie może stanowić automatycznej podstawy do odmowy uznania roszczenia, jeżeli nie towarzyszą temu okoliczności skutkujące brakiem ochrony ubezpieczeniowej. Gdyby ubezpieczyciel wykazał, że w ustalonych przez niego okolicznościach faktycznych ochrona ubezpieczeniowa nie powinna przysługiwać ubezpieczającemu, to wtedy takie wyłączenie odpowiedzialności byłoby w pełni uzasadnione. Zawarcie w o.w.u. tak skonstruowanego zapisu w sposób rażąco naruszało interesy konsumentów. Umowa autocasco z takim postanowieniem prowadziła do

sytuacji, w której ubezpieczyciel nie ponosiłby odpowiedzialności kontraktowej mimo istnienia jej obiektywnych przesłanek. Tym samym naruszony byłby interes majątkowy powoda. W ocenie SOKiK zakład ubezpieczeń ma prawo do określenia katalogu obowiązków, których musi przestrzegać podmiot podlegający ochronie ubezpieczeniowej, 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 przyczynowego pomiędzy niedopełnieniem obowiązku a zaistnieniem szkody. Kwestionowane postanowienie takiego zastrzeżenia nie zawierało, pozwalało więc pozwanemu na odmowę wypłaty odszkodowania w każdym przypadku stwierdzenia, że szkoda powstała w okolicznościach innych niż podane w zgłoszeniu szkody – a więc również w przypadkach, w których niedopełnienie obowiązku w żaden sposób nie przyczyniło się do powstania szkody. Zakwestionowane postanowienie w ogóle nie uwzględniało przyczyn zaistnienia rozbieżności pomiędzy opisem zdarzenia przedstawionym przez ubezpieczającego a ujawnionym w okresie późniejszym rzeczywistym stanem faktycznym. W konsekwencji, stosując zakwestionowane postanowienie, pozwany zastrzegł sobie możliwość wyłączenia odpowiedzialności odszkodowawczej również w przypadku, gdy podając okoliczności zdarzenia odmienne od rzeczywistych ubezpieczający dochował wszelkich aktów należytej staranności oraz dobrej wiary. Ponadto wzorzec umowny nie wskazywał, kto i w jakim trybie ustalać miał rzeczywisty stan faktyczny i weryfikować prawdziwość okoliczności podanych przez ubezpieczającego w zgłoszeniu szkody. Jeżeli ustaleń tych dokonywać miał sam pozwany, to jego ustalenia zawsze mogły mieć charakter arbitralny i swobodny, co w oczywisty sposób wyczerpywało przesłanki klauzuli abuzywnej określonej w art. 385³ pkt 9 k.c. Z powyższych więc względów, SOKiK uznał, że zakwestionowane postanowienie o.w.u. stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 1749

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1365/008, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 16 czerwca 2008 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 111/07, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ING Nationale-Nederlanden Polska S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Wartość wykupu jest to procent rezerwy matematycznej przypadającej na daną umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, zgodnie z poniższą tabelą:

- Liczba pełnych latpolisowych, za które opłacono wszystkie składki całkowite;*
- Wartość wykupu jako procent rezerwy matematycznej przypadającej na daną umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej:*
 - a) 2 lata – 80% wartości wykupu;*
 - b) 3 lata – 85% wartości wykupu,*
 - c) 4 lata – 90% wartości wykupu.*

Wysokość wartości wykupu oblicza się według stanu rezerwy matematycznej przypadającej na umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, na wcześniejszy z dni (dalej: dzień wartości wykupu):

- a) dzień następujący po ostatnim dniu opłaconego okresu, tj. termin płatności składki całkowitej najdawniej wymagalnej albo*
- b) dzień rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej.*

Wartość wykupu, obliczona zgodnie z postanowieniami ust. 1 i 2, jest pomniejszana o sumę zaległych składek całkowitych lub powiększana o część opłaconej składki całkowitej należnej za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

Gdy składka za umowę główną została opłacona jednorazowo, Ubezpieczający nabywa prawo do wypłaty wartości wykupu dnia następnego, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności. Wartość wykupu stanowi wtedy 95% rezerwy matematycznej z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, przypadającej na daną umowę główną w dniu rozwiązania umowy głównej.

Jeżeli dzień wartości wykupu przypada po przekształceniu umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, to wartość wykupu stanowi 95% rezerwy matematycznej z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej”.

Postanowienie to w dniu 18 listopada 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1749.

Powód zakwestionował powyżej wskazane postanowienie umowne w zakresie, w jakim ustalana była wartość wykupu przy użyciu zwrotu „rezerwa matematyczna”. W opinii powoda postanowienie to było sprzeczne z szeregiem powszechnie obowiązujących przepisów prawa, naruszało interesy konsumenta, dlatego też należało je uznać za niedozwolone. Treść tego postanowienia umownego była niejednoznaczna a wręcz myląca.

Określając wartość wykupu posługiwało się niezrozumiałym zwrotem „rezerwa matematyczna”, który nie był objaśniony w żadnym miejscu w o.w.u. Pozwalało więc ubezpieczycielowi na dowolne i nieweryfikowalne określenie kwoty należnej ubezpieczonemu, natomiast konsument rozwiązując umowę ubezpieczenia, skazany był wyłącznie na wyliczenie ubezpieczyciela, opierające się w istocie na nieznanym ubezpieczonemu i nieokreślonych w umowie czynnikach. W ocenie powoda, ubezpieczyciel wykorzystując niejednoznaczność użytych w przepisie zwrotów kształtował stosunek prawny ubezpieczenia nie na podstawie umowy i obowiązującego prawa, a jedynie w myśl własnego interesu ekonomicznego. Zdaniem powoda, zasady języka matematyki ubezpieczeniowej wspierały w ten sposób obowiązujące prawo i o.w.u., a konsument nie był w stanie choćby w przybliżeniu określić wysokość świadczenia, jakie będzie mu należne po rozwiązaniu umowy. Takie sformułowanie było więc niedopuszczalne. W opinii powoda, ubezpieczyciel jako profesjonalista winien formułować o.w.u. w taki sposób, ażeby nie powstawały niejasności w jego stosowaniu ze szkodą dla wprowadzanego w błąd konsumenta. Zakwestionowane postanowienie w sugestywny sposób nakazywało sędzić konsumentowi, że w przypadku rozwiązania umowy otrzyma on kwotę w wysokości od 80% do 95% środków wpłaconych ubezpieczycielowi. W praktyce zapis prowadził do tego, że ubezpieczyciel wypłacał 80-95% wartości „rezerwy matematycznej”, która obliczana była przez ubezpieczyciela na podstawie znanych tylko jemu warunkach. W ocenie strony powodowej zakwestionowane postanowienie było sprzeczne z treścią art. 385 § 2 k.c., art. 12 ust. 3 i 4 oraz art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Ponadto ubezpieczyciel formułując tak niejednoznaczne postanowienie umowne w rzeczywistości nałożył na konsumenta obowiązek zapłaty rażąco wygórowanego odstępnego, co wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 17 k.c.

Zdaniem pozwanego zakwestionowane postanowienie nie wskazywało, że wartość wykupu jest procentowym udziałem w kwocie składek wpłaconych ubezpieczycielowi. Przepis art. 385³ pkt 17 k.c. nie mógł mieć zastosowania do sytuacji uregulowanej przez zakwestionowane postanowienie. Prawo do wypłaty wartości wykupu przysługiwało ubezpieczającemu w przypadku rozwiązania umowy lub w przypadku jej wygaśnięcia nie będącego konsekwencją wypłaty świadczenia. Uprawnienie to nie miało nic wspólnego z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie był i nie jest upoważniony do uzależniania skorzystania z prawa do odstąpienia od umowy ubezpieczenia od zapłaty przez ubezpieczającego oznaczonej sumy odstępnego. Pozwany podniósł także, że wartość wykupu

jest specyficznym pojęciem prawnym użytym po raz pierwszy w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej i nie ma ono charakteru odstępnego, ani kary umownej. Zakład ubezpieczeń musi otworzyć tzw. rezerwę matematyczną, która stanowi zabezpieczenie wypłaty świadczeń w przyszłości oraz pokrycie przyszłych kosztów ubezpieczenia. Dzięki temu wysokość wpłacanej składki nie zwiększa się wraz ze wzrostem kosztów ubezpieczenia. Wzrost wartości tej rezerwy ma dwa źródła. Jest to wpływ z tzw. części oszczędnościowej składki – czyli części składki z danego okresu po potrąceniu kosztów ryzyka, administracyjnych, rozłożonych w czasie kosztów akwizycji związanych z danym okresem, a także oprocentowanie uzyskiwane z inwestowania środków stanowiących pokrycie rezerwy matematycznej. Ponieważ rezerwa ta stanowi zabezpieczenie kosztów świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w przyszłości to w chwili rozwiązania umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego, większość zakładów ubezpieczeń wypłaca rezerwę matematyczną pomniejszoną o koszty manipulacyjne rozwiązania umowy i inne nierozliczone koszty (głównie akwizycji). Ta pozostała kwota jest wartością wykupu. Strona pozwana zaznaczyła, że w uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że wartość wykupu jest skumulowaną wartością nadwyżki zapłaconych składek nad poniesionym kosztami ubezpieczenia. Formując taką ocenę sam powód przyznał, że różnica pomiędzy kwotą opłaconych składek a wartością wykupu nie jest odstępnym, ani karą umowną. Pozwany wskazał również, że pojęcie „rezerwy matematycznej” jest pojęciem zaczerpniętym z języka matematyki ubezpieczeniowej, gdzie przy użyciu właściwych językowi matematyki środków przypisano mu konkretne znaczenie. W postaci wywodu matematycznego rezerwa ta została opisana w Regulaminie Rezerw, który został przyjęty uchwałą Rady Nadzorczej Towarzystwa. W opinii pozwanego przepisy art. 385 § 2 k.c. i art. 12 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie nakładają na ubezpieczyciela obowiązku zawierania w o.w.u. wszystkich użytych w nim pojęć. Nie można mówić o jednoznaczności lub niejednoznaczności pojęcia np. „rezerwa matematyczna”. Również z brzmienia art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie wynika obowiązek definiowania elementów istotnych dla samodzielnego wyliczenia wartości wykupu przez ubezpieczającego. Zaś wymóg „wskazania (gwarantowanej) wartości wykupu” został spełniony wobec konsumentów w terminie ustawowym. Na ubezpieczycielu nie ciążył prawny obowiązek zdefiniowania (w o.w.u. lub umowie) procesu obliczeniowego prowadzącego do uzyskania wynikowej wartości w postaci kwoty wartości wykupu. Zamieszczenie w o.w.u. kwestionowanego postanowienia umownego miało na celu przybliżenie klientom trudnych zagadnień aktuarialnych, znanych w szczególności tylko nielicznym specjalistom. Było to świadectwo dobrej woli pozwanego,

traktowania poważanie i z szacunkiem swoich klientów, choć podjęcie trudu przygotowania tych zapisów nie było realizacją prawnego obowiązku. Użycie w o.w.u. pojęcia rezerwy matematycznej miało charakter jedynie pomocniczy, służące pełniejszemu opisaniu konstrukcji ubezpieczeniowych i samo w sobie nie wpływało na żadne prawa ubezpieczonego, które wynikały z umowy ubezpieczenia. Celem zakwestionowanego zapisu było wskazanie (nazwanie) czynników wpływających na wartość wykupu. Cel ten został spełniony a sformułowania zawarte w postanowieniu nie były wewnątrznie sprzeczne i nie zawierały informacji, które prowadziłyby do błędnych wniosków, że wartość wykupu to procentowy udział w kwocie wpłaconych składek. Z tych względów zakwestionowane postanowienie nie kształtowało praw i obowiązków konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumentów.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów określenie „rezerwa matematyczna” nie zostało zdefiniowane w żadnym postanowieniu o.w.u. Nie było to również pojęcie występujące w przepisach prawa. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej posługiwała się określeniem „rezerw techniczno-ubezpieczeniowych”, które są przeznaczone na pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie mogą wyniknąć z zawartych umów ubezpieczenia (art. 151 ust. 1 ustawy). Obliczanie tych rezerw następuje wyłącznie przez aktuarusza z uwzględnieniem odpowiednich formuł matematycznych (art. 151 ust. 3 i 4 ustawy). W kontekście przywołanych przepisów, SOKiK podzielił stanowisko, że określeniu „rezerwa matematyczna” należy przypisywać znaczenie „rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej” i ocenę, że dla przeciętnego konsumenta, określenie to jest niezrozumiałe. Dla oceny abuzywności całego postanowienia zawierającego niezrozumiałe sformułowanie należy jednak brać pod uwagę cały kontekst, w którym zostało użyte. W kwestionowanym postanowieniu umownym określenie „rezerwa matematyczna” występowało jako wskazanie sposobu wyliczenia „wartości wykupu”. To ostatnie pojęcie zaczerpnięte było z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i odnosiło się do kwoty, za którą ubezpieczyciel zobowiązany jest wykupić ubezpieczenie na żądanie ubezpieczonego przed upływem terminu umowy. Wartość wykupu musi być wskazana w umowie ubezpieczenia (art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej), a jeśli wielkość ta zmienia się w trakcie obowiązywania umowy, to ubezpieczyciel ma obowiązek pisemnego informowania ubezpieczającego o wartości wykupu, nie rzadziej niż raz w roku. Zdaniem SOKiK konsument miał zatem zagwarantowaną prawnie informację odnośnie wartości wykupu w postaci wskazanej konkretnie kwoty w umowie ubezpieczenia lub w pisemnej informacji.

Oznaczało to, że nawet nie rozumiejąc pojęcia „rezerwa matematyczna” konsument był w posiadaniu informacji co do wysokości wartości wykupu jego ubezpieczenia. Zakwestionowane postanowienie umowne miało w związku z tym wyłącznie charakter informacyjny i nie regulowało praw i obowiązków konsumenta. Nie naruszało zatem praw i obowiązków konsumenta w sposób rażący. Z powyższych więc względów powództwo należało oddalić jako bezzasadne.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1365/08 zmienił zaskarżony wyrok Sądu I instancji w ten sposób, iż uznał to postanowienie umowne za niedozwolone i zakazał jego stosowania. W pierwszej kolejności Sąd Apelacyjny w Warszawie podkreślił, że z uzasadnienia wyroku Sądu I instancji miało wynikać, że zakwestionowane przez powoda określenie „rezerwa matematyczna” nie zostało zdefiniowane w innym postanowieniu o.w.u. i nie było pojęciem występującym w przepisach prawa. Twierdzenie to było słuszne, ale w kontekście niniejszej sprawy uzupełnienia wymagało to, że powód wniósł o uznanie za niedozwolone postanowień o.w.u. w zakresie w jakim ustalają wartość wykupu jako procent rezerwy matematycznej. Zauważyć także należało, że w treści o.w.u., w definicjach umownych, znajdowała się definicja wartości wykupu, która określała to pojęcie jako kwotę, którą ubezpieczyciel wypłacał ubezpieczającemu albo jego prawnym spadkobiercom w przypadkach określonych w o.w.u. Wzorzec umowny nie zawierał jednak definicji pojęcia „rezerwa matematyczna”, choć używane ono było przy objaśnianiu innych terminów. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie określenie wartości wykupu jako procentu rezerwy matematycznej było niezrozumiałe dla przeciętnego konsumenta, ponieważ była to klasyczna sytuacja objaśniania nieznanego przez nieznaną. Symptomatyczne były zresztą usilne starania powoda, czynione przed wniesieniem pozwu, o poznanie szczegółowego wyliczenia wypłaconej mu kwoty tytułem wykupu wraz z podaniem podstaw prawnych oraz o wskazanie przepisu pozwalającego na zdefiniowanie wyrażenia „rezerwa matematyczna”. Dopiero w toku postępowania sądowego pozwany ujawnił wewnętrzny regulamin tworzenia, wykorzystywania i rozwiązywania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Jego zapisy również były niezrozumiałe z uwagi na użycie pojęć języka matematyki ubezpieczeniowej. Nie negując konieczności posługiwania się przez ubezpieczyciela skomplikowanymi obliczeniami matematycznymi nie sposób było się zgodzić z sytuacją, w której ubezpieczony odstępując od umowy ubezpieczenia był zaskoczony porażająco niską wartością wykupu. Oczywistym było, że zapisy zakwestionowanego postanowienia nie mogą być rozumiane jako

zobowiązanie do wypłacenia kwoty odpowiadającej procentowemu udziałowi w sumie wpłaconych składek, ale za niedopuszczalne uznać należało postępowanie ubezpieczyciela, które uniemożliwiało ubezpieczającemu przy zawieraniu umowy poznanie choćby szacunkowej wartości ekonomicznej, kryjącej się pod określeniem „wartość wykupu jest to procent wartości matematycznej”. Dodatkowo, żadne postanowienie o.w.u. nie zawierało choćby najmniejszego pouczenia o ekonomicznym ryzyku odstąpienia od umowy kapitałowego ubezpieczenia na życie, które w większym stopniu jest produktem ochronnym niż inwestycyjnym. W tej sytuacji nie można było podzielić stanowiska Sądu I instancji, iż zakwestionowane postanowienie nie naruszało praw i obowiązków konsumenta w sposób rażący. Specyficzność pojęcia „wartość wykupu”, znana wąskiemu gronu osób trudniących się profesjonalnie ubezpieczeniami, była dla przeciętnego konsumenta całkowicie niezrozumiała i dlatego w ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 2001

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 10 czerwca 2008 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 300/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„1. W razie powstania szkody polegającej na zniszczeniu lub uszkodzeniu pojazdu (wyposażenia dodatkowego) ubezpieczyciel ustala w ocenie technicznej:

- 1. zakres uszkodzeń, których powstanie pozostaje w związku przyczynowym ze zdarzeniem, za którego następstwo Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność,*
 - 2. części pojazdu podlegające wymianie lub naprawie w następstwie tego zdarzenia,*
 - 3. czas robocizny niezbędny do wykonania naprawy,*
 - 4. maksymalne stawki za roboczogodzinę naprawy,*
 - 5. zużycie eksploatacyjne części pojazdu (ogumienia, tłumików, katalizatorów, akumulatora itd.). Ubezpieczyciel uwzględnia koszty naprawy dokonanej wyłącznie w zakresie określonym w ocenie technicznej i technologicznie koniecznej w związku ze szkodą, udokumentowane imiennymi rachunkami.*
- 2. Jeżeli naprawa pojazdu nie została udokumentowana imiennymi rachunkami wysokość odszkodowania nie uwzględnia podatku VAT”.*

Postanowienie to w dniu 23 sierpnia 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2001. Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów został podtrzymany wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 27 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1473/08²⁴.

W opinii powoda zapis umowy, o którym mowa w ust. 1, poprzez jednostronne zastrzeżenie uprawnienia dla ubezpieczyciela do określenia w ocenie technicznej zakresu uszkodzeń, części podlegających wymianie, czasu robocizny, maksymalnych stawek za roboczogodzinę, ograniczał wysokość szkody tylko do uszkodzeń zawartych przez zakład ubezpieczeń w tej ocenie technicznej. Tak skonstruowane postanowienie rażąco naruszało interesy ubezpieczającego – konsumenta i było sprzeczne z dobrymi obyczajami. Wysokość odszkodowania już na samym wstępie ograniczona została poprzez zastrzeżenie dla ubezpieczyciela wyłącznego uprawnienia do ustalenia rozmiaru szkody, przy jednoczesnym braku w o.w.u. postanowień pozwalających na weryfikację przez ubezpieczającego tak sporządzonej wyceny. W tej sytuacji konsument był stroną słabszą, gdyż wszelkie uprawnienia związane z wyceną szkody i wysokością wypłaconego odszkodowania posiadał ubezpieczyciel, a ubezpieczający – konsument musiał podporządkować się ustaleniom zakładu ubezpieczeń. Przyznawało prawo do jednostronnego ustalenia odszkodowania, które mogło być znacznie zaniżone w stosunku do rzeczywistej wartości szkody i do rzeczywistych kosztów naprawy.

Postanowieniu, o którym mowa w ust. 2 klauzuli abuzywnej nr 2001 (ustalenie odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody), powód zarzucił jego sprzeczność z dobrymi obyczajami oraz rażące naruszenie interesu konsumenta (art. 385 § 1 k.c.). Postanowienie to miało być również sprzeczne z przepisami ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, a także pozostawać w opozycji do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2001 r. (sygn. akt III CZP 68/01, OSNC 2002/6/74), w którym jednoznacznie zostało wskazane, że *„odszkodowanie za szkodę poniesioną w wyniku uszkodzenia pojazdu mechanicznego należącego do poszkodowanego nie będącego podatnikiem podatku VAT, ustalone według cen części zamiennych i usług koniecznych do wykonania naprawy pojazdu, obejmuje mieszczący się w tych cenach podatek VAT”*. W opinii powoda jedynym celem postanowienia było bezpodstawne zaniżenie wypłacanego ubezpieczającemu odszkodowania

²⁴ Zakwestionowane postanowienie umowne stanowiło połączenie 3 zapisów o.w.u., pierwsze dwa dotyczyły zasad ustalenia rozmiaru szkody w ocenie technicznej z zastrzeżeniem, że ubezpieczyciel uwzględniał koszty naprawy dokonanej wyłącznie w zakresie określonym w ocenie technicznej, ostatni zapis odnosił się do ustalania odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody.

o kwotę należnego podatku VAT³⁷.

Oceniając postanowienie wprowadzające ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń do uszkodzeń wyłącznie wymienionych przez zakład ubezpieczeń w ocenie technicznej, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wskazał, iż kształtowało ono prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało jego interesy.

Stanowiło zatem niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Zdaniem SOKiK poprzez treść zakwestionowanego postanowienia ubezpieczyciel, wykorzystując swoją przewagę kontraktową, zastrzegł sobie szerokie uprawnienie do decydowania o tym, kiedy i w jakiej wysokości zostanie wypełnione zobowiązanie do wypłaty odszkodowania za szkodę. Takie zastrzeżenie stało w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta – kształtowało bowiem sytuację prawną ubezpieczającego w sposób zdecydowanie mniej korzystny niż pozycję ubezpieczyciela. Zakład ubezpieczeń jako zobowiązany do wypłaty odszkodowania nie może być jedynym podmiotem uprawnionym do oceny, jakie uszkodzenia są objęte ochroną ubezpieczeniową. W takiej bowiem sytuacji, zakład ubezpieczeń stawia się w uprzywilejowanej sytuacji, gdyż *de facto* to on sam decyduje, jaki będzie zakres tego odszkodowania. Może to prowadzić do zaistnienia rozbieżności pomiędzy rzeczywistym zakresem szkody a stanem faktycznym oraz rozmiarem szkody ustalonym przez ubezpieczającego i w efekcie prowadzić do zaniżenia wysokości odszkodowania.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów również postanowienie dotyczące ustalania odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody kształtowało prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Stanowiło zatem niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach podatek od towarów i usług uwzględniany jest w cenie towaru lub usługi, o ile te towary lub usługi podlegają opodatkowaniu tym podatkiem. Podatek VAT jest realnym kosztem dla poszkodowanego, o ile poszkodowany ten nie jest przedsiębiorcą i kupowane przez niego towary i usługi nie służą mu do wykonywania działalności opodatkowanej VAT. Zgodnie bowiem z art. 86 ust. 1 ustawy o podatku od towarów i usług jedynie podatnicy VAT są uprawnieni do obniżania kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego. Na problem ten zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 17 maja 2007 r. (III CZP 150/06, OSNC 2007/10/144), który wskazał, że „*odszkodowanie przysługujące na podstawie umowy odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego za szkodę powstałą w*

związku z ruchem tego pojazdu, ustalone według cen części zamiennych i usług, obejmuje kwotę podatku od towarów i usług (VAT) w zakresie, w jakim uszkodzowany nie może obniżyć podatku od niego należnego o kwotę podatku naliczonego”. W związku z powyższym postanowienie o.w.u., zgodnie z którym zakład ubezpieczeń nie uwzględnił w wypłaconym odszkodowaniu podatku VAT, kształtowało prawa ubezpieczonego w sposób mniej korzystny niż powszechnie obowiązujący przepis art. 805 § 2 pkt 1 k.c., zgodnie z którym zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do zapłaty odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku. Odszkodowanie to powinno odpowiadać szkodzie, jaką poniósł ubezpieczony, a więc niewątpliwie powinno również uwzględniać podatek od towarów i usług.

Apelację od orzeczenia Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wywiodła strona pozwana, która zaskarżyła wyrok w całości, wnosząc o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa. Strona pozwana zarzuciła wyrokowi SOKiK naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385¹ § 1 k.c., art. 812 § 2 k.c. (w brzmieniu obowiązującym w dacie wprowadzenia przez pozwaną wzorca umownego do obrotu), art. 805 k.c., art. 12a i art. 16 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 27 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1473/08 oddalił apelację, utrzymując wyrok Sądu I instancji. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów dokonał trafnej oceny postanowień w kontekście żądania uznania ich za abuzywne. Sąd rozpoznający apelację w pełni podzielił stanowisko Sądu I instancji zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia. Wbrew stanowisku apelującego SOKiK nie poddał w wątpliwość obowiązujących przepisów prawa nakładających na ubezpieczycieli obowiązek ustalania wysokości szkody i wypłaty odszkodowania. Sąd I instancji uznał za niedozwolone takie postanowienia o.w.u., które przyznawały ubezpieczycielowi możliwość jednostronnego określenia zakresu uszkodzeń bez możliwości wzięcia udziału w tym procesie ubezpieczonego i bez możliwości weryfikacji dokonanych przez ubezpieczyciela ustaleń w tym zakresie. Powoływane przez apelującego przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej (art. 12a i art. 16) nie zawierają ograniczenia w zakresie możliwości konsumenta wzięcia przez niego udziału w procesie likwidacji szkody, również na etapie ustalania zakresu uszkodzeń, a co za tym idzie należnego odszkodowania. Przepis art. 812 § 2 pkt 9 k.c. w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2004 r., stanowiący, że ogólne warunki ubezpieczenia, określają w szczególności sposób ustalania wysokości szkody oraz wypłaty odszkodowania, nie uprawniał zakładu

ubezpieczeń będącego autorem wzorca do konstruowania jego postanowień, które w stosunku ubezpieczenia będą dawały przewagę ubezpieczycielowi. Sąd Apelacyjny w Warszawie ma świadomość, że umowa ubezpieczenia autocasco jest zawierana na zasadzie dobrowolności, nie oznacza to jednak, że konsument, chcąc zawrzeć taką umowę z ubezpieczycielem, musi zgodzić się na warunki narzucone przed drugą stroną umowy. W każdym razie dobrowolność zawierania umów autocasco nie umożliwia uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone.

Sąd Apelacyjny w Warszawie w pełni podzielił dokonaną przez Sąd I instancji ocenę postanowienia dopuszczającego ustalenie odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody. Sąd Apelacyjny w Warszawie, powołując się na uchwałę Sądu Najwyższego dnia 17 maja 2007 r. (sygn. akt III CZP 150/06) zaznaczył, że odszkodowanie przysługujące na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego za szkodę powstałą w związku z ruchem tego pojazdu, ustalone według cen części zamiennych i usług obejmuje kwotę podatku od towarów i usług w zakresie, w jakim poszkodowany nie może obniżyć podatku od niego należnego o kwotę podatku naliczonego. Bez znaczenia przy tym, w ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie, pozostawał fakt, że powyższa uchwała dotyczyła odszkodowania przysługującego na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, a nie umowy dobrowolnego ubezpieczenia autocasco.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu były również postanowienia odnoszące się do likwidacji szkody całkowitej, które określały, że z tego rodzaju szkodą mamy do czynienia, gdy koszty naprawy uszkodzonego pojazdu przekraczają 70% wartości pojazdu z dnia szkody. W ocenie powoda postanowienia regulujące rozliczenie szkody całkowitej w ten sposób, rażąco naruszały interesy konsumenta i były sprzeczne z dobrymi obyczajami. Zgodnie z zapisami o.w.u. wartość pojazdu, a w konsekwencji wartość szkody całkowitej uzależniona była wyłącznie od wyceny sporządzonej przez pozwanego ubezpieczyciela, brak było postanowień przewidujących uprawnienie konsumenta do weryfikacji sporządzonej wyceny wartości pojazdu. Ponadto ukształtowanie granicy opłacalności naprawy samochodu na poziomie 70% wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody było niekorzystne dla konsumenta, ponieważ w przypadku, gdy koszt naprawy samochodu przekroczył ten pułap, ale nie przewyższał wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody, konsumentowi było wypłacane odszkodowanie w wysokości rażąco niższej niż rzeczywisty koszt naprawy. Taki sposób wyliczenia odszkodowania był rażąco krzywdzący dla

ubezpieczonego i nie miał jakiegokolwiek uzasadnienia ekonomicznego i technicznego.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo w zakresie tych postanowień, nie stwierdzając ich abuzywności. Zawarty w postanowieniu sposób określania wysokości odszkodowania za szkodę całkowitą odnosił się do świadczenia zakładu ubezpieczeń, jakim jest wypłacenie odszkodowania, określało zatem główne świadczenie stron. Sformułowane ono było w sposób jednoznaczny i nie budzący żadnych wątpliwości, a zatem na podstawie art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. nie mogło zostać uznane za abuzywne.

Ocena tych postanowień, która została dokonana przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie była przedmiotem kontroli apelacyjnej.

Klauzula nr 2007

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„1. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w wyniku kradzieży pojazdu lub jego części albo użycia pojazdu bez zgody właściciela, jeżeli: a) w chwili dokonania kradzieży pojazd nie był należycie zabezpieczony [...] d) poszkodowany nie przedłożył ubezpieczycielowi oryginału dowodu rejestracyjnego i innych oryginałów dokumentów pojazdu na podstawie których pojazd był dopuszczony do ruchu w dniu szkody oraz kompletu kluczy służących do otwarcia i uruchomienia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń uruchamiających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą (piloty, immobilizery, karty magnetyczne itp.) chyba, że pojazd został utracony w wyniku rozboju”.

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2007.

Powód zakwestionował następujące postanowienie o.w.u.:

„1. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w wyniku kradzieży pojazdu lub jego części albo użycia pojazdu bez zgody właściciela, jeżeli:

- a) *w chwili dokonania kradzieży pojazd nie był należycie zabezpieczony lub nie były uruchomione wszystkie znajdujące się w pojeździe urządzenia zabezpieczające, określone w §5, oddalenia się kierującego od pojazdu i pozostawienia kluczyków w pojeździe, chyba, że pojazd został utracony wskutek rozboju,*
- b) *klucze lub dokument pojazdu nie były należycie zabezpieczone poza pojazdem, chyba, że pojazd został utracony wskutek rozboju,*
- c) *poszkodowany nie przedłożył ubezpieczycielowi oryginału dowodu rejestracyjnego i innych oryginałów dokumentów pojazdu na podstawie których pojazd był dopuszczony do ruchu w dniu szkody oraz kompletu kluczy służących do otwarcia i uruchomienia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń uruchamiających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą (piloty, immobilizery, karty magnetyczne itp.) chyba, że pojazd został utracony w wyniku rozboju”.*

Powód zarzucił wskazanym powyżej zapisom umownym, ich sprzeczność z art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385¹ pkt 9 i 11 k.c. Zdaniem powoda pozwany zamieścił w przedmiotowym wzorcu postanowienia sprzeczne z obowiązującymi przepisami w oczekiwaniu, że konsumenci, których świadomość prawna z reguły nie jest wysoka - nie odkryją, że wiążące ich postanowienia tej umowy zawierają uregulowania sprzeczne z prawem i nie będą dochodzić należnych im roszczeń.

Nie ulega wątpliwości, iż głównym celem umowy ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od ich utraty jest pokrycie przynajmniej części szkody poniesionej przez ubezpieczonego i tym samym przejęcie przez zakład ubezpieczeń ryzyka wystąpienia zdarzeń losowych, które mogą wywołać szkodę w mieniu ubezpieczonego. Niewątpliwie zakład ubezpieczeń ma możliwość dokonywania w umowie wyłączenia lub ograniczenia swojej odpowiedzialności w celu zminimalizowania ryzyka ubezpieczeniowego. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń powinny mieć jednak charakter wyjątkowy i jako wyjątki nie mogą być interpretowane rozszerzająco. Dodatkowo, powinny być sformułowane w sposób precyzyjny, zrozumiałe, nie pozostawiające żadnych wątpliwości co do zakresu wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Powyższe zapisy umożliwiały dowolną interpretację zakładu ubezpieczeń, rozszerzały katalog sytuacji, w których ubezpieczyciel był zwolniony z obowiązku świadczenia i w konsekwencji prowadziły do zanegowania samego celu umowy ubezpieczenia, jakim powinna być ochrona ubezpieczonego przed szkodzącymi zdarzeniami losowymi ujętymi w o.w.u.

Zdaniem powoda zapis, o którym mowa w ust. 1 lit. a) posługiwał się sformułowaniem „nienależytego zabezpieczenia” pojazdu przed kradzieżą. Z kolei zapis wskazany w ust. 1 lit. c) mówił „o nienależytym zabezpieczeniu dokumentów poza pojazdem”. Sformułowania te były nieostre, nieprecyzyjne i mogły być przez strony umowy różnie interpretowane. Nieprecyzyjne, zawoalowane zapisy o.w.u., tworzące pole do dowolnej interpretacji przez ubezpieczyciela i umożliwiające mu odmowę wypłaty odszkodowania, niezależnie od stopnia rzeczywistej winy ubezpieczonego w powstaniu szkody, były niewątpliwie postanowieniami umownymi, które nie powinny wiązać ubezpieczonego z racji ukształtowania jego praw i obowiązków w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszającymi jego interesy. Wskazane sformułowania wprost wypełniały dyspozycję art. 385³ pkt 9 i 11 k.c., gdyż uprawniały zakład ubezpieczeń do dokonywania wiążącej interpretacji umowy i jednostronnego stwierdzenia zgodności świadczenia z umową. Dodatkowo, sformułowanie, o którym mowa w ust.1 lit. c) dopuszczało interpretację, w myśl której ubezpieczony ma obowiązek należytego zabezpieczenia dokumentów jedynie poza pojazdem, a zatem brak należytego zabezpieczenia dokumentów w pojeździe nie wyłączał odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Powód podniósł także, że sposób sformułowania o.w.u., umieszczenie w różnych miejscach zapisów odnoszących się do możliwości wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, przy jednoczesnym nałożeniu na ubezpieczonego szeregu dodatkowych obowiązków, kolidowało z dobrymi obyczajami, zasadami uczciwości kupieckiej oraz stanowiło naruszenie art. 385¹ § 1 k.c.

W opinii strony powodowej, kolejnymi, nieprecyzyjnymi sformułowaniem były wyrażenia „oryginału dowodu rejestracyjnego i innych oryginałów dokumentów pojazdu”.

Powyższe sformułowania nie były pojęciami normatywnymi i nie zdefiniowanymi w żadnym akcie prawnym. Również w o.w.u. brak było wyraźnego określenia, co strony umowy rozumieją pod pojęciem „dokumenty pojazdu” i „oryginały dokumentów pojazdu”. Przyjmując potoczne rozumienie tego sformułowania można było przyjąć, iż chodziło tu o wszystkie dokumenty, które są niezbędne do prowadzenia i dopuszczenia samochodu do ruchu. Zakres przedmiotowy powyższego zapisu o.w.u. był na tyle szeroki, iż mogło tu chodzić nie tylko o kartę pojazdu, ale np. o: przegląd powypadkowy pojazdu, przegląd techniczny, umowę zakupu samochodu, polisę ubezpieczeniową, dowód uiszczenia cła lub podatku. Tak sformułowane postanowienie stwarzało pole do dowolnej interpretacji przez zakład ubezpieczeń nieostrych pojęć i tym samym stanowiło niedozwoloną klauzulę umowną.

Dodatkowo, powyżej wskazane postanowienie umowne nakładało na ubezpieczonego obowiązek przedłożenia oryginałów dokumentów pojazdu, pod rygorem wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Niewystarczającym było przedłożenie wtórników dokumentów pojazdu. Tymczasem przepisy ustawy – Prawo o ruchu drogowym, dopuszczają wydawanie jak i skuteczne posługiwanie się w obrocie wtórnikami niektórych dokumentów pojazdu, takich jak np. dowód rejestracyjny. Za niedozwolone i naruszające w sposób rażąco dobre obyczaje i interesy konsumenta należało uznać zapisy o.w.u., które uniemożliwiają uzyskanie ubezpieczonemu odszkodowania w sytuacji nieprzedstawienia oryginałów dokumentu pojazdu, mimo iż nawet ustawodawca dopuszcza skuteczne używanie ich wtórników. Na zakończenie uzasadnienia abuzowności zakwestionowanego postanowienia, strona powodowa wskazała, iż wszelkie wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, uzasadnione faktem nieodpowiedniego zachowania się ubezpieczonego lub osoby, za którą ubezpieczony odpowiada, powinny pozostawać w związku przyczynowym z powstaniem szkody. Tymczasem w zakwestionowanych zapisach o.w.u. ubezpieczyciel wyłączał swoją odpowiedzialność bez względu na to, czy zachowanie ubezpieczonego pozostawało w związku przyczynowym z powstaniem szkody.

Zdaniem strony pozwanej zarzut powoda o naruszeniu zakwestionowanym postanowieniem treści art. 385³ pkt 9 i 11 k.c. należało uznać za zupełnie chybiony. Opierał się na niezrozumieniu treści tych przepisów. Klauzulą abuzywną byłoby takie postanowienie o.w.u., zgodnie z którym ubezpieczyciel ma wyłączne prawo do dokonywania wiążącej interpretacji postanowień wzorca umowy oraz wyłączne prawo stwierdzania czy klient zachował się zgodnie z jego postanowieniami. Sytuacje, o których mowa w zakwestionowanym postanowieniu siłą rzeczy muszą być określone w sposób abstrakcyjny. Nie jest bowiem możliwe enumeratywne wyliczenie wszystkich przypadków, w których nastąpiło nienależyte zabezpieczenie pojazdu, nienależyte zabezpieczenie kluczy lub dokumentów pojazdu poza pojazdem. Każdy przypadek jest oceniany w kontekście kwestionowanych postanowień o.w.u. przez pryzmat zasad racjonalnego postępowania w danej sytuacji oraz zasad doświadczenia życiowego. Czym innym jest kwestia na tyle ogólnego sformułowania danego zapisu wzorca umownego, że możliwe są jego różne interpretacje, a czym innym kwestia zastrzeżenia dla kontrahenta konsumenta prawa do wyłącznej i wiążącej dla konsumenta interpretacji. To, że dane postanowienie umowne może być różnie interpretowane przez strony jest sytuacją normalną i możliwą. Odnośnie podniesionej kwestii interpretacji zabezpieczenia dokumentów poza pojazdem to w

rozumieniu strony pozwanej przedmiotowy zapis formułował w sposób jasny i zrozumiał wymóg należytego zabezpieczenia dokumentów pojazdu jako warunku koniecznego dla skuteczności ochrony. Naruszeniem tego wymogu było zarówno nienależyte zabezpieczenie dokumentów poza pojazdem jak i pozostawienie dokumentów w pojeździe. W kwestii interpretacji terminu „dokumenty pojazdu” pozwany wskazał, że termin ten należy interpretować zgodnie z zasadami logiki. W grę wchodziły wszystkie dokumenty, które umożliwiały bądź ułatwiały zbycie pojazdu. Z tego względu na ubezpieczającym ciążył obowiązek przedłożenia oryginalnych dokumentów pojazdu pod rygorem wyłączenia odpowiedzialności. Brak oryginalnych dokumentów stwarzał domniemanie, że nie zostały one w sposób należyty zabezpieczone. Z punktu widzenia ubezpieczyciela znaczenie ma nie tylko to czy uchybienie jakiemuś obowiązkowi lub niespełnienie danego wymogu warunkującego ochronę ubezpieczeniową pozostawało w związku przyczynowym z powstaniem szkody. Liczy się również wpływ danej okoliczności na prawdopodobieństwo powstania szkody, a także na możliwość jej późniejszego odwrócenia czy zabezpieczenia i dochodzenia przez zakład ubezpieczeń roszczeń regresowych.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał za niedozwolone i zakazał stosowania postanowienia o treści zakwestionowanej przez powoda. W ocenie SOKiK w postanowieniu tym zawarto nieprecyzyjne sformułowanie typu „należycie zabezpieczony”, „inne dokumenty”, co pozwalało pozwanemu na dowolną interpretację zapisów umowy w zakresie należytego zabezpieczenia pojazdu, na dowolne określenie jakie konkretnie dokumenty wymagane są przez ubezpieczyciela do wypłaty odszkodowania (art. 385³ pkt 9 i 11 k.c.). Wymóg przedstawienia oryginałów dokumentów wprowadzał konsumenta w błąd co do jego uprawnień, ponieważ ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym, dopuszczała możliwość posługiwania się wtórnymi dokumentami, o czym konsument, nie znający przepisów tej ustawy mógł nie wiedzieć. Ponadto postanowienie to pozwalało na nieograniczoną wypłatę odszkodowania jedynie w przypadku rozboju. Konsument z reguły nie wie, jakie zdarzenie należy kwalifikować jako rozbój a jakie jako np. kradzież zuchwałą, a to z kolei umożliwiało pozwanemu dowolną kwalifikację czynu zabronionego, leżącego u podstaw wyłączenia jego odpowiedzialności.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że uznał za niedozwolone postanowienie o treści powołanej na wstępie opisu niniejszej klauzuli. Odnośnie postanowienia zawierającego sformułowanie „w chwili dokonania kradzieży pojazd

nie był należycie zabezpieczony”, to Sąd Apelacyjny w Warszawie zauważył, że zakwestionowane postanowienie poza ogólnikowym określeniem „pojazd nie był należycie zabezpieczony”, zastrzegało odmowę wypłaty odszkodowania w jeszcze kilku innych sytuacjach na wypadek niedokonania przez ubezpieczającego takich aktów staranności, jak: uruchomienie wszystkich znajdujących się w pojeździe urządzeń zabezpieczających, nieoddalenie się od pojazdu i niepozostawienie w nim kluczyków, konieczność utrzymania sprawności znajdujących się w pojeździe urządzeń zabezpieczających. Przy takim ujęciu zasad odpowiedzialności ubezpieczyciela nie wiadomo było jakie to inne stany faktyczne zakład ubezpieczeń mógłby zakwalifikować jako przypadki nienależytego zabezpieczenia pojazdu. W powyższej kwestii ubezpieczający miał prawo oczekiwać od ubezpieczyciela jasnego sprecyzowania obowiązków, które musi przedsięwziąć, aby nie narazić się na utratę świadczenia w przypadku kradzieży pojazdu. Skarżący poniósł w apelacji, że dokonana przez niego interpretacja określenia – „nienależyte zabezpieczony pojazd” nie miała charakteru wiążącego dla drugiej strony. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, nie negując tego poglądu, należało jednak zauważyć, iż trudno zaakceptować taki zapis, który już z góry rodził stan niepewności, co do oczekiwanego przez ubezpieczyciela postępowania ubezpieczającego, związanego ze sposobem zabezpieczenia pojazdu przed kradzieżą. Z tych względów postanowienie o treści „nie był należycie zabezpieczony” Sąd Apelacyjny w Warszawie uznał za abuzywne.

W przypadku zakwestionowanego przez Sąd I instancji postanowienia wyłączającego odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku, gdy klucze lub dokument pojazdu nie były należycie zabezpieczone poza pojazdem, to zdaniem Sądu Apelacyjnego, brak jest możliwości kazuistycznego wyliczenia wszystkich obowiązków ubezpieczającego z tym związanych, gdyż mogą wchodzić tu w grę bardzo różne sytuacje życiowe. W razie zaistnienia sporu między stronami, co do tego, czy wyżej wymienione przedmioty zostały właściwie zabezpieczone stosowane rozstrzygnięcie wyda sąd z uwzględnieniem zasad doświadczenia życiowego na tle konkretnego stanu faktycznego.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie było również podstaw, aby przypisać abuzywność postanowieniom wyłączającym odpowiedzialność ubezpieczyciela w razie naruszenia nakazu uruchomienia w pozostawionym pojeździe wszystkich znajdujących się w pojeździe urządzeń zabezpieczających (określonych w innym miejscu o.w.u.), czy też zakazu oddalania się kierującego od pojazdu i pozostawiania w nim kluczyków. Wszystkie te przedsięwzięcia mają na celu stworzenie maksymalnych przeszkód dla potencjalnych

sprawców kradzieży i leżą w interesie obydwu stron stosunku zobowiązaniowego.

Wbrew stanowisku Sądu I instancji w załączniku nr 1 do o.w.u. zawarta była definicja przestępstwa rozboju. Ubezpieczający miał zatem świadomość jakiego rodzaju przestępnych działań złodzieja pojazdu nie pozbawi uprawnionego do uzyskania odszkodowania, mimo niedopełnienia opisanych wyżej wymogów.

Sąd Apelacyjny w Warszawie nie znalazł jednak podstaw do wzruszenia wyroku w części dotyczącej postanowienia uzależniającego udzielenie ochrony ubezpieczeniowej od przedstawienia oryginału dowodu rejestracyjnego pojazdu oraz oryginałów wszystkich dokumentów, na podstawie których ubezpieczony pojazd został dopuszczony do ruchu, do przekazania kompletu kluczy służących do uruchomienia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń uruchamiających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie słusznie podniosła strona powodowa, że nałożenie na ubezpieczającego choćby obowiązku przedstawienia oryginału dowodu rejestracyjnego może okazać się niewykonalne z całkowicie obiektywnych przyczyn (np. zniszczenie dowodu rejestracyjnego), a w takim przypadku ustawodawca uznaje za dokument równorzędny - wtórnik dowodu rejestracyjnego. Nie można wówczas konstruować, powoływanego w apelacji, domniemania faktycznego, że brak oryginałów dokumentów świadczy o ich nienależytym zabezpieczeniu. Nic też nie stało na przeszkodzie, żeby wskazać jakie konkretnie dokumenty związane z dopuszczeniem pojazdu do ruchu ubezpieczyciel miał na myśli, zamiast posługiwać się ogólnikowym pojęciem „inne dokumenty”. Tak więc zapis ten naruszał dyspozycję art. 385³ pkt 9 k.c., gdyż pozwany przyznawał sobie uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy oraz art. 385³ pkt 11 k.c. poprzez zastrzeżenie zbyt dużej dowolności w decydowaniu o niewypłaceniu odszkodowania. Oprócz tego tak szerokie ujęcie przypadków zwalniających ubezpieczyciela z odpowiedzialności za powstałą szkodę pozostawało w sprzeczności z art. 385¹ § 1 k.c. Mogły się bowiem zdarzyć sytuacje, w których niemożność dostarczenia oryginału, choćby jednego z kilku kluczyków służących do uruchomienia pojazdu, nie będzie pozostawać w jakimkolwiek związku przyczynowym z kradzieżą.

Klauzula nr 2008

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„2. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w pojeździe, którego kierujący w chwili wypadku znajdował się w stanie nietrzeźwości lub stanie wskazującym na spożycie alkoholu, był pod wpływem narkotyków, środków psychotropowych lub innych podobnie działających środków, a także gdy kierowca pojazdu bez uzasadnionej przyczyny oddalił się z miejsca wypadku”.

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2008.

Strona powodowa wskazała, że wszelkie wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, uzasadnione faktem nieodpowiedniego zachowania się ubezpieczonego lub osoby, za którą ubezpieczony ponosi odpowiedzialność, powinny pozostawać w związku przyczynowym z powstaniem szkody. Tymczasem, zakwestionowanym postanowieniem ubezpieczyciel wyłączał swoją odpowiedzialność bez względu na to czy nieodpowiednie zachowanie się ubezpieczonego pozostawało w związku z powstaniem szkody, czy też nie. Tym samym postanowienie o treści powyżej wskazanej było niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Zdaniem strony pozwanej w przypadku szkód w ubezpieczeniach komunikacyjnych pozostawanie przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających zawsze stwarza domniemanie istnienia związku przyczynowego pomiędzy stanem osoby ubezpieczonej a szkodą. Postanowienie to miało również charakter prewencyjny. W przypadku ubezpieczeń autocasco zrozumiałe jest przyjęcie ogólnego założenia, że związek taki - a przynajmniej wpływ tej okoliczności na ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego - faktycznie istnieje.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia, uzasadnione faktem nieodpowiedniego zachowania się ubezpieczonego winno pozostawać w związku przyczynowym z powstaniem

szkody. Postanowienie, które z góry zakładało, iż w przypadku gdy kierujący znajdował się w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków etc., związek ten zawsze istnieje, należało uznać za abuzywne.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, nie znalazł podstaw do wzruszenia orzeczenia Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który uwzględnił żądanie powoda o uznanie za niedozwolone postanowienia wyłączającego z góry odpowiedzialność za szkodę w pojeździe, jeżeli kierujący, w chwili wypadku, znajdował się w stanie nietrzeźwości, wskazującym na spożycie alkoholu, był pod wpływem narkotyków lub środków psychotropowych. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie sam fakt, że zapis umowny miał pełnić funkcję prewencyjną nie stanowiło wystarczającego uzasadnienia do uchylenia się ubezpieczyciela od obowiązku naprawienia szkody, jeżeli pozostawało ona w całkowitym oderwaniu od zachowania się kierującego pojazdem. Dodatkowo, postanowienie o bardzo zbliżonej treści zostało już wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych pod nr 1315 – wyrokiem SOKiK z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06²⁵.

Klauzula nr 2009

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„3. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych: w wyniku kradzieży radia lub radioodtwarzacza z odejmowanym panelem czołowym gdy ubezpieczający nie może przedstawić tego panela towarzystwu”.

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2009.

Zdaniem strony powodowej postanowienie to było sprzeczne z treścią art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 11 k.c. Zapis ten nakładał na ubezpieczonego obowiązek, który mógł być dla niego niemożliwy do spełnienia. Nie sposób bowiem było wykluczyć sytuacji, iż ubezpieczony mógł utracić panel w innych okolicznościach niż kradzież pojazdu i w ich

²⁵ Opis klauzuli i uzasadnienia wyroku znajduje się na s. 33-25 niniejszego raportu.

wyniku nie był go w stanie przedstawić ubezpieczycielowi. Przykładowo, mógł go zgubić poza pojazdem, panel mógł także zostać zniszczony itd. Dodatkowo, ubezpieczyciel nie uzależniał odmowy wypłacenia odszkodowania od wystąpienia związku przyczynowego pomiędzy brakiem możliwości dostarczenia panelu czołowego i dokonaną kradzieżą. W postanowieniach o.w.u. brak było również jasno sformułowanego obowiązku ubezpieczającego do informowania ubezpieczyciela o każdorazowym zgubieniu lub zniszczeniu panela czołowego radia lub radioodtwarzacza.

Zdaniem pozwanego nieprzedstawienie panelu czołowego odtwarzacza oznaczało, że w ocenie ubezpieczyciela prawdopodobne było, iż ubezpieczony zostawił panel w samochodzie, co miało wpływ na zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci kradzieży radia, które w innym przypadku nie zostałyby skradzione. Faktem jest, że do utraty panelu mogło dojść w innych okolicznościach. Ubezpieczyciel oceniając ryzyko ubezpieczeniowe zakłada jednak, że do ochrony ubezpieczeniowej chce przyjąć jedynie takie sytuacje, w których ubezpieczający będzie w stanie przedstawić panel ubezpieczycielowi. Nie ma tutaj znaczenia związek przyczynowy pomiędzy niemożliwością wykonania tego obowiązku a szkodą. Znaczenie ma jedynie fakt, iż w ocenie ubezpieczyciela niemożliwość przedstawienia panelu oznacza w praktyce, że mogło mieć to wpływ na szkodę – zwiększyło prawdopodobieństwo jej wystąpienia. Ten zapis o.w.u. stwarzał zatem pewne domniemanie, które faktycznie nie mogło zostać obalone.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wyłączało odpowiedzialność ubezpieczyciela bez względu na to, czy istniał związek przyczynowy między niemożliwością przedstawienia panelu a szkodą. Założenie, iż w każdym przypadku nieprzedstawienia przez konsumenta panela istnieje związek przyczynowy ze szkodą, uznać należało za postanowienie niedozwolone w rozumieniu art. 385³ pkt 11 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. Sąd Apelacyjny w Warszawie nie podzielił zarzutu pozwanego, który negował abuzowność postanowienia uzależniającego wypłatę odszkodowania za kradzież radia od przedstawienia przez ubezpieczającego panelu czołowego z przyczyn, które przytoczył Sąd I instancji. Na marginesie, sam skarżący nie wykluczył zaistnienia takiej sytuacji, w której ubezpieczający przypadkowo utracił panel, a jednocześnie doszło do kradzieży radia z samochodu mimo braku tego elementu.

Klauzula nr 2010

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„4. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w okolicznościach innych niż określone w zgłaszaniu szkody dokonany w Towarzystwie”.

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2010.

Zakwestionowanemu postanowieniu powód zarzucił sprzeczność z art. 385¹ § 1 k.c. W ocenie strony powodowej postanowienie to w sposób rażąco naruszało interesy konsumenta poprzez zignorowanie konieczności uzależnienia odmowy wypłaty odszkodowania z powodu podania przez ubezpieczonego innych okoliczności niż w zgłoszeniu szkody od zajścia związku przyczynowego między tymi okolicznościami a powstaniem szkody. Zdaniem powoda sankcja w postaci odmowy odszkodowania musi być uzależniona od istnienia związku przyczynowego pomiędzy nienależytym zachowaniem ubezpieczonego, polegającym na podaniu przez niego nieprawdy, a powstaniem szkody.

Zdaniem strony pozwanej zarzut powoda o abuzywności tego postanowienia był niezrozumiały. Podanie w zgłoszeniu szkody okoliczności innych niż mające miejsce w rzeczywistości uniemożliwia ubezpieczycielowi dokonanie prawidłowej likwidacji szkody i świadczy o podjęciu próby wyłudzenia świadczenia ubezpieczeniowego. Chodzi bowiem o to, że w praktyce ubezpieczający podaje okoliczności inne niż mające miejsce w rzeczywistości – w sytuacji, kiedy stan faktyczny umożliwiałby ubezpieczycielowi odmowę przyjęcia odpowiedzialności za wypadek ubezpieczeniowy. Stawianie wymogu istnienia związku przyczynowego pomiędzy podaniem nieprawdy w zgłoszeniu szkody a powstaniem szkody jest absurdem. Z zasad logiki wynika bowiem, że podanie nieprawdy w zgłoszeniu szkody może nastąpić dopiero po powstaniu szkody (albo w sytuacji, kiedy szkoda w ogóle nie powstała, albo ktoś chce wyłudzić świadczenie). Takiego związku nigdy nie będzie.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku szkód powstałych w okolicznościach innych niż określone w

zgłoszeniu, oznaczało, że wypłata odszkodowania nie będzie możliwa, gdy na powstanie szkody wpływ miały okoliczności nie wskazane w zgłoszeniu szkody bez winy konsumenta czy przez jego niedopatrzenie. Konsument powinien mieć prawo do powoływania się na okoliczności inne niż w zgłoszeniu np. wynikające z protokołów policyjnych, czy ze zeznań świadków zdarzenia, szczególnie w sytuacji, gdy mogłyby mieć one wpływ na powstanie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. Sąd Apelacyjny w Warszawie uznał ten zapis za niedozwolony. Dodatkowo wskazał, że tego rodzaju zastrzeżenia zostały już kilkakrotnie zakwestionowane przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów i wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych np. w wyroku SOKiK z dnia 2 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 123/07, poz. 1291²⁶.

Klauzula nr 2011

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„6. Niezależnie od obowiązków określonych w § 19-22 w ubezpieczeniu autocasco do obowiązków ubezpieczającego należy: [...]

5) przedłożenie oryginalnych dokumentów (w przypadku kradzieży) potwierdzających pochodzenie pojazdu i umożliwiających jego identyfikację (np. brief, dokument odprawy celnej, umowa kupna-sprzedaży, faktura zakupu, karta pojazdu) oraz kompletu oryginalnych kluczy służących do otwarcia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń uruchamiających systemy zabezpieczające przed kradzieżą (piloty, immobilizery, karty magnetyczne itp.), chyba, że pojazd został utracony w wyniku rozboju”.

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2011.

Powód zarzucił temu postanowieniu jego sprzeczność z art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt

²⁶ Opis klauzuli i uzasadnienia wyroku znajduje się na stronie s. 25-26 niniejszego raportu.

9 i 11 k.c. W ocenie powoda zapis ten nakładał niczym nieuzasadniony obowiązek przedłożenia oryginałów dokumentów potwierdzających pochodzenie pojazdu i umożliwiających jego identyfikację. Ustawa – Prawo o ruchu drogowym dopuszczała natomiast posługiwanie się w obrocie wtórnymi dokumentami pojazdu. Za niedozwolone i naruszające w sposób rażący dobre obyczaje i interesy konsumenta należy uznać takie zapisy o.w.u., które uniemożliwiają uzyskanie ubezpieczonemu odszkodowania, w sytuacji nie przedstawienia oryginałów dokumentu pojazdu, mimo, że nawet ustawodawca dopuścił skuteczne używanie wtórników.

Jeżeli chodzi o stanowisko strony pozwanej to miało one tożsamy charakter jak przy klauzuli abuzywnej nr 2007. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznając przedmiotowe postanowienie za niedozwolone do oceny jego abuzywności, odniósł argumenty przedstawione przy kontroli abstrakcyjnej klauzuli abuzywnej nr 2007 – w części dotyczącej obowiązku przedstawienia oryginalnych dokumentów oraz pojęcia rozboju.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. Argumentacja Sądu Apelacyjnego w Warszawie była tożsama jak w przypadku klauzuli abuzywnej nr 2007 i w części poświęconej ocenie nałożenia obowiązku przedstawienia tylko oryginalnych dokumentów.

Klauzula nr 2012

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„7. Ustalenie wartości szkody (w przypadku wybrania wariantu kosztorysowego) następuje na podstawie wyceny dokonanej przez ubezpieczyciela. Wyceny dokonuje się w oparciu o zasady systemu Audatex (bez uwzględnienia podatku VAT)”.

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2012.

W ocenie powoda zakład ubezpieczeń w sposób bezzasadny i dowolny przyjął, że wysokość szkody ubezpieczonego nie obejmuje podatku VAT. Tym samym naruszona została także zasada zakresu odpowiedzialności za szkodę i sposobu wyliczenia odszkodowania wyrażona w art. 361 § 2 k.c. i 363 k.c.

Zdaniem pozwanego umowa ubezpieczenia autocasco ma charakter dobrowolny i zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela, w szczególności dotyczące sposobu obliczania należnego odszkodowania mogą być ustalane w sposób dowolny w granicach zasady swobody umów. Przedstawiona przez powoda argumentacja była jak najbardziej słuszna, ale w odniesieniu do odszkodowania z ubezpieczenia obowiązkowego OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, gdzie osoba poszkodowana ma prawo do uzyskania odszkodowania zapewniającego naprawienie szkody w pełnej wysokości.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis o ustaleniu wartości szkody bez uwzględniania podatku VAT (bez względu na to czy był to wariant kosztorysowy, czy w oparciu o system Audatex) uznać należało za sprzeczny z art. 363 § 2 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c. Wysokość odszkodowania winna być ustalona według cen części zamiennych i usług koniecznych do wykonania naprawy.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, jeżeli chodzi o rozstrzygnięcie Sądu I instancji w zakresie tego zapisu, to wprawdzie należało zgodzić się z uwagą pozwanego, że odszkodowanie określone w art. 805 § 2 pkt 1 k.c. ma charakter umowny i nie jest tożsame z odszkodowaniem, które przewidują przepisy ogólne prawa cywilnego (art. 361 i nast. k.c.), lecz okoliczność ta nie mogła jeszcze przesądzać o zasadności zarzutu skarżącego. Przedmiotowa regulacja naruszała uprawnienia ubezpieczonych, gdyż nie mogli oni uzyskać pełnej rekompensaty z tytułu doznanej szkody (wariant kosztorysowy) i to w znacznym rozmiarze. Jakkolwiek zakłady ubezpieczeniowe stosują w ogólnych warunkach umów ubezpieczenia mienia różne ograniczenia, które modyfikują obowiązek całkowitego naprawienia szkody (np. franszyza redukcyjna), to takie działania powinny mieć charakter wyjątkowy. Pominięcie przy wycenie wartości szkody podatku VAT oznaczało, że na ubezpieczającego został przerzucony cały jego wydatek, co rażąco naruszało jego interesy i nie było do pogodzenia z dobrymi obyczajami. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie nic nie stoi na przeszkodzie, aby pozwany skalkulował wysokość stawki ubezpieczeniowej, w taki sposób, który pozwoli mu na prowadzenie z zyskiem tego rodzaju działalności

ubezpieczeniowej, bez szkody dla interesów ubezpieczonych.

Klauzula nr 2013

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„9. Ubezpieczyciel ma prawo do potrącenia z odszkodowania rat składki jeszcze nie wymagalnych niezależnie od tego, którego rodzaju ubezpieczenia dotyczy wypłata”.

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2013.

Zdaniem powoda postanowienie to w sposób rażąco naruszało interes konsumenta, które polegało na tym, że ubezpieczyciel jednostronnie przypisał sobie prawo do potrącenia z odszkodowania rat składki, które nie były wymagalne. Powyższa możliwość zastrzeżona została bez względu na wysokość odszkodowania oraz ilość pozostałych do zapłacenia rat składki i ich wartość pieniężną. Działanie takie mogło doprowadzić do sytuacji, w której całość wypłaconego odszkodowania została potrącona przez ubezpieczyciela na poczet niewymagalnych składek ubezpieczeniowych i w efekcie naruszyć interes ekonomiczny konsumenta.

W ocenie pozwanego pomimo treści zakwestionowanego zapisu praktyka polegająca na potrącaniu niewymagalnych rat składki z kwoty wypłaconego odszkodowania nie miała miejsca. Dlatego też zapis ten miał zostać zmieniony przy okazji uchwalenia nowego brzmienia o.w.u. Zdaniem pozwanego nie było jednak argumentów, które mogłyby przemawiać za możliwością uznania tego elementu o.w.u. za postanowienie niedozwolone. Skoro bowiem zgodnie z umową ubezpieczenia miała nastąpić wypłata całego, nieumniejszonego świadczenia z tej umowy (co do zasady nawet w wysokości całej sumy ubezpieczenia), to nielogiczne byłoby, gdyby składka nie była opłacona w całości. Jeżeli świadczenie jednej strony umowy – zakładu ubezpieczeń miało być wykonane w całości, to tym bardziej świadczenie drugiej strony – ubezpieczającego powinno być również wykonane w całości.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to naruszało równowagę kontraktową stron, zobowiązując konsumenta do „zapłaty” rat składki jeszcze niewymagalnych, co wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 16 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie rację należało przyznać skarżącemu (stronie pozwanej), że postanowienie to nie wyczerpywało dyspozycji art. 385³ pkt 16 k.c., jednakże naruszało przepis art. 385¹ § 1 k.c. Z punktu widzenia interesów ubezpieczonego istotne jest, ażeby uzyskał on w danym momencie odszkodowanie pozwalające mu na likwidację powstałej szkody. Słusznie argumentowała strona powodowa, że akceptacja przedmiotowej klauzuli mogła prowadzić do powstania sytuacji, że składka ubezpieczeniowa, przewidziana do zapłaty w późniejszym terminie mogła mieć niebagatelną wysokość i poprzez jej potrącenie z odszkodowania, zostanie podważony cel umowy ubezpieczenia.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu były również następujące postanowienia wzorca umowy:

- *„Sumę ubezpieczenia ustala ubezpieczający w oparciu o wartość rynkową pojazdu na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia. Wartość ta musi odpowiadać cechom publikowanym w miesięczniku Info-Expert Pojazdy samochodowe – wartości rynkowe lub katalogu Eurotax z zastrzeżeniem postanowień § 28”.*

Zdaniem powoda postanowienie to było sprzeczne z art. 385¹ § 1 k.c. i wyczerpywało znamiona postanowienia, o którym mowa art. 385³ pkt 9 k.c. Posługiwało się nieprecyzyjnym pojęciem wartości rynkowej, nie wskazując czy wyliczona wartość pojazdu ma charakter brutto, czy netto. Precyzyjne określenie wartości rynkowej pojazdu jest o tyle istotne, iż od niej zależy wysokość sumy ubezpieczenia, jaką strony przyjmą w umowie. Użycie nieprecyzyjnego, niedookreślonego sformułowania tworzyło pole do dowolnej interpretacji umowy przez ubezpieczyciela, co wprost wypełniało przesłanki klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 9 k.c.

Zdaniem strony pozwanej nie jest konieczne precyzowanie czy wartość pojazdu ma mieć charakter brutto, czy netto. Uzależnione to będzie od tego czy ubezpieczony pojazd jest związany z prowadzoną przez ubezpieczonego działalnością gospodarczą i czy (oraz w jakim zakresie) dokonano odliczenia podatku VAT. Wynika to z przewidzianej w art. 824¹ § 1 k.c.

zasady ustalania odszkodowania. Odwołanie się do cenników Info-Ekspert i Eurotax było precyzyjnym kryterium dotyczącym sposobu ustalania wartości rynkowej pojazdu.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie, które dotyczyło ustalenia sumy ubezpieczenia i wartości rynkowej pojazdu nie mogło zostać uznane za abuzywne, gdyż dotyczyło głównych świadczeń stron, a dodatkowo w sposób jednoznaczny wskazywało jaką wartość pojazdu przyjmuje ubezpieczyciel do ustalenia sumy ubezpieczenia. Postanowienie to nie było przedmiotem kontroli apelacyjnej.

- *„Ubezpieczyciel udziela zniżek składki za przyjęcie w umowie ubezpieczenia systemu rozliczeniowego kosztów naprawy według wariantu kosztorysowego”.*

W ocenie strony powodowej postanowienie to nakłaniało konsumenta do przyjęcia mniej korzystnego dla niego wariantu likwidacji szkody, oferując w zamian zniżkę w składce ubezpieczeniowej o niesprecyzowanej wysokości. Dodatkowo, konsument nie był informowany, jakie są konsekwencje przyjęcia kosztorysowego wariantu likwidacji szkody, w szczególności, że kosztorys nie uwzględnia podatku VAT. Niewątpliwie praktykę taką należało uznać za mającą na celu wprowadzenie w błąd konsumenta poprzez pozorne obiecanie mu korzyści, które w rzeczywistości prowadziło do pogorszenia jego sytuacji. Ponadto zakwestionowany zapis umowny naruszał interes ekonomiczny konsumenta poprzez wypłatę odszkodowania w mniejszej wysokości, co godziło w dobre obyczaje kupieckie, a także w zasadę rzetelnego traktowania konsumenta i w konsekwencji rażąco naruszał interes konsumentów. Tym samym należało uznać ten zapis za sprzeczny z art. 385¹ § 1 k.c.

Zdaniem strony pozwanej umowa ubezpieczenia dobrowolnego może w sposób dowolny określać granice odpowiedzialności ubezpieczyciela. Dopuszczalne są takie warianty ochrony ubezpieczeniowej, w których uzyskane przez ubezpieczonego odszkodowanie nie zapewni mu możliwości pełnego naprawienia szkody. Wbrew twierdzeniom strony pozwanej - zasady dotyczące naprawienia szkody w wariantcie kosztorysowym były w o.w.u. wyraźnie określone. Był to wariant mniej korzystny dla ubezpieczonego. Udzielenie zniżki w składce za wybranie tego wariantu było logiczną konsekwencją przyjęcia takiego rozwiązania. Ubezpieczyciel stworzył możliwość wyboru pomiędzy standardowym sposobem naprawienia szkody (zapewniającego pełne odszkodowanie) a wariantem kosztorysowym, który nie zapewniając pełnego odszkodowania był wariantem tańszym.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to nie miało charakteru abuzywnego (z zastrzeżeniem, że wariant kosztorysowy obejmuje podatek VAT).

Było jednoznaczne i nie budziło żadnych wątpliwości interpretacyjnych. Ocena SOKiK w zakresie tego postanowienia nie była przedmiotem postępowania apelacyjnego.

- *„1. Obowiązkiem ubezpieczającego jest: 1) udzielanie ubezpieczycielowi odpowiedzi na pytania zamieszczone w umowie ubezpieczenia lub skierowane do niego w innej formie pisemnej, 2) podanie wszystkich znanych okoliczności istotnych dla oceny ryzyka i ustalenia składki.
2. Jeżeli ubezpieczyciel zawarł umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne”.*

W ocenie strony powodowej, zakład ubezpieczeń w sposób niedozwolony używał niedookreślonego zwrotu „podanie wszystkich znanych okoliczności”, bez sprecyzowania o jakie okoliczności chodzi. Niepodanie tych okoliczności mogło z kolei prowadzić do odmowy wypłaty odszkodowania. Za pomocą tego postanowienia ubezpieczyciel przypisał sobie prawo do wiążącej interpretacji umowy, czym naruszył normę z art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 11 k.c.

Zdaniem strony pozwanej w działalności ubezpieczyciela niezwykle ważna jest prawidłowa ocena przyjmowanego do ubezpieczenia ryzyka. W praktyce najwięcej informacji o przyjmowanym przez ubezpieczyciela ryzyku posiada sam klient. Zrozumiałe jest zatem oczekiwanie zakładu ubezpieczeń, że klient poda mu wszystkie informacje niezbędne do oceny ryzyka. Nie jest możliwe przewidzenie przez ubezpieczyciela wszystkich czynników, które mogą mieć wpływ na prawdopodobieństwo zajścia wypadku. Nie można stąd sprecyzować o jakie okoliczności chodzi. Ubezpieczyciel zakłada bowiem, że są to okoliczności znane klientowi, których sam ubezpieczyciel nie przewidział.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis ten odpowiadał treści art. 815 k.c. i jako zgodny z obowiązującymi przepisami prawa nie mógł zostać uznany za abuzywny. Ocena SOKiK w zakresie tego postanowienia nie była przedmiotem kontroli apelacyjnej.

- *„Ubezpieczający ma obowiązek niezwłocznie zgłaszać ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia wypadku”.*

Zdaniem powoda postanowienie to w sposób nieprecyzyjny określało obowiązki ubezpieczonego, czym naruszało art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 i 11 k.c. Konsument jako

podmiot o mniejszej świadomości prawnej powinien być dokładnie i w sposób wyczerpujący informowany o obowiązkach, jakie na nim spoczywają, a których prawidłowe wykonanie może mieć wpływ na uzyskanie odszkodowania. Tymczasem powyższe postanowienie było na tyle nieprecyzyjne (nie było wiadomo o jakie okoliczności chodziło), iż stwarzało pole do dowolnej interpretacji tego zapisu przez ubezpieczyciela.

Zdaniem pozwanego postanowienie to było logiczną konsekwencją postanowienia umownego regulującego deklarację ryzyka. Chodziło o okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytał przed zawarciem umowy, a także inne znane ubezpieczającemu.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to odwoływało się do zdarzeń przyszłych i niepewnych (prawdopodobieństwa wypadku). Żadna ze stron umowy, zarówno przedsiębiorca jak i konsument nie może wiedzieć jaka zmiana i jakich okoliczności „ma wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa”. Postanowienie przyznające ubezpieczycielowi prawo do przeprowadzenia takiej oceny było sprzeczne z art. 385³ pkt 9 i 11 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sąd I instancji w ten sposób, że oddalił powództwo w zakresie żądania uznania tego postanowienia za niedozwolone. Sąd Apelacyjny w Warszawie w pełni podzielił zarzuty pozwanego podważające podgląd Sądu I instancji o abuzywności tego postanowienia. Przedmiotowy zapis został potraktowany w sposób wrywkowy, bez analizy dalszej części zapisu o.w.u., gdzie wyjaśniono, że chodzi o te okoliczności, co do których ubezpieczyciel pytał przed zawarciem umowy. Również i to postanowienie nawiązywało do ustawowego uregulowania przyjętego w art. 815 § 2 k.c. i dlatego nie mogło zostać uznane za abuzywne.

- *„Jeżeli ubezpieczający umyślnie lub z rażącego niedbalstwa nie wykonał obowiązków określonych w ust. 1, ubezpieczyciel ma prawo odmówić wypłaty odszkodowania”.*

Powyżej wskazanemu postanowieniu powód zarzucił jego sprzeczność z art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 i 11 k.c. W ocenie powoda postanowienie to w sposób rażąco naruszało interesy konsumenta, ponieważ niewykonanie umyślnie lub z rażącego niedbalstwa obowiązków związanych z podjęciem przez ubezpieczonego (kierowcę) wszelkich dostępnych środków w celu zmniejszenia szkody, uzasadniało odmowę wypłaty odszkodowania bez względu na to czy zachowanie ubezpieczonego pozostawało w związku z brakiem zmniejszenia szkody. Postanowienie to wprost naruszało dyspozycję art. 826 § 3 k.c., który uwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności z powodu niezapobieżenia szkodzie lub

zmniejszeniu jej rozmiarów na skutek umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa ubezpieczonego, ale tylko w sytuacji, w której szkoda powstała właśnie z powodu zachowania się ubezpieczającego.

Pozwany odnosząc się do powyżej sformułowanych zarzutów, wskazał, że postanowienie to zostało aneksem do o.w.u. dostosowane do stanu zgodnego z prawem (do treści art. 826 k.c.).

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo w zakresie tego postanowienia, gdyż pozwany dostosował jego brzmienie do stanu zgodnego z prawem, a od zaprzestania stosowania zakwestionowanego postanowienia do wytoczenia powództwa upłynęło ponad 6 miesięcy. Ocena SOKiK o przyczynach nieuznania tego postanowienia za abuzywne nie była przedmiotem kontroli apelacyjnej.

- *„Ubezpieczający (ubezpieczony, uprawniony) ma obowiązek udostępnić dokumenty, które ubezpieczyciel uzna za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania”.*

Powyżej wskazanemu postanowieniu powód zarzucił jego sprzeczność z art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c. W ocenie powoda postanowienie to w sposób rażąco naruszało interesy konsumentów, ponieważ nie precyzowało, jakich dokumentów ma prawo oczekiwać ubezpieczyciel od ubezpieczonego. Zdaniem powoda zakład ubezpieczeń powinien zawrzeć wyczerpujący katalog dokumentów, jakich może żądać od ubezpieczonego, z zaznaczeniem dla jakich celów dokument byłby wykorzystany. Nieprecyzyjne sformułowanie obowiązku ubezpieczonego stanowiło naruszenie zasad lojalności i uczciwości kupieckiej, definiowało bowiem obowiązek ubezpieczonego w sposób nieprecyzyjny, co z kolei mogło skutkować odmową wypłaty odszkodowania za powstałą szkodę.

Zdaniem strony pozwanej nie jest możliwe przewidzenie wszystkich możliwych kategorii dokumentów, jakie będą konieczne do prawidłowej likwidacji szkody. To jaki dokument będzie niezbędny jest wiadomo dopiero po zajściu wypadku ubezpieczeniowego. Dlatego też nie jest możliwe sformułowanie wyczerpującego, enumeratywnego postanowienia zawierającego katalogu dokumentów, jakie można żądać od ubezpieczonego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone. Ubezpieczyciel w sposób dowolny przyznał sobie prawo do żądania od konsumenta bliżej nieokreślonych dokumentów, tj. takich jakie „uzna za niezbędne”. Pozwany jako podmiot profesjonalnie zajmujący się ubezpieczeniami, winien wiedzieć i

wskazać konsumentowi, jakie dokumenty są mu niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sąd I instancji w ten sposób, że oddali powództwo w zakresie żądania uznania tego postanowienia za niedozwolone. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie można było zgodzić się ze stanowiskiem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, jakoby postanowienie to zastrzegало dowolność postępowania pozwanego zakładu ubezpieczeń przy uznawaniu dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania. Trafnie argumentował skarżący, że nie jest możliwe określenie z góry – jakie dokumenty okażą się konieczne do prawidłowej likwidacji szkody, a zapis ten znajdował swój odpowiednik w przepisie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Nie sposób było dopatrzeć się wskazywanego przez powoda naruszenia art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c.

- *„1. Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni (osoby fizyczne) lub w terminie 7 dni (osoby prawne) od daty zawarcia na okres dłuższy niż 6 miesięcy. Odstąpienie od umowy nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłaty składki za okres, w którym ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.*
2. Zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nastąpi po potrąceniu kosztów manipulacyjnych w wysokości 20% zwracanej składki”.

Postanowieniu, o którym mowa w ust. 1, powód zarzucił rażące naruszenie interesów konsumentów. Zdaniem powoda niedopuszczalne było wyłączenie prawa konsumenta do odstąpienia od umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta na okres krótszy niż 6 miesięcy. Postanowieniu wskazanym w ust. 2, powód zarzucił, iż wyłączało ono z góry możliwość zwrotu części uiszczonej przez ubezpieczonego składki za niespełnione przez pozwanego świadczenie. Dodatkowo, nakładało na konsumenta niczym nieuzasadnioną opłatę manipulacyjną w rażąco wysokim procencie kwoty zwracanej składki. Opłata ta stanowiła nałożenie na konsumenta „odstępnego”, co wprost naruszało normę z art. 385³ pkt 16 k.c. Tym samym było sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumenta.

Jeżeli chodzi o postanowienie, o którym mowa w ust. 1, to pozwany wskazał, że stanowiło ono wierne przeniesienie na grunt o.w.u. treści art. 812 § 4 k.c. Trudno zatem uznać, aby ten sam ustawodawca, który sformułował treść art. 385¹ k.c. w tym samym akcie

prawnym wprowadził przepis będący sam w sobie klauzulą abuzywną. Odnosnie zarzutu powoda w przedmiocie postanowienia wskazanego w ust. 2, pozwany poinformował, iż aneksem do o.w.u. zmienił treść zapisu, dostosowując go do brzmienia art. 813 § 2 k.c. z tym zastrzeżeniem, że zwrot składki nie należał się w przypadku wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej, przez które rozumiało się wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego wyczerpującego sumę ubezpieczenia.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis, o którym mowa w ust. 1, odpowiadał treści art. 814 § 4 k.c. i jako taki nie mógł zostać uznany za niedozwolony. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo w zakresie tego postanowienia, o którym mowa w ust. 2, gdyż pozwany dostosował jego brzmienie do stanu zgodnego z prawem, a od zaprzestania stosowania zakwestionowanego postanowienia do wytoczenia powództwa upłynęło ponad 6 miesięcy. Ocena SOKiK w zakresie tych postanowień nie była przedmiotem kontroli w postępowaniu apelacyjnym.

Klauzula nr 2035

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 8 lipca 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 824/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Sądem właściwym dla rozstrzygania ewentualnych sporów w zakresie świadczenia usług drogą elektroniczną jest Sąd powszechny RP wg siedziby STU Ergo Hestia S.A. w Sopocie”.

Postanowienie to w dniu 27 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2035.

W ocenie powoda zakwestionowane postanowienie „Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną” było sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszało interes ekonomiczny konsumenta, gdyż narzucało konsumentom właściwość miejscową sądu.

Wyrokiem zaocznym z dnia 14 kwietnia 2010 r. Sąd Okręgowy w Warszawie, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał za niedozwolone postanowienie objęte żądaniem pozwu i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami.

Strona pozwana w sprzeciwie od wyroku zaocznego podniosła, że zgodnie z art. 16b pkt 19 ustawy z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o

odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny została zobowiązana do wskazania we wzorcu umowy sądu właściwego do rozstrzygania sporów. Dodatkowo, regulamin, w którym zawarte było to postanowienie, dotyczył tylko i wyłącznie umów o świadczenie usług drogą elektroniczną, a nie umów ubezpieczenia. Kwestionowane postanowienie nie wyłączało jurysdykcji sądów polskich, nie poddawało sprawy pod rozstrzygnięcie sądu polubownego polskiego lub zagranicznego albo innego organu, a także nie narzucało rozpoznania sprawy przez sąd, który wedle ustawy nie jest miejscowo właściwy na podstawie art. 385³ pkt 23 k.c. Zdaniem ubezpieczyciela w sporach powstałych lub mogących powstać z zawartej w oparciu o ten regulamin umowy był i będzie zawsze podmiot świadczący usługę, a zatem sądem właściwym według właściwości ogólnej (art. 30 k.p.c.) jest sąd siedziby ubezpieczyciela. Dodatkowo, konsument przy zawieraniu umowy może skorzystać z różnych sposobów jej zawarcia, w tym również przez internet, przy czym w tym ostatnim wypadku przed skorzystaniem z usługi zapoznaje się on w pierwszej kolejności z regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną, który akceptuje albo nie. Dopiero akceptacja tego regulaminu rodzi możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wzorzec umowy, który zawierał zakwestionowane postanowienie, nie stanowił podstawy do zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodnie bowiem z treścią regulaminu został on sporządzony przy uwzględnieniu art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, a jego przedmiotem było określenie (sposobu) korzystania z usług świadczonych drogą elektroniczną za pośrednictwem serwisu Hestia, a w szczególności sposobu zachowania danych związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia, o prawie właściwym do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, sposobie jej rozwiązania oraz trybie dochodzenia roszczeń z umowy ubezpieczenia. Fakt, iż przedmiotowy regulamin regulował zasady zachowania danych związanych z umową ubezpieczenia, nie powodowało, że na jego podstawie był nawiązywany stosunek ubezpieczenia, a zatem rzezone postanowienie nie powodowało narzucenia właściwości sądu miejscowo właściwego dla siedziby ubezpieczyciela w stosunkach ubezpieczenia, nawet jeśli za pośrednictwem sieci internetowej została zawarta umowa ubezpieczenia. Dalej idąc, SOKiK wskazał, że ustawa o świadczeniu usług drogą elektroniczną regulowała jedynie prawo właściwe (prawo materialne) dla sporów wynikających z realizacji umowy o świadczenie usług drogą elektroniczną. Nie odnosiła się do właściwości miejscowej sądu. Natomiast art. 16b ust. 19 ustawy o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną za produkt

niebezpieczny nakładał na przedsiębiorcę jedynie obowiązek poinformowania, przy użyciu środka porozumiewania się na odległość, najpóźniej w chwili złożenia mu propozycji zawarcia umowy, o sądzie właściwym dla rozstrzygnięcia sporów związanych z wykonaniem umowy zawartej na odległość. Zdaniem SOKiK, literalna wykładnia tego przepisu nie prowadziła do wniosku, że koniecznym było oznaczenie wprost siedziby sądu. Przywołany przepis ustawy nakładał jedynie obowiązek wskazania co do zasady właściwości miejscowej sądu, a zatem poprzez odwołanie się do przepisów art. 27 i nast. k.p.c. możliwym było, w zależności od okoliczności konkretnej sprawy i wyboru jednej z podstaw właściwości sądu, wskazanie, iż spory będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla przedsiębiorcy, bądź sąd miejsca zamieszkania konsumenta. W ocenie SOKiK nietrafny był argument pozwanego, że tak określona właściwość sądu uzasadniona była faktem, że w sporach wynikających ze świadczenia usług drogą elektroniczną stroną pozwaną mógł być tylko ubezpieczyciel, a co za tym idzie sądem właściwym będzie sąd oznaczony według zasady ogólnej (art. 30 k.p.c.) Przedmiotowy regulamin przewidywał możliwość sporu ubezpieczyciela z konsumentem z tytułu szkody wyrządzonej przez konsumenta wskutek przesłania przez niego informacji o charakterze bezprawnym, obraźliwym, mogącym wprowadzić w błąd, a także treści zawierających wirusy lub mogących wywołać zakłócenia lub uszkodzenia systemów komputerowych. W takim przypadku, wobec treści zakwestionowanego postanowienia umownego, niezależnie od miejsca zamieszkania konsumenta, musiał on w celu obrony swoich praw prowadzić proces w sądzie właściwym dla siedziby ubezpieczyciela, podczas gdy w braku tegoż postanowienia toczyłby on ten spór przed sądem, w którego okręgu zamieszkuje. Pomijając nawet powyższe, również w wypadku, w którym układ procesowy przedstawiłby się tak jak twierdzi pozwany (konsument pozywa ubezpieczyciela na tle zobowiązania wynikającego z umowy zawartej w oparciu o regulamin), kwestionowane postanowienie nie mogło się ostać, a to z tej przyczyny, że właściwość ogólna jest podstawową, ale nie jedyną podstawą właściwości jaka może znaleźć zastosowanie i z której konsument może skorzystać. Nie można wykluczyć, że zaistniałby spór, który pozwoliłby konsumentowi skorzystać z sądu właściwego według miejsca wykonania zobowiązania (art. 34 k.p.c.), które znajduje się w jego miejscu zamieszkania - co z przyczyn oczywistych byłoby dla niego bardziej wygodne niż konieczność poszukiwania ochrony prawnej w sądzie ogólnie właściwym dla pozwanego (art. 30 k.p.c.). Zamieszczając w treści regulaminu postanowienie o treści powyżej wskazanej zakład ubezpieczeń wykluczył możliwość skorzystania z innej właściwości niż właściwość ogólna, która to była korzystna tylko dla ubezpieczyciela. Powyższe względy, w tym wskazana wprost sprzeczność kwestionowanego

postanowienia umownego z przepisem art. 385³ pkt 23 k.c., powodowały, że w ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, postanowienie to należało uznać za niedozwolone i zakazać jego stosowania w obrocie z konsumentami.

Niezależnie od powyższej oceny, SOKiK w uzasadnieniu wyroku zwrócił również uwagę, że postanowienie to było zbieżne z postanowieniami umownymi uprzednio wpisanymi do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 76, 77, 169, 310, 409, 637, 801, 879, 913, 922, 1404, 1449, 1663, 1734, 1735, 1799.

Klauzula nr 2161

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 14 maja 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1175/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 29 czerwca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 274/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Opłata likwidacyjna (koszt wykupu środków zgromadzonych na ORJU składek regularnych) - przy dokonaniu całkowitego lub częściowego wykupu certyfikatu ubezpieczeniowego – 100% jeżeli składki regularne były łącznie opłacane krócej niż 1 rok”.

Postanowienie to w dniu 4 lutego 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2161.

W ocenie powoda postanowienie to naruszało obowiązek rzetelnego i kompleksowego informowania konsumenta o istotnych okolicznościach dotyczących jego praw i obowiązków, a także nie realizowało przewidzianego w art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej obowiązku określenia lub zawarcia w umowie zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Powodowało to, że tak sformułowane postanowienie umowne rażąco naruszało interesy konsumenta, gdyż wykreowało nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na niekorzyść klienta. Jednocześnie, godziło w dobre obyczaje, gdyż nie pozwalało konsumentowi zapoznać się ze specyfiką i charakterystyką opłaty likwidacyjnej oraz uniemożliwiało przeprowadzenie realnej oceny o ekwiwalentności świadczeń wynikających z umowy.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości, podnosząc, że ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniem kapitałowym miały zastosowanie do przedsiębiorców, którzy występują w roli ubezpieczających. Nie była to umowa zawierana z konsumentem w rozumieniu art. 22¹ k.c. Powód nie posiadał zatem czynnej legitymacji procesowej. Niezależnie od tego zakwestionowane postanowienie nie miało charakteru abuzywnego.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w całości podzielił stanowisko zaprezentowane przez ubezpieczyciela. Uznał, iż w świetle art. 479³⁸ § 1 k.c. powód nie miał czynnej legitymacji procesowej, gdyż nie mógł on z ubezpieczycielem zawrzeć umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Stronami takiego stosunku zobowiązaniowego byli przedsiębiorcy, a ubezpieczony (np. powód) był wyłącznie beneficjentem takiej umowy. Poglądu takiego nie zmieniał fakt, że przepis art. 805 § 5 k.c. stanowił, że w przypadku gdy umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej art. 385¹, 385³ k.c. stosuje się odpowiednio, albowiem to przepisy kodeksu postępowania cywilnego przesądzają o katalogu podmiotów uprawnionych do inicjowania abstrakcyjnej kontroli wzorców umownych, a nie przepisy prawa materialnego. Niezależnie od tego, Sąd I instancji, merytorycznie ustosunkował się do treści zakwestionowanego postanowienia. W ocenie SOKiK postanowienie to zawierało wszelkie, niezbędne informacje. Nie można utożsamiać pojęcia składki ubezpieczeniowej z pojęciem „kosztów wykupu”, gdyż w tym drugim przypadku chodziło *de facto* o koszt manipulacyjny, jaki trzeba było ponieść żeby wykupić środki zgromadzone na osobistym rachunku osoby ubezpieczonej. Poza tym, umowa ubezpieczenia na wypadek śmierci lub dożycia określonego wieku ma charakter długoterminowy i powszechnie wiadomym jest, że w pierwszych latach koszt wykupu alokowanych środków jest większy, niż w kolejnych latach, a co za tym idzie również opłaty manipulacyjne są wyższe. Z tych względów zakwestionowane postanowienie nie naruszało treści art. 385¹ § 1 k.c. i nie nosiło znamion przesłanek klauzuli abuzywnej przykładowo wymienionej w art. 385³ k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, że uznał zakwestionowane postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie ubezpieczony konsument posiadał legitymację czynną do wytoczenia powództwa o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone. Wprawdzie z formalnoprawnego punktu

widzenia nie mógł on zawrzeć umowy ubezpieczenia, ale jako jej beneficjent (potencjalny ubezpieczony) odgrywałby pierwszoplanową rolę w powstałym stosunku zobowiązaniowym. Na ubezpieczonym spoczywałby cały ciężar ekonomiczny związany z udzielaniem mu ochrony ubezpieczeniowej, podczas gdy dla ubezpieczającego zostały zastrzeżone tylko pewne czynności o charakterze organizacyjnym, służące należytej dbałości o interes ubezpieczonego. Dla ubezpieczonego nie jest rzeczą obojętną kwestia wysokości pobieranych przez ubezpieczyciela opłat, skoro takie wydatki są pokrywane bezpośrednio z jego środków.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie, Sąd I instancji pozostawał w błędzie utrzymując, że koszty wykupu środków (opłata likwidacyjna) nie będą, w pierwszym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia, pochłaniały wszystkich środków, stanowiących równowartość zaewidencjonowanych na osobistym rachunku ubezpieczonego jednostek uczestnictwa w danym funduszu kapitałowym. Zgodnie z treścią o.w.u. „wykup” oznaczał wypłatę środków zgromadzonych na osobistym rachunku jednostek uczestnictwa (ORJU) pomniejszoną o koszt przewidziany w tabeli opłat i limitów, tj. o opłatę likwidacyjną. Z kolei z punktu 2 tej tabeli wynikało, że koszt ten będzie wynosił w pierwszym roku 100%, z tym że nie sprecyzowanego – czego? Skoro jednak w punkcie 1 tejże tabeli inna opłata (opłata administracyjna) była określona procentowo od wartości rachunku jednostek uczestnictwa to nie było powodów, aby przyjąć odmienny punkt widzenia w przypadku sposobu wyliczenia opłaty likwidacyjnej. Poza tym, w odpowiedzi na pozew, zakład ubezpieczeń nie negował tezy powoda, że rezygnacja przez ubezpieczonego z dalszego wnoszenia składek ubezpieczeniowych w pierwszym roku trwania ubezpieczenia będzie skutkować utratą wszystkich środków, jakie zostaną uzyskane poprzez wykup jednostek uczestnictwa. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie ubezpieczyciel przewidział dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami w przypadku zawarcia ubezpieczenia na rzecz konkretnej osoby. Przy czym zastrzeżenie to miało charakter uniwersalny, tzn. było całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Tak sformułowane postanowienie naruszało dobre obyczaje, gdyż skutkowało przejęciem przez ubezpieczyciela całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Nie wystarczyło tu ogólne powołanie się na rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu alokowanych środków w pierwszych latach obowiązywania umowy ubezpieczenia jest wyższy niż w latach następnych z uwagi na wyższe opłaty manipulacyjne. Nie stanowiło też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak

rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter. Kwestionowany zapis rażąco naruszał interes konsumenta, gdyż prowadził do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści, kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza gdy ten ostatni zgromadził na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości. Słusznie zatem powód wskazywał, że przedmiotowa klauzula wypełniała dyspozycję przepisu art. 385¹ § 1 k.c.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu było również postanowienie o.w.u. o treści: „w *każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia [...] ma prawo dokonać zmian warunków umowy poprzez dostarczenie ubezpieczającemu nowej treści OWU*”.

Strona powodowa zarzuciła temu zapisowi umownemu, że nie wskazywało ono postanowień objętych klauzulą modyfikacyjną, jak również ważnych przyczyn uzasadniających jednostronną zmianę umowy, co stało w sprzeczności z dyspozycją art. 385³ pkt 10 i 19 k.c. Strona pozwana, podobnie jak w przypadku klauzuli abuzywnej nr 2161, wniosła o oddalenie powództwa z powodu braku legitymacji czynnej powoda i z uwagi na brak przesłanek do uznania o abuzywności tego postanowienia.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo również w zakresie tego postanowienia i z przyczyn wskazanych przy opisie klauzuli abuzywnej nr 2161 (brak legitymacji powoda). Podobnie, merytorycznie ustosunkował się do treści zakwestionowanego postanowienia. SOKiK wskazał, że przewidziana możliwość zamiany o.w.u. nie regulowała praw i obowiązków konsumenta (ubezpieczonego), gdyż prawo wniesienia sprzeciwu przeciwko takim zmianom przysługiwało wyłącznie ubezpieczającemu (przedsiębiorcy) i w razie dokonania takiej czynności dochodziło do wypowiedzenia umowy łączącej ubezpieczyciela z ubezpieczającym, co nie miało wpływu na prawa i obowiązki ubezpieczonego. W treści o.w.u. przewidziano bowiem obowiązek informowania ubezpieczonego o dokonanych zmianach przed wyrażeniem zgody na ich wprowadzenie, a wobec braku odrębnych uregulowań we wzorcu umownym, dotyczących tej kwestii, zastosowanie miały przepisy ustawowe, które gwarantowały osobie ubezpieczonej, iż w przypadku nieprzekazania jej stosowanych informacji o zamierzonych modyfikacjach w o.w.u., zmiana warunków umowy ubezpieczenia była skuteczna względem ubezpieczonego jedynie w części dla niego korzystnej. Sąd I instancji podniósł również, że ubezpieczony miał możliwość zachowania ciągłości ubezpieczenia w drodze indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na wypadek rozwiązania umowy grupowego ubezpieczenia na życie z

ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Sąd I instancji nie uznał zatem, iż zakwestionowany zapis umowny był postanowieniem niedozwolonym.

Ocena o braku abuzywności tego postanowienia umownego została podzielona w postępowaniu apelacyjnym przez Sąd Apelacyjny w Warszawie. Zdaniem tego Sądu, pomijając nawet kwestię adresata tego zapisu (dotyczył on ubezpieczającego, a nie ubezpieczonego), nie sposób było zauważyć, iż istota tego zapisu umownego sprowadzała się do zagwarantowania ubezpieczycielowi prawa dokonania zmian umowy w całym okresie jej obowiązywania. Natomiast powód w sposób nieuprawniony powiązał użyty w nim zwrot „w każdym momencie” z brakiem konieczności zaistnienia ważnej przyczyny do dokonania modyfikacji o.w.u. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie ubezpieczyciel nie naruszył tu również przepisu art. 385³ pkt 19 k.c., który zakazuje wprowadzania do umowy zastrzeżenia przewidującego uprawnienie kontrahenta konsumenta do dokonania jednostronnej zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia. Stosowne gwarancje stabilności postanowień zawartej na rzecz osoby ubezpieczonej umowy ubezpieczenia na życie zawierały postanowienia o.w.u., które regulowały obowiązek poinformowania ubezpieczonego o zmianach przed wyrażeniem zgody na ich dokonanie i skutki niewykonania tego obowiązku informacyjnego. Jakkolwiek z treści zakwestionowanego postanowienia umownego nie wynikało wprost - o wyrażenie czyjej zgody chodziło - to skoro była tam mowa o informacji dotyczącej zmian warunków ubezpieczenia kierowanej do ubezpieczonego, w grę mogła wchodzić tylko jego wola, tym bardziej, że ustawodawca w przepisie art. 829 § 2 k.c. zawarł wymóg uzyskania uprzedniej zgody ubezpieczonego zarówno na zawarcie umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, jak i na jej zmianę. Prawidłowo zatem Sąd I instancji uznał, że sporny zapis umowny nie mógł rodzić negatywnych skutków prawnych dla ubezpieczonego.

Klauzula nr 2305

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 14 stycznia 2011 r. w sprawie sygn. akt 1667/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Pisma towarzystwa skierowane pod ostatni znany towarzystwu adres ubezpieczającego, uczestnika, uposażonego, uposażonego zastępczego lub innego uprawnionego z umowy

ubezpieczenia, uważa się za doręczone po upływie trzydziestu dni od dnia ich wysłania”.

Postanowienie to w dniu 13 maja 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2305.

W ocenie powoda postanowienie to stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ k.c. – było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało uzasadniony interes konsumenta, ponieważ w sposób sprzeczny z prawem wprowadzało domniemanie doręczenia oświadczeń zakładu ubezpieczeń konsumentowi na niekorzyść konsumenta.

Zdaniem pozwanego zakwestionowane postanowienie nie było sprzeczne z dobrymi obyczajami, zaś istniejąca w pewnym stopniu nierównowaga kontraktowa, ustanawiająca domniemanie doręczenia wyłącznie na korzyść ubezpieczyciela, nie stanowiła rażącego naruszenia interesów konsumenta. Wprowadzenie przedmiotowego postanowienia uzasadnione było przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Zgodnie bowiem z art. 13 ust. 3 tejże ustawy w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia. Ponadto ust. 3a i 3c ww. przepisu ustawy o działalności ubezpieczeniowej przewidywały obowiązek przekazywania ubezpieczonemu i ubezpieczającemu określonych informacji. Istotne przy tym było to, iż w przypadku nieprzekazania ubezpieczonemu wymaganych informacji, zmiana warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia, wysokość świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym wartość wykupu, sumy ubezpieczenia w przypadku umowy ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia wyrażoną w ustalonej kwocie oraz wartości premii jest skuteczna względem ubezpieczonego jedynie w części korzystnej dla tego ubezpieczonego. Podobny obowiązek nakładał art. 16 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności

zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Strona pozwana podkreśliła również, że umowa ubezpieczenia jest kontraktem najwyższego zaufania, dlatego w o.w.u. zawarte zostało zobowiązanie, iż nie będzie on korzystał z postanowień zawartych we wzorcu, godzące w dobre obyczaje, ani w inny sposób, który postanowienia uprawniające go do stosowanych ustaleń czyniłby niedozwolonymi. Ponadto klauzula ta miała zastosowanie jedynie wówczas, gdy konsument nie zaktualizował uprzednio przekazanych danych. Nieprzekazanie zaś przez konsumenta informacji o zmianie adresu mogło skutkować niewykonaniem przez zakład ubezpieczeń jego obowiązków ustawowych.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to spełniało przesłanki uznania go za niedozwoloną klauzulę umowną. Kwestionowane postanowienie umowy rażąco naruszało interes konsumenta, gdyż poważnie i znacząco odbiegało od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia. W niniejszej sprawie nie ulegało wątpliwości, że stosowane przez pozwanego postanowienie umowne godziło w zasadę równowagi kontraktowej, naruszając tym samym interesy konsumenta. Zgodnie bowiem z art. 61 § 1 k.c., oświadczenie woli, które ma być złożone drugiej stronie, jest złożone z chwilą, gdy doszło do niej w taki sposób, że mogła zapoznać się z jego treścią. Przepis ten w zakresie składania oświadczeń woli opowiada się za teorią doręczenia. Nie wymaga jednak, aby adresat oświadczenia faktycznie zapoznał się z jego treścią. Decydujące znaczenie ma sama możliwość zapoznania się. Złożenie oświadczenia woli ma miejsce także wówczas, gdy strona mając realną możliwość zapoznania się z jego treścią z własnej woli nie podjęła przesyłki pocztowej, zawierającej to oświadczenie²⁷. Jeżeli więc oświadczenie zostało przesłane adresatowi listem albo innym sposobem porozumiewania się na odległość, składający oświadczenie powinien wykazać np. za pomocą pocztowego dowodu nadania albo zwrotnego poświadczenia odbioru że list został adresatowi doręczony. Pocztowy dowód nadania listu poleconego nie jest wprawdzie dowodem doręczenia go adresatowi, ale jest dowodem *prima facie*. W wyroku z dnia 15 stycznia 1990 r. (sygn. akt I CR 1410/89) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że jeżeli treść oświadczenia woli składanego innej osobie jest zawarta w piśmie przesłanym pocztą, a przesyłka – wobec niemożności doręczenia – została pozostawiona w urzędzie pocztowym z powiadomieniem o niej jej adresata, dojście

²⁷ Por. wyrok SN z dnia 11 grudnia 1996 r. (sygn. akt I PKN 36/96, OSNC 1997/14/251).

oświadczenia do wiadomości tej osoby w rozumieniu art. 61 k.c. następuje z chwilą doręczenia pisma w dniu przyjętym analogicznie do daty doręczenia pisma sądowego w trybie art. 139 § 1 k.p.c. Podobny pogląd wyrażony został także w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 października 1974 r. (sygn. akt I CR 407/74, OSNCP 1975/10-11/152).

Mając na uwadze ogólną zasadę składania oświadczeń woli, wyrażoną w art. 61 § 1 k.c., oraz fakt, że uregulowana ona jest w przepisie ustawy, przyjęć należało, że treść zakwestionowanego postanowienia była sprzeczna z prawem oraz godziła w zasadę swobody umów. Jednocześnie, w sposób rażąco postanowienie to naruszało interes konsumenta, albowiem prowadziło do postawienia go w sytuacji słabszej strony stosunku prawnego i obarczało negatywnymi konsekwencjami. Przyjęcie bowiem konstrukcji domniemania doręczenia z upływem 30 dni od dnia wysłania pisma, powodowało, że konsument nie miał możliwości wykazania, że nie mógł zapoznać się z treścią kierowanych do niego przez zakład ubezpieczeń informacji. Sam fakt wysłania pisma na adres konsumenta nie stanowił żadnego dowodu, że miał on realną możliwość zapoznać się z treścią kierowanej do niego korespondencji. SOKiK podzielił przy tym wskazania Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zawarte w „Raportie z kontroli wzorców umownych stosowanych przez zakłady ubezpieczeń”²⁸, że wprowadzanie do umów domniemania doręczenia jest dopuszczalne, jednakże jedynie w sytuacji przysługiwania takiego domniemania w stosunku do obu stron umowy. Nieuzasadnione było przy tym twierdzenie pozwanego, że adres siedziby zakładu ubezpieczeń jest faktem powszechnie znanym i dostępnym, wobec czego konsumentowi nie powinny przysługiwać analogiczne. W ocenie SOKiK, podobna sytuacja występuje w stosunku do konsumenta. Podpisując umowę z ubezpieczycielem, konsument wskazuje adres, na który winna być kierowana korespondencja i wiedza ta jest zakładowi ubezpieczeń znana. Stosując natomiast zasady doręczeń zawarte w art. 61 § 1 k.c., zakład ubezpieczeń winien konsumentowi wysłać wszelkie wymagane prawem informacje pod znany sobie adres wskazany w umowie. Posiadając dowód doręczenia takiej korespondencji, pozwany będzie zwolniony z sankcji jakie nakłada na niego ustawa o działalności ubezpieczeniowej za niedopełnienie obowiązków informacyjnych wobec konsumenta. Bez znaczenia pozostaje przy tym, czy konsument zaktualizował swoje dane, w tym dane adresowe, informując o tym ubezpieczyciela, bowiem jak wskazano powyżej, dojście do wiadomości konsumenta w rozumieniu art. 61 k.c. następuje z chwilą doręczenia pisma w dniu przyjętym analogicznie do daty doręczenia pisma sądowego w trybie art. 139 § 1 k.p.c.

²⁸ Raport z kontroli wzorców umownych ubezpieczeń na życie, Warszawa, styczeń 2010, s. 16-17, www.uokik.gov.pl/download.php?id=598.

Jeżeli nawet konsument zaniechałby obowiązku aktualizacji danych, a zakład ubezpieczeń doręczyłby pismo na nieaktualny, ale ostatni znany mu adres, to pozwany nie podniósłby negatywnych konsekwencji doręczenia korespondencji na nieaktualny adres, albowiem w trybie domniemania wynikającego z art. 61 § 1 k.c. przesyłkę należało uznać za prawidłowo doręczoną. Wobec powyższych wywodów uznać należało, że przyjęcie domniemania doręczenia powiązanego z jedynie z faktem wysłania oświadczenia woli, bez możliwości zapoznania się, choćby tylko domniemanego, z jego treścią, w sposób rażący, tj. oczywisty, niewątpliwy i bezsporny naruszało interesy konsumenta. Wobec tego postanowienie to spełniało przesłanki klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 2311

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 24 stycznia 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1874/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„[...] Jeżeli Ubezpieczający, Uposażony, lub inny adresat korespondencji zmienił adres korespondencyjny i nie powiadomił o tym Ubezpieczyciela w formie wskazanej w ust. 1, to przyjmuje się, że Ubezpieczyciel przekazał korespondencję i wywiera ona skutki prawne po upływie 30 dni od dnia jej wysłania na ostatni podany adres”.

Postanowienie to w dniu 10 czerwca 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2311.

W ocenie powoda zakwestionowane postanowienie naruszało art. 385¹ § 1 k.c. oraz było tożsame w treści i w skutkach z postanowieniami uprzednio wpisanymi do rejestru klauzul abuzywnych. Niekorzystnie kształtowało sytuację konsumenta, gdyż tworzyło fikcję doręczenia korespondencji konsumentowi już w momencie jej wysłania. W ocenie powoda, ubezpieczyciel uzależniał sytuację prawną konsumenta od działania osoby trzeciej nie mającej żadnego związku, ani z zakładem ubezpieczeń, ani z konsumentem, z którym ubezpieczyciel zawarł umowę. Na podstawie tak skonstruowanego postanowienia ubezpieczyciel mógł wysłać pismo zwykłym listem, który następnie został zagubiony przez pocztę, ale i tak skutek doręczenia miałby miejsce. Zakwestionowany zapis o.w.u. szedł dalej w ograniczeniu praw konsumenta niż instytucja doręczenia zastępczego, gdyż w przypadku tej instytucji wymagane jest, aby poczta podjęła próbę doręczenia korespondencji. Dopiero

kiedy doręczenie okazuje się niemożliwe następuje skutek w postaci uznania, że do doręczenia doszło. Natomiast zgodnie z zakwestionowanym postanowieniem żadne działanie ze strony poczty nie było wymagane. List mógł zostać zagubiony zaraz po jego nadaniu, a i tak skutek doręczenia nastąpił. Sprzeczne ze standardami ochrony konsumenta powinno być postanowienie umowne, które idzie dalej niż instytucja doręczenia zastępczego i przesuwając moment doręczenia z chwili, kiedy poczta bezskutecznie próbuje doręczyć przesyłkę na moment, kiedy ubezpieczyciel nadaje tę przesyłkę na pocztę. Dodatkowo, przedmiotowe postanowienie działało jedynie na korzyść ubezpieczyciela.

Strona pozwana potwierdziła, że stosowany zapis tworzył swojego rodzaju domniemanie doręczenia przesyłki po upływie 30 dni od dnia jej wysłania. Domniemanie to dotyczyło wyłącznie sytuacji, w której druga strona umowy ubezpieczenia (ubezpieczający lub ubezpieczony) nie powiadomił o zmianie swojego adresu do korespondencji. Celem przedmiotowego zapisu było wskazanie konsekwencji związanych z brakiem poinformowania o zmianie adresu do korespondencji. Pozwany wskazał, że zgodzić się należy z twierdzeniem, że stosownie do obowiązującej na gruncie prawa materialnego teorii doręczenia, której egzemplifikacją stanowi art. 61 k.c. to nadawca oświadczenia ponosi ryzyko tego, że oświadczenie woli nie dojdzie do adresata w ogóle lub dojdzie do niego w taki sposób, że nie będzie on mógł się z nim zapoznać w zwykłym toku czynności, tj. bez szczególnych nakładów lub starań. Na składającym oświadczenie spoczywa jedynie ciężar udowodnienia, że oświadczenie doszło do adresata w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią. W ocenie pozwanego informowanie ubezpieczyciela o zmianie danych do korespondencji stanowi minimum staranności, jakiej można oczekiwać od drugiej strony, w tym od konsumenta. Nie można zgodzić się ze stanowiskiem, iż poprzez zastosowanie domniemania doręczenia konsument zostaje pozbawiony możliwości rzeczywistego zapoznania się z oświadczeniem woli ubezpieczyciela i narażony jest na skutki prawne z tym związane. Konsument nie informując o zmianie adresu do korespondencji sam pozbawia się takiej możliwości, a ryzykiem związanym z brakiem możliwości doręczenia przesyłki nie można obciążać ubezpieczyciela. Wysłanie korespondencji na ostatni znany adres jest w takiej sytuacji równoznaczne z podjęciem należytych starań, mających na celu umożliwienie adresatowi korespondencji zapoznania się z jej treścią. Chybiony był zarzut powoda, iż klauzula ta szła dalej w ograniczeniu praw konsumenta niż instytucja doręczenia zastępczego. Zakwestionowany zapis o.w.u. miał zastosowanie wyłącznie w przypadku, gdy druga strona umowy nie powiadomiła ubezpieczyciela o zmianie swojego adresu korespondencyjnego. W

takiej sytuacji bez znaczenia było to czy przesyłka dotarła pod wskazany adres czy też nie. Niezależnie bowiem od liczby podejmowanych prób doręczenia przesyłki oraz sposobu doręczania korespondencji (za pośrednictwem poczty, czy pracownika ubezpieczyciela), wszelkie działania skierowane na umożliwienie konsumentowi zapoznania się jej treścią z góry były skazane na niepowodzenie. Działo się tak z woli i za zgodą konsumenta, który nie poinformował o zmianie adresu, pod który należało kierować korespondencję. Uznanie twierdzeń powoda za zasadne prowadziło do naruszenia równowagi stron stosunku umownego poprzez nieuzasadnione, nadmierne wzmocnienie pozycji konsumenta. W sytuacji bowiem, gdy na ubezpieczyciela ciąży szereg obowiązków informacyjnych, z którymi wiąże się wymóg pisemnego informowania ubezpieczającego, czy ubezpieczonego o zmianach umowy, przyjęcie rozwiązania sugerowanego przez powoda, uniemożliwiałoby ubezpieczycielowi wywiązanie się z tych zobowiązań. Tym czasem, pomimo nałożonych na ubezpieczyciela obowiązków informacyjnych, żadne przepisy obowiązującego prawa nie zobowiązywały zakładu ubezpieczeń do weryfikacji czy druga strona umowy wskazała prawidłowy adres do korespondencji. Tym bardziej ubezpieczyciel nie miał obowiązku poszukiwania adresu celem doręczenia korespondencji. Nie można było zgodzić się także z zarzutem powoda, iż kwestionowane postanowienie umowne działało jedynie na korzyść ubezpieczyciela. Postanowienie umowne nie uzależniało skuteczności korespondencji od sposobu jej nadania. Ponadto o.w.u. przewidywały możliwość ustalenia innej formy komunikacji niż forma pisemna, wobec czego zarzut naruszenia równowagi stron poprzez wprowadzenie wymogu pisemności w kontaktach z ubezpieczającymi, ubezpieczonymi był całkowicie nieuzasadniony.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie stanowiło niedozwolone postanowienie wzorca umowy w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Niekorzystnie kształtowało sytuację konsumenta poprzez zastosowanie w zakresie sposobu składania oświadczeń woli instytucji tzw. doręczenia zastępczego, co było niezgodne z regułą wyrażoną w art. 61 k.c. Przenoszenie konstrukcji postępowania cywilnego na grunt stosunków cywilnoprawnych z konsumentami nie znajdowało żadnych podstaw prawnych. Konsekwencją stosowania przez ubezpieczyciela tak skonstruowanego postanowienia mogła być w szczególności sytuacja, w której konsument w sposób nagły i nieoczekiwany znajdzie się w niekorzystnym dla siebie położeniu prawnym. Należało mieć na względzie, że skutki zastosowania przez ubezpieczyciela doręczenia zastępczego mogły być dla klienta bardzo poważne. Ubezpieczyciel był bowiem uprawniony do uznania, że klient został

poinformowany np. o istotnych zmianach regulaminu, podczas gdy taka informacja w ogóle do niego nie dotarła. Ocena, czy istniała w danym przypadku możliwość zapoznania się przez konsumenta z treścią oświadczenia woli przedsiębiorcy wymaga uwzględnienia konkretnych okoliczności sprawy. Na składającym oświadczenie woli spoczywa ciężar dowodu, że doszło ono do adresata w sposób umożliwiający mu zapoznanie się z jego treścią. Adresat oświadczenia woli może natomiast obalić domniemanie doręczenia wskazując, że nie miał możliwości zapoznania się z jego treścią. Trudno wyobrazić sobie sytuację, w której rygory doręczenia zastępczego korespondencji ubezpieczyciela mogłyby działać na korzyść klienta. Możliwe było, że klient faktycznie nie zapoznał się z treścią oświadczenia woli zakładu ubezpieczeń i w czasie właściwym nie mógł w żaden sposób zareagować i tym samym został pozbawiony możliwości obrony swoich interesów. W rezultacie SOKiK uznał, iż zakwestionowane postanowienie zostało ustalone wyłącznie w interesie ubezpieczyciela z pominięciem interesu klientów. Ubezpieczyciel chciał mieć w ten sposób zapewnioną możliwość uznania każdej korespondencji kierowanej do klienta za doręczoną także w sytuacjach, gdy ten faktycznie jej nie odebrał i to niezależnie od tego, czy w danych okolicznościach miał on taką realną możliwość.

W świetle powyższego umieszczenie w o.w.u. klauzuli o treści powyżej wskazanej, w ocenie SOKiK, prowadziło do nieuzasadnionego uprzywilejowania przedsiębiorcy, który uzyskał możliwość uproszczenia zasad prowadzenia swojej działalności kosztem naruszenia interesów konsumenta. Ponadto treść zakwestionowanej klauzuli mogła doprowadzić konsumenta do przekonania, że wynikająca z niej możliwość uznania kierowanej do niego korespondencji za doręczoną, mimo że faktycznie nie miał możliwości zapoznania się z jej treścią, nie pozwalała mu na obronę lub dochodzenie jego słuszych roszczeń poprzez możliwość obalenia domniemanie doręczenia. Takie ukształtowanie stosunku prawnego stanowiło nadużycie przewagi kontraktowej przez ubezpieczyciela, który jest profesjonalistą względem konsumenta. Przedmiotowe postanowienie nie uwzględniało i nie zabezpieczało interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, nie znajdowało żadnego uzasadnienia i prowadziło do ukształtowania stosunku ubezpieczeniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Zakwestionowany zapis bezsprzecznie kształtował prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Klauzula nr 2322

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1872/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Jeżeli ubezpieczający zmienił adres bądź siedzibę i nie zawiadomił o tym HDI, zawiadomienia lub oświadczenia, skierowane przez HDI listem poleconym na ostatni adres bądź siedzibę ubezpieczającego, wywierają skutki prawne w chwili, w której doszłoby do niego, gdyby nie zmienił adresu bądź siedziby”.

Postanowienie to w dniu 10 czerwca 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2322.

W ocenie powoda kwestionowane postanowienie to niekorzystnie kształtowało sytuację konsumenta, przenosząc do obrotu konsumenckiego instytucję doręczenia zastępczego, będącą rozwiązaniem prawa procesowego, która nie powinna być adoptowana, gdy jedną ze stron umowy jest konsument oraz z uwagi na treść art. 61 k.c. Konsument mógł zostać pozbawiony możliwości rzeczywistego zapoznania się z oświadczeniem woli ubezpieczyciela. Dodatkowo, kwestionowane postanowienie zostało zastrzeżone wyłącznie na rzecz zakładu ubezpieczeń, z wyłączeniem jego klientów, a więc ubezpieczyciel mógł dowolnie zmienić adres, bez ryzyka, że korespondencja jego klientów wysłana na poprzedni adres będzie skutecznie doręczona. Tym samym została zakłócona zasada równouprawnienia stron umowy.

Zdaniem strony pozwanej z treści art. 353¹ k.c. i przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej wynikało prawo zakładu ubezpieczeń do określenia praw i obowiązków stron umowy, a w art. 18 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK była przewidziana instytucja doręczenia zastępczego²⁹. Skutkiem uwzględnienia zarzutów powoda byłoby wprowadzenie obowiązku poszukiwania przez zakład ubezpieczeń niesolidnego i nielojalnego kontrahenta. Kwestionowanej klauzuli nie można uznać za sprzeczną z prawem, właściwością oraz celem umowy ubezpieczenia i zasadami współzycia

²⁹ Zgodnie z tym przepisem jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego, rolnik lub posiadacz budynku zmienił adres bądź siedzibę i nie zawiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, zawiadomienia lub oświadczenia, skierowane przez zakład ubezpieczeń listem poleconym, na ostatni adres bądź siedzibę posiadacza pojazdu mechanicznego, rolnika lub posiadacza budynku, wywierają skutki prawne od chwili, w której doszłyby do niego, gdyby nie zmienił adresu bądź siedziby.

społecznego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z treści art. 61 k.c. wynika, iż w sprawie składania oświadczeń woli ustawodawca przyjął teorię doręczenia. Według niej dla przyjęcia, że oświadczenie woli zostało złożone innej osobie, istotna jest chwila dojścia treści tego oświadczenia do wiadomości adresata. Ze względu na interes i bezpieczeństwo obrotu oraz ułatwienia dowodowe domniemywa się, że adresat zapoznał się treścią oświadczenia, gdy doszło do niego w taki sposób, iż powzięcie o nim wiadomości stało się możliwe. Z punktu widzenia skuteczności oświadczenia woli nieistotne jest zatem, czy i kiedy adresat zapoznał się z jego treścią. Wystarczające jest, że oświadczenie woli doszło do niego w sposób stwarzający mu realną możliwość zapoznania się z jego treścią. Oświadczenie woli uznaje się za skutecznie złożone również wtedy, gdy adresat mogąc się zapoznać się jego treścią, celowo tego nie uczynił, odmówił zapoznania się z nim lub z własnej woli nie podjął przesyłki pocztowej zawierającej to oświadczenie. Innymi słowy, odmowa przyjęcia oświadczenia woli lub zaniechanie zapoznania się z nim nie wywołuje żadnych negatywnych skutków prawnych dla składającego oświadczenia woli. Musi jednak zostać zachowany warunek umożliwienia adresatowi oświadczenia zapoznania się z tym oświadczeniem, bez znaczenia pozostanie, czy adresat faktycznie się z tym oświadczeniem zapoznał. Zdaniem SOKiK zakwestionowana klauzula takiej możliwości konsumenta pozbawiała. Skutek doręczenia był przewidziany w każdej sytuacji wysłania przesyłki, mimo że przepisy prawa przyjmują obowiązek jej faktycznego doręczenia w taki sposób, aby adresat miał możliwość zapoznania się z jego treścią. Dodatkowo, to na składającym oświadczenie woli spoczywa ciężar dowodu, że doszło ono do adresata w sposób umożliwiający mu zapoznanie się jego treścią. Ryzyko niedojścia oświadczenia woli zgodnie z teorią doręczenia spoczywa na składającym oświadczenie. Tymczasem postanowienie objęte sporem takiego ryzyka dla zakładu ubezpieczeń nie przewidywało, a wręcz przeciwnie, przerzucało je na konsumenta. Taki zapis o.w.u. w sposób sprzeczny z przepisami i dobrymi obyczajami kształtował prawa i obowiązki konsumentów, rażąco naruszając ich interesy poprzez przerzucenie na nich w każdej sytuacji obowiązku wykazania, że przesyłki nie otrzymali, a więc obowiązku przedstawienia tzw. dowodu negatywnego, co było niezgodnie z treścią art. 6 k.c.

W ocenie SOKiK legitymacją do wprowadzenia tak skonstruowanego postanowienia umownego nie był również przepis art. 18 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK. Przepis ten nie mógł mieć zastosowania, gdyż o.w.u. swoim zakresem nie obejmowały ubezpieczeń obowiązkowych. Normy tej nie można interpretować w sposób

rozszerzający i wprost implementować na grunt ubezpieczeń dobrowolnych. W dalszej części uzasadnienia wyroku, SOKiK wskazał, że kwestionowane postanowienie zostało zastrzeżone jedynie na rzecz ubezpieczyciela. Oznaczało to, że zakład ubezpieczeń mógł w każdej chwili dowolnie zmieniać adres (np. zlikwidować oddział w danej miejscowości) bez ryzyka uznania, że korespondencja jego klientów wysłana na poprzedni adres będzie skutecznie doręczona. Innymi słowy, konsument miał obowiązek zachowania zasad przewidzianych w art. 61 k.c., natomiast dla ubezpieczyciela takiego obowiązku w o.w.u. nie przewidziano. Zatem zakład ubezpieczeń wymagał od konsumentów przestrzegania art. 354-355 k.c., nie oferując ze swojej strony tego samego. Tak więc została zakłócona zasada równouprawnienia stron umowy, co było niezgodne z art. 385¹ § 1 k.c. Skoro ustawodawca przyjął obowiązek doręczenia oświadczeń woli, to ubezpieczyciel nie może zastosować fikcji doręczenia dla składania oświadczeń woli. Natomiast czym innym (a przynajmniej może być) obowiązek wierzyciela współdziałania przy wykonaniu zobowiązania przez dłużnika w odniesieniu do umów ubezpieczenia objętych o.w.u., o czym mowa jest w art. 354 § 2 k.c., gdyż odnosi się to w zasadzie do wypłaty odszkodowania, podczas gdy przedmiotową klauzulą były objęte wszelkie zawiadomienia i oświadczenia ubezpieczyciela. Naruszenie art. 354 § 2 k.c. może mieć wpływ na rozstrzygnięcie sądu w konkretnym przypadku, jednak nie uchyla obowiązku przewidzianego w art. 61 k.c., w którym to przepisie przewidziano odrębną instytucję prawa cywilnego, a dającą możliwość zapoznania się z przesłanym mu oświadczeniem czy zawiadomieniem. Na zakończenie uzasadnienia wyroku, SOKiK wskazał, że postanowienie to było podobne w treści i sensie do postanowień wpisanych uprzednio do rejestru klauzul abuzywnych, które przewidywały instytucję doręczenia zastępczego³⁰. Co więcej, klauzula wpisana pod nr 1711 odnosiła się do sektora ubezpieczeń, a więc takiego samego, w którym działał pozwany zakład ubezpieczeń, zatem nie było uprawnione twierdzenie, że możliwe jest stosowanie doręczenia zastępczego w stosunkach ubezpieczeniowych (poza ubezpieczeniami obowiązkowymi)³¹. Mając na uwadze powyższe argumenty, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał zakwestionowane postanowienie za niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

³⁰ W uzasadnieniu wyroku SOKiK przywołał postanowienia umowne wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 918. 1207. 1482. 1601. 1681. 1711.

³¹ Opis klauzuli nr 1711 i uzasadnienia SOKiK znajduje się na s. 85-87 niniejszego raportu.

Klauzula nr 2522

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 6 kwietnia 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 144/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego osoba ubezpieczona poniosła śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie uprawiania przez osobę ubezpieczoną niebezpiecznych sportów, takich jak sporty lotnicze, w tym spadochroniarstwo i baloniarstwo, sporty wspinaczkowe i speleologia, sporty motorowe i motorowodne, skoki na gumowej linie, nurkowanie na głębokość większą niż 10 m”.

Postanowienie to w dniu 19 września 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2522.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wyczerpywało przesłanki klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385³ pkt 9 k.c., gdyż przyznawało ubezpieczycielowi prawo do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Pozwalało na to użycie sformułowania „takich jak” przed wyliczeniem niebezpiecznych sportów, których uprawianie wyłączało odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. W ten sposób ubezpieczyciel zapewnił sobie możliwość uzupełnienia katalogów sportów niebezpiecznych o takie, które nie przewidywała umowa ubezpieczenia. Określenie, które nie wykluczało dopuszczenia innych okoliczności, które obok wyraźnie wskazanych mogą stanowić podstawę do określonego działania, stwarzało dla zakładu ubezpieczeń możliwość jednostronnego kształtowania treści umowy.

Strona pozwana podniosła, że stosowany półotwarty katalog sportów niebezpiecznych uprawianych przez osobę ubezpieczoną nie mógł być interpretowany w oderwaniu od wykładni literalnej i celowościowej tego postanowienia umownego. Zapis ten miał chronić ubezpieczyciela przed sytuacją, w której osoba ubezpieczona poniosła śmierć w następstwie nieszczęśliwego wypadku, spowodowanego uprawianiem sportów niebezpiecznych, których na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia nie znano i przewidzieć się nie dało. Ubezpieczyciel nie jest w stanie przewidzieć wszystkich niebezpiecznych sportów, które często wymyślane są przypadkowo, a informacja o nowych, ekstremalnych wyzwaniach przedostaje się do polskich

ubezpieczycieli za pośrednictwem internetu. Nie ma więc możliwości wprowadzenia wszystkich nazw sportów do umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel musiał posłużyć się normą generalną, uzupełnioną o przykładowe wyliczenia sytuacji, do których ta norma odnosi się. Przykładowe wyliczenie ułatwiało interpretację, wskazując ubezpieczonemu sytuacje, których ta interpretacja dotyczyła. Dzięki takiemu zapisowi unikało się zbyt kazuistycznych postanowień, zawierających bardzo długie listy wszystkich okoliczności, które zakład ubezpieczeń chciałby zawrzeć w postanowieniu, a i tak nie było pewności, że wyliczenie zastosowane przez ubezpieczyciela będzie całościowe. Również w kodeksie cywilnym stosowana jest tożsama metoda budowania normy prawnej. Uwzględnienie wszystkich istniejących i przyszłych niebezpiecznych sportów doprowadziłoby do powstania ogólnych warunków, które liczyłyby kilkaset stron, a osoba ubezpieczona mogłaby zarzucać, że ich postanowienia są nieczytelne lub ze względu na ich długość nie można było się z nimi zapoznać przed zawarciem umowy.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zgodzić się należało ze stroną pozwaną, że rozwój społeczny, ale również „pomysłowość” ludzka powoduje, że pojęcie sportu nie jest pojęciem stałym, dyscypliny sportowe zmieniają się, dochodzą coraz to nowe. Tenże wniosek ubezpieczyciel odniósł również to tzw. sportów niebezpiecznych i wskazał w zakwestionowanej klauzuli, że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego osoba ubezpieczona poniosła śmierć ma zostać spowodowany lub mieć miejsce w bezpośrednim następstwie uprawiania przez osobę ubezpieczoną niebezpiecznych sportów. I w tym miejscu wymienił takie sporty jak sporty lotnicze, w tym spadochroniarstwo i baloniarstwo, sporty wspinaczkowe i speleologia, sporty motorowe i motorowodne, skoki na gumowej linie, nurkowanie na głębokości większej niż 10 m. Ubezpieczyciel w treści postanowienia użył jednocześnie sformułowania „takich jak”, co jednoznacznie oznaczało, że są to przykładowe sporty jakie uważał za niebezpieczne. Dodatkowo, w odpowiedzi na pozew pozwany wskazał na inne przykładowe sporty, które mogą być uznane za niebezpieczne, a mianowicie: freefall, freeride, downhill, hydrospeed, b.a.s.e., jumping, dream jumping, buggykiting i zorbing, a także poniósł, że nie ma możliwości przewidzenia, jakie jeszcze sporty niebezpieczne i ich odmiany zostaną wymyślone.

W ocenie SOKiK postanowienie to wyczerpywało znamiona postanowienia niedozwolonego, o którym mowa w art. 385³ pkt 9 k.c., gdyż przyznawało prawo ubezpieczycielowi do określenia, czy dane zdarzenie było skutkiem uprawiania niebezpiecznego sportu, a więc czy zachodzą przesłanki odmowy wypłaty odszkodowania.

Takiego uprawnienia nie posiadał konsument, nie wiedział jakimi kryteriami będzie posługiwał się ubezpieczyciel przy ocenie, czy określona dziedzina sportu spełnia znamiona określone w postanowieniu, czy też nie. Zdaniem SOKiK, o ile należy zgodzić się z pozwanym, że nie jest możliwe stworzenie postanowienia zawierającego pełne, wyczerpujące wyliczenie niebezpiecznych sportów, to nie oznacza to, że niniejsza klauzula nie jest abuzywna. Jak słusznie podniosła strona powodowa, wadą o.w.u. był brak posłużenia się normą generalną, a konkretnie - nigdzie nie zostało zdefiniowane pojęcie „uprawiania sportów niebezpiecznych”. W tym kontekście całkowicie niezasadne było twierdzenie, że próba zdefiniowania tego pojęcia doprowadziłaby do sytuacji, w której w treści o.w.u. znajdują się definicje pojęć powszechnie występujących w mowie potocznej, zaakceptowanych przez społeczeństwo i jednoznacznie przez nie rozumianych. Nie jest istotne, w jaki sposób konkretne postanowienie umowne rozumie „społeczeństwo” (choć strona pozwana nie wykazała, jak przedmiotowe sformułowanie jest rozumiane przez społeczeństwo), ale jak postanowienie umowne jest rozumiane przez strony umowy. I jak - wskazano powyżej – nie ma możliwości interpretacji wzorca umowy przez przedsiębiorcę, a w szczególności – by to strona stosująca wzorzec mogła dokonywać wiążącej interpretacji jego postanowień. Nie było więc jasne, a w zasadzie w ogóle nie było wiadomo, jakimi kryteriami mają posługiwać się ubezpieczony i ubezpieczyciel przy ocenie, czy dane zachowanie jest uprawianiem niebezpiecznego sportu. Ustalenie takich kryteriów leżało wyłącznie w gestii ubezpieczyciela. Tak naprawdę zakład ubezpieczeń mógł w dowolny sposób zinterpretować nie tylko całe sformułowanie „uprawianie sportów niebezpiecznych”, ale również z osobna każde ze słów składających się na to pojęcie i na jakiegokolwiek podstawie odmówić wypłaty odszkodowania. Nawet jednorazowa, czy chociażby dwukrotnie podjęta czynność w celu współzawodnictwa mogła być uznana za uprawianie niebezpiecznego sportu. Dodatkowo – z odpowiedzi na pozew wynikało – że strona pozwana sugerowała interpretację „niebezpiecznego sportu” jako pojęcia równoważnego „sportowi ekstremalnemu”. Jednak w żaden sposób nie wynikało to z treści o.w.u., a jak już wskazano, bez znaczenia pozostaje rozumienie treści wzorca przez przedsiębiorcę i sposób dokonywanej przez niego interpretacji. Co więcej, aktualnie jest dostępnych bardzo dużo form aktywności fizycznej, które można uznać za niebezpieczne, a podejmowanych w celu rekreacji, z tym, że z dodatkowym bodźcem, doznaniem. Chodzi tu chociażby o sporty motorowodne, wspinaczkowe na ściankach wspinaczkowych w salach gimnastycznych, które są podejmowane nawet przez osoby niepełnoletnie. Oczywistym jest, że z uprawianiem takiej aktywności fizycznej, w szczególności podjętej w celu współzawodnictwa z inną osobą,

wiąże się niebezpieczeństwo nieszczęśliwego wypadku. Wiele takich aktywności podejmowanych jest w sezonie letnim w miejscowościach wypoczynkowych. Brak we wzorcu umowy definicji „uprawiania sportów niebezpiecznych”, która powinna zawierać kryteria oceny zachowania konsumenta, przy jednoczesnym przykładowym wyliczeniu sportów, pozostawiało ubezpieczycielowi bardzo szeroką swobodę interpretacyjną, w zasadzie swobodę nieograniczoną, gdyż pozwalało zakładowi ubezpieczeń na samodzielne określenie, bez konieczności posiłkowania się jakimikolwiek kryteriami, czy konsument zachował się zgodnie z umową, czy nie, a konsekwencją tego była możliwość swobodnego ustalenia, czy ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie, czy nie. Tak skonstruowane postanowienie umowne godziło w dobre obyczaje, rażąco naruszając interesy konsumentów. W dalszej części uzasadnienia wyroku, SOKiK wskazał, iż przedmiotowa klauzula przez zastosowanie sformułowania „takich jak” oznaczała skonstruowanie całkowicie otwartego katalogu, w którym mogły znaleźć się sytuacje, które tylko wykazują jakieś tożsame cechy z tymi wymienionymi. Ubezpieczony w momencie składania wniosku o zawarcie umowy nie miał możliwości ustalenia, czy jego zachowanie spełniać będzie znamiona „uprawiania niebezpiecznego sportu”, skoro to zakład ubezpieczeń miał wyłączną możliwość dokonania takiego ustalenia. Powodowało to, że przedsiębiorca miał całkowitą dowolność w ustaleniu okoliczności, jakie zwalniały go od odpowiedzialności na podstawie przedmiotowej klauzuli umownej, co wypełniało przesłanki określone w art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c. To do podmiotu posługującego się wzorcem należy obowiązek jego sformułowania w taki sposób, aby o.w.u. pozostawały w zgodności z przepisami prawa konsumenckiego. Jeżeli nie jest możliwe wyliczenie konkretnych sytuacji uprawiania sportów niebezpiecznych, to musi tak sformułować postanowienie umowne, aby odnosiło się do klauzul, które zawierać będzie kryteria umożliwiające w sposób obiektywny ustalenie, czy dana sytuacja spełniać będzie znamiona w niej określone. Nie ma przy tym znaczenia czy klauzula w tej postaci „funkcjonuje i się sprawdza”.

Klauzula nr 2526

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 20 maja 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1153/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody powstałe w innych okolicznościach niż

podano w zgłoszeniu szkody”.

Postanowienie to w dniu 21 września 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2526.

W ocenie strony powodowej postanowienie to zostało skonstruowane w taki sposób, że brak było możliwości jednoznacznego zinterpretowania okoliczności wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela. Do zwolnienia się z tej odpowiedzialności wystarczyło, że ubezpieczający podał inne okoliczności wypadku, niż faktyczny przebieg zdarzenia, bez względu na przyczynę zaistniałych rozbieżności (brak stosownej wiedzy lub niepełna wiedza). W ocenie powoda, gdyby ubezpieczyciel wykazał, że w ustalonych przez niego okolicznościach faktycznych ochrona nie powinna być świadczona, wówczas takie wyłączenie miałoby swoje uzasadnienie. Samo podanie innych okoliczności w zgłoszeniu szkody nie może stanowić automatycznej podstawy do odmowy uznania roszczenia. Powód podkreślił również, iż postanowienie o podobnej treści było już uznane za niedozwolone przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów³².

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa z uwagi na zmianę z dniem 1 sierpnia 2009 r. treści zakwestionowanej klauzuli. Do o.w.u. wprowadzone zostało postanowienie w brzmieniu: *„Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody będące następstwem okoliczności innych niż podano w zgłoszeniu szkody”.*

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Abuzywność tego postanowienia umownego polegała na tym, że ubezpieczający formułując zgłoszenie szkody, mógł nie dysponować wszystkimi istotnymi informacjami na temat okoliczności powstania szkody. W chwili zgłoszenia szkody opis okoliczności jej powstania dokonywany jest niejako na gorąco. Można wówczas nie dysponować pełną wiedzą o okolicznościach powstania szkody, np. nie znać dokładnej godziny, o której dokonano kradzieży, nie wiedzieć co było przyczyną awarii, która doprowadziła do wypadku, nie znać zakresu przyczynienia się poszczególnych osób do spowodowania kolizji. Okoliczności te mogą zostać wyjaśnione dopiero w czasie likwidacji szkody. Po upływie pewnego czasu mogą wyjść na jaw nowe fakty. Często dopiero w postępowaniu karnym czy cywilnym następuje ścisłe ustalenie przebiegu zdarzenia. W ocenie SOKiK nadmiernym wymaganiem było żądanie od

³² Wyrokiem z dnia 3 sierpnia 2009 r. w sprawie sygn. akt XVII Amc 249/08 (klauzula nr 1719), wyrokiem z dnia 25 lutego 2009 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 252/08 (klauzula nr 1654), wyrokiem z dnia 22 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 123/07 (klauzula nr 1291).

ubezpieczającego (konsumenta), aby już w dniu zgłoszenia szkody bezbłędnie opisał okoliczności zdarzenia, gdyż w przeciwnym razie mógł utracić należne mu z tytułu umowy ubezpieczenia odszkodowanie. Można rozważyć motywy wprowadzenia przez pozwanego takiego zapisu w o.w.u. Są one zrozumiałe, jeśli w konkretnym wypadku istniało uzasadnione podejrzenie, że ubezpieczający świadomie podał nieprawdziwy opis zdarzenia, sugerujący związek między nim a powstałą szkodą, podczas gdy w rzeczywistości zdarzenie, jakie miało miejsce - wraz z powstałą szkodą - nie było objęte ochroną ubezpieczeniową. Zrozumiałe jest wówczas wprowadzenie zastrzeżenia, które wyłączałoby spod zakresu ochrony ubezpieczeniowej działania ubezpieczającego mającego cechy wyłudzenia odszkodowania. Jeżeli u podstaw wprowadzenia tego zapisu o.w.u. leżały właśnie te motywy, to zdaniem SOKiK, ich realizacja przybrała formę stanowczo zbyt ogólną i pojemną, gdyż obejmującą swoim zakresem sytuacje, w których rozbieżności między faktami a ich opisem w zgłoszeniu szkody nie wynikały z chęci bezprawnych działań ubezpieczającego, ale ze zwykłej niewiedzy, niedoinformowania, pomyłki. Niezgodność kwestionowanego postanowienia z dobrymi obyczajami polegała także na tym, że klauzula ta piętnowała każdą rozbieżność między rzeczywistym przebiegiem zdarzenia a jego opisem w zgłoszeniu szkody nawet jeśli te rozbieżności byłyby drobne i nieistotne. SOKiK podkreślił również, że możliwe są sytuacje, w których szkoda powstała „w innych okolicznościach niż podano w zgłoszeniu szkody”, ale te „inne okoliczności” były objęte ochroną ubezpieczeniową. Tymczasem w takim przypadku wystarczyła rozbieżność między opisem w zgłoszeniu szkody a faktami, aby odmówić należytej ochrony ubezpieczeniowej. Dlatego należało uznać, iż kwestionowane postanowienie byłoby dopuszczalne, gdyby zostało odpowiednio doprecyzowane i zmodyfikowane, w szczególności gdyby odmowa udzielenia ochrony ubezpieczeniowej następowała w sytuacji, gdy w rzeczywistym stanie faktycznym - odmiennym od opisu w zgłoszeniu szkody - ubezpieczyciel nie ponosiłby odpowiedzialności zgodnie z ustalonym zakresem ubezpieczenia. Przedmiotowe postanowienie w zakwestionowanym brzmieniu godziło, zdaniem SOKiK, w cel ubezpieczenia, jakim jest dla ubezpieczającego zniwelowanie niekorzystnych skutków zdarzeń losowych. Jego stosowanie mogło prowadzić w wielu przypadkach do rażącego pokrzywdzenia ubezpieczającego lub ubezpieczonego (konsumenta) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Odnosząc się natomiast do podniesionego przez ubezpieczyciela faktu zaprzestania stosowania przedmiotowej klauzuli należało zauważyć, iż, po pierwsze, zaniechanie to miało miejsce już po wniesieniu powództwa, po drugie, zmiana dokonana przez ubezpieczyciela w aneksie do o.w.u. poprzez zmianę sformułowania „powstałe w innych okolicznościach niż podano w zgłoszeniu szkody” na sformułowanie

„będące następstwem okoliczności innych niż podano w zgłoszeniu szkody” nie uchylało podstawowych zastrzeżeń Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów do brzmienia tej klauzuli. Zastrzeżenia te są aktualne także w stosunku do nowego brzmienia postanowienia, które zasadniczo nie odbiega od dotychczasowej treści klauzuli.

Klauzula nr 2559

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 24 stycznia 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1874/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„[...] Jeżeli Ubezpieczający, Uposażony lub inny adresat korespondencji zmienił adres korespondencyjny i nie powiadomił o tym Ubezpieczyciela w formie wskazanej w ust. 1, to przyjmuje się, że Ubezpieczyciel przekazał korespondencje i wywiera ona skutki prawne po upływie 30 dni od dnia jej wysłania na ostatni podany adres”.

W świetle rejestru klauzul abuzywnych postanowienie to w dniu 21 września 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2559. Podkreślić należy, że postanowienie to zostało już uprzednio wpisane w stosunku do tego samego ubezpieczyciela pod pozycją nr 2311. Prawdopodobnie wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 24 stycznia 2009 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1874/09 został omyłkowo dwukrotnie wpisany do rejestru klauzul abuzywnych. Opis tego postępowania, stanowiska stron oraz ocena Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zostały przedstawione przy omawianiu klauzuli abuzywnej nr 2311.

Klauzula nr 2560

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1509/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„1. TUiR WARTA S.A. nie odpowiada za szkody [...] 5) powstałe w czasie ruchu pojazdu, gdy pojazd nie był dopuszczony do ruchu, a w przypadku pojazdów podlegających rejestracji – gdy w chwili zaistnienia szkody pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego

badania technicznego”.

Postanowienie to w dniu 11 września 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2560.

W ocenie strony powodowej wskazany powyżej zapis umowny stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Odmowa wypłaty odszkodowania z powodu braku badania technicznego w sytuacji, gdy stan techniczny pojazdu nie miał żadnego wpływu na powstanie szkody godziła w zasady współżycia społecznego i nie znajdowała oparcia w obowiązujących przepisach prawa. Wykorzystywanie przez ubezpieczyciela tego typu postanowienia stanowiło istotne ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej i sprzeciwiało się celowi umowy autocasco (AC), którym jest w szczególności rekompensata szkody w pojeździe w wypadku jego uszkodzenia, często zawinionego przez kierującego. W ocenie powoda zasadniczym celem stosowania przez ubezpieczycieli przedmiotowego postanowienia o.w.u. winno być wyłączenie odpowiedzialności tylko w przypadkach, gdy poprzez niedołożenie należytej staranności przez ubezpieczonego pojazd nie był sprawny technicznie i stan ten doprowadził do powstania szkody lub przyczynił się do zwiększania jej rozmiarów. Sam brak wpisu do dowodu rejestracyjnego, stwierdzający sprawność pojazdu, w żadnym wypadku nie może być oceniany jako równoznaczny z brakiem tej zdolności, a tym samym równoznaczny z przyczyną szkody. Powód swoją argumentację wzmocnił również stanowiskiem Rzecznika Ubezpieczonych, który w swych wypowiedziach wielokrotnie podkreślał, że odmowa wypłaty odszkodowania w przypadku, gdy stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na powstanie szkody, ani też nie przyczynił się do zwiększenia jej rozmiarów, nie znajdowała żadnego uzasadnienia. Zapisy umowne wyłączające w tym przypadku odpowiedzialność ubezpieczycieli winny ulec stosownej modyfikacji. Wyłączenie odpowiedzialności za szkodę w każdym przypadku, gdy wymagany przepisami stan techniczny pojazdu nie został formalnie potwierdzony wpisem do dowodu rejestracyjnego było nieuzasadnione i niezgodne z celem umowy ubezpieczenia autocasco. Brak tego badania potwierdzonego formalnym wpisem w dowodzie rejestracyjnym nie zawsze był jednoznaczny z tym, że pojazd nie spełniał warunków technicznych określonych w art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym. Na zakończenie uzasadnienia powództwa strona powodowa wskazała, że wprawdzie ubezpieczyciel wycofał zakwestionowany zapis umowny z o.w.u. to jednak od dnia jego wycofania z obrotu do dnia wytoczenia powództwa nie upłynęło 6 miesięcy.

Strona pozwana wskazała, że zakwestionowane postanowienie było stosowane przez większość zakładów ubezpieczeń. Taka sytuacja wynikała z przepisów prawa o ruchu drogowym, które nakładały na właściciela pojazdu samochodowego obowiązek przedstawienia go do badania technicznego, traktując to jako wymóg formalnoprawny dla dokonania rejestracji pojazdu i możliwości dopuszczenia go do ruchu drogowego. Pozwany wskazał, że zakłady ubezpieczeń, w takich sytuacjach, prowadząc postępowanie likwidacyjne na ogół badały czy brak wpisu o badaniu technicznym był jednoznaczny z niedopuszczeniem pojazdu do ruchu, czy też to wynikało z innych przyczyn uzasadniających odmowę wypłaty odszkodowania. Zmiana treści tego postanowienia została dokonana na rynku ubezpieczeniowym w 2009 r. z uwagi na rozszerzony katalog wyłączeń i rygorystyczną ocenę dotyczącą braku ważnego badania technicznego w chwili powstania szkody. Przyczyną zmiany było także zmniejszenie się zainteresowania klientów oferowanym ubezpieczeniem. Pozwany wywiódł, że kwestionowana klauzula nie przekraczała granicy rzetelności kontraktowej autora wzorca umownego w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta zakreślonych przez ustawodawcę, nie wprowadzała dysproporcji praw i obowiązków konsumenta oraz nie godziła w równowagę kontraktową stron, a wprowadzenie klauzuli w pierwotnym jej brzmieniu wynikało przede wszystkim z przepisów prawa o ruchu drogowym. Stąd brak ważnego badania technicznego był traktowany przez ubezpieczycieli na równi z brakiem dopuszczenia pojazdu do ruchu drogowego. Pojazd niedopuszczony do ruchu *de facto* nie mógł być ubezpieczony w zakresie autocasco. Zarzuty podniesione przez stronę pozwaną nie uwzględniały też specyfiki umowy ubezpieczenia autocasco, które jest ubezpieczeniem dobrowolnym, oferowanym przez ubezpieczycieli w obrocie gospodarczym.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konkurencji uznał, że zakwestionowana klauzula stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Dla oceny o abuzywnym charakterze postanowienia umownego istotne znaczenie miał cel i charakter ubezpieczenia autocasco, które jest ubezpieczeniem dobrowolnym pojazdów mechanicznych na wypadek ich zniszczenia, uszkodzenia, ewentualnie kradzieży. Ubezpieczenie to ma przede wszystkim zrekompensować koszty naprawy pojazdu w przypadku jego uszkodzenia częściowego lub całkowitego - najczęściej wskutek zawinionego przez kierującego zdarzenia, kolizji z innym pojazdem lub przedmiotem znajdującym się na zewnątrz. Analogiczny zakres ochrony skonstruował pozwany ubezpieczyciel w treści o.w.u. Zakład ubezpieczeń ograniczył jednak swoją odpowiedzialność poprzez zakwestionowane postanowienie, które było niezgodne z celem i charakterem ubezpieczenia autocasco, a także zakresem ochrony

ubezpieczeniowej, jaki sam wprowadził. Skoro umowa AC jest ubezpieczeniem na wypadek uszkodzenia, zniszczenia pojazdu to sprzeczne z tym ubezpieczeniem jest wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdy w chwili zaistnienia szkody wprowadzie pojazd nie posiadał ważnego badania technicznego, lecz jego stan techniczny nie miał żadnego wpływu na powstanie szkody lub zwiększenie jej rozmiarów. Co więcej, brak badania technicznego potwierdzonego wpisem w dowodzie rejestracyjnym nie jest równoznaczny z tym, że pojazd nie spełniał warunków technicznych określonych w art. 66 ustawy – Prawo o ruchu drogowym. Pojazd może być bowiem faktycznie sprawny technicznie, zgodnie z wymaganiami technicznymi określonymi w ustawie, mimo, że nie posiada formalnego poświadczenia tej sprawności. W ocenie SOKiK uzasadnionym byłoby takie wyłączenie, czy też ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdyby zaniedbanie stanu technicznego pojazdu pozostawało w związku przyczynowym z powstaniem szkody lub zwiększeniem jej rozmiarów. W przeciwnym wypadku, przykładowo w razie zawalenia się drzewa na pojazd, który nie posiadał ważnych badań technicznych, ubezpieczyciel mógłby odmówić wypłaty odszkodowania z powodu braku tych badań, co byłoby o sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszałoby interes konsumenta. Tym bardziej, że zakład ubezpieczeń wskazał w o.w.u., iż odszkodowanie przysługuje w razie uszkodzenia lub zniszczenia pojazdu wskutek działania sił przyrody.

Zdaniem SOKiK okoliczność ewentualnego stosowania przedmiotowego wyłączenia przez większość ubezpieczycieli i w tak przyjętej konstrukcji nie usprawiedliwiało pozwanego. Nie prowadziło też do uznania, że postanowienie to było zgodne z prawem. SOKiK dodał także, że pozwany podając podstawę prawną stosowania klauzuli, wskazał na obowiązujące wówczas przepisy ustawy – Prawo o ruchu drogowym, które nakładały na właściciela pojazdu obowiązek przedstawienia pojazdu do badania technicznego jako warunek do dokonania rejestracji pojazdu i dopuszczenia go do ruchu. Obowiązek ten nadal jednak istniał w chwili orzekania, co z jednej strony nie zmieniało faktu abuzywności przedmiotowej klauzuli, a po drugie rodziło ocenę o braku konsekwencji pozwanego, skoro wobec poglądu o zgodności klauzuli z przepisami prawa, zmienił dobrowolnie jej treść.

Klauzula nr 2561

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 14 kwietnia 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 2058/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami

postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„[...] Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony zmieni adres zamieszkania bądź siedziby i nie zawiadomi o tym PZU SA, skierowane pod ostatnio znany adres pismo PZU SA uważa się za skutecznie doręczone”.

Postanowienie to w dniu 21 września 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2561.

Zakwestionowanemu postanowieniu powód zarzucił spełnienie przesłanki niedozwolonego postanowienia umownego w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., ponieważ kształtowało ono prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z obowiązującymi przepisami oraz dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. Niekorzystnie kształtowało sytuację konsumenta, przenosząc na grunt obrotu konsumenckiego instytucję doręczenia zastępczego, która jest instrumentem prawa procesowego i nie powinna być adoptowana do obrotu gospodarczego w sytuacji, gdy jedną ze stron jest konsument. Instytucja doręczenia zastępczego nie jest gwarantem doręczenia konsumentowi oświadczenia ubezpieczyciela. Tym samym, konsument mógł zostać pozbawiony możliwości rzeczywistego zapoznania się z oświadczeniem woli zakładu ubezpieczeń i narażony na skutki prawne z tym związane.

Dodatkowo, o.w.u. zastrzegało uprawnienie jedynie na rzecz ubezpieczyciela. Zakład ubezpieczeń mógł swobodnie zmienić adres swojej siedziby, bez ryzyka, że korespondencja jego klientów wysłana na poprzedni adres będzie skutecznie doręczona. Tym samym równowaga stron umowy została zakłócona na rzecz ubezpieczyciela.

Strona pozwana podniosła, że kwestionowane postanowienie było jasno sformułowane i służyło właściwej realizacji umowy ubezpieczenia, leżało w interesie ubezpieczającego i ubezpieczonego. Ponadto postanowienie to miało swoje uzasadnienie w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, tj. w art. 18 ustawy o ubezpieczenia obowiązkowych, UFG i PBUK. Zapis umowny o treści podobnej do przepisów obowiązującego prawa nie mógł naruszać interesów konsumentów. Zbliżone regulacje znajdują się również w kodeksie postępowania cywilnego, kodeksie postępowania administracyjnego i kodeksie postępowania karnego. Przepisy tych kodyfikacji kształtują obowiązki i sankcje za niedopełnienie obowiązków w zakresie informowania o zmianie miejsca zamieszkania w taki sam sposób, jak w zakwestionowanym postanowieniu. Odnoszą się do ogółu obywateli. Podobne zapisy w umowie ubezpieczenia nie mogą więc rażąco naruszać interesu konsumenta. Dodatkowo,

przed zawarciem umowy ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu o.w.u., strony są zatem świadome zarówno obowiązku zawiadomiania o zmianie adresu, jak również skutków braku informowania ubezpieczyciela o tej zmianie. Przeciętny konsument powinien zdawać sobie sprawę ze skutków niepoinformowania ubezpieczyciela o zmianie własnego adresu zamieszkania, czy też adresu do korespondencji. W przypadku zmiany adresu niemożliwe staje się doręczanie kierowanych pism, ustalenie zaś jego nowego adresu może być niemożliwe lub bardzo utrudnione, czasochłonne i kosztowne. Ubezpieczający nie mają problemu z ustaleniem siedziby zakładu ubezpieczeń lub jego oddziału. Adres siedziby zakładu ubezpieczeń i adresy jego oddziałów wpisane są do Krajowego Rejestru Sądowego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie spełniało przesłanki postanowienia niedozwolonego w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Rażąco naruszało interes konsumenta, albowiem poważnie i znacząco odbiegało od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia. W sprawie składania oświadczenia woli kodeks cywilny poprzez treść art. 61 k.c. opowiada się za teorią doręczenia, według której dla przyjęcia, że oświadczenie woli zostało złożone innej osobie właściwa jest chwila dojścia treści tego oświadczenia do wiadomości tej osoby. Art. 61 k.c. nie wymaga, aby adresat zapoznał się z jego treścią. Decydujące znaczenie ma sama możliwość zapoznania się. Mając na uwadze ogólną zasadę składania oświadczeń woli wyrażoną w art. 61 § 1 k.c. oraz fakt, że uregulowana jest ona w przepisie ustawy, przyjęcie należało, że postanowienie to było sprzeczne z przepisem ustawy i godziło w zasadę swobody umów. Jednocześnie, w sposób rażący naruszało interes konsumenta, albowiem prowadziło do postawienia konsumenta w sytuacji słabszej strony stosunku prawnego i obarczało go negatywnymi konsekwencjami. Przyjęcie konstrukcji domniemania doręczenia pod ostatni znany ubezpieczycielowi adres konsumenta powodowało, że konsument nie miał możliwości wykazania, że nie mógł zapoznać się z treścią kierowanych do niego informacji. Sam fakt wysłania pisma na adres konsumenta nie stanowił żadnego dowodu, że miał one realną możliwość zapoznać się z treścią kierowanej korespondencji. SOKiK podziela przy tym wskazania Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zawarte w „Raporcie z kontroli wzorców umownych stosowanych przez zakłady ubezpieczeń”, że wprowadzenie do umów domniemania doręczenia dopuszczalne jest jedynie w sytuacji przysługiwania takiego domniemania w stosunku do obu stron umowy. Nieuzasadnione było przy tym twierdzenie, że adres siedziby zakładu ubezpieczeń jest faktem powszechnie znanym i dostępnym, wobec czego konsumentowi nie powinny przysługiwać analogiczne uprawnienia. W ocenie SOKiK,

analogiczna sytuacja występuje w stosunku do konsumenta. Podpisując umowę z zakładem ubezpieczeń, konsument wskazuje adres, na który winna być kierowana korespondencja i wiedza ta jest zakładowi ubezpieczeń znana. Stosując zasady doręczeń zawarte w art. 61 § 1 k.c. zakład ubezpieczeń powinien wysłać konsumentowi wszelkie prawem wymagane informacje pod znany sobie adres wskazany w umowie. Posiadając dowód doręczenia takiej korespondencji, ubezpieczyciel będzie zwolniony z sankcji, jakie nakłada na niego ustawa o działalności ubezpieczeniowej za niedopełnienie obowiązków informacyjnych wobec konsumenta. Bez znaczenia pozostaje przy tym, czy konsument zaktualizował swoje dane, w tym dane adresowe, informując o tym ubezpieczyciela, ponieważ dojście oświadczenia do wiadomości konsumenta w rozumieniu art. 61 k.c. następuje z chwilą doręczenia pisma w dniu przyjętym analogicznie do daty doręczenia pisma sądowego w trybie art. 139 § 1 k.c. Jeżeli nawet konsument zaniechałby obowiązku aktualizacji danych, a zakład ubezpieczeń doręczyłby pismo na nieaktualny, ale ostatni znany mu adres, to ubezpieczyciel nie poniósłby negatywnych konsekwencji doręczenia korespondencji na nieaktualny adres, albowiem w trybie domniemania wynikającego z art. 61 § 1 k.c. przesyłkę należało uznać za prawidłowo doręczoną. Przyjęcie domniemania doręczenia powiązanego jedynie z faktem wysłania oświadczenia woli, bez możliwości zapoznania się, choćby tylko domniemanego, z jego treścią, w sposób rażący, tj. oczywisty, niewątpliwy i bezsporny naruszało interesy konsumenta. Oceny tej nie zmieniała podnoszona przez pozwanego okoliczność, iż przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK przewidują skuteczność doręczenia korespondencji kierowanej przez zakład ubezpieczeń do ubezpieczającego w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego. W ocenie SOKiK, analogia ta była nieuprawniona. Ubezpieczenia gospodarcze tradycyjnie należą do dziedziny prawa zobowiązań, zawarcie umowy ubezpieczenia i jej treść pozostawione są do swobodnej decyzji zainteresowanych podmiotów. Z uwagi na uzasadnioną społecznie potrzebę ochrony przed skutkami pewnego rodzaju szkód ustawodawca wprowadził obowiązek zawierania umów ubezpieczenia przez podmioty wskazane w ustawie. Regulację taką należy uważać za mającą charakter wyjątkowy. Odnosi się to również do ustanowionego w omawianej ustawie domniemania skuteczności doręczenia korespondencji. W ocenie SOKiK stanowi ono element konieczny do zapewnienia skuteczności systemu ubezpieczeń obowiązkowych. Jednocześnie, ma ono niewątpliwie charakter ograniczający prawa ubezpieczających jako konsumentów z uwagi na praktyczne wyłączenie działania normy opartej na art. 61 k.c. Stąd jego przenoszenie na grunt stosunków ubezpieczeniowych dobrowolnych nie może znaleźć usprawiedliwienia. W zakresie dobrowolnych umów ubezpieczenia ryzyko prowadzonej działalności gospodarczej

spoczywa w przeważającej części na zakładzie ubezpieczeń jako przedsiębiorcy. Nie może on zatem nakładać na konsumentów obowiązków sprzecznych z ustawą i we własnym interesie. Podobnie należy oceniać argumenty pozwanego oparte na wskazaniu domniemań skuteczności doręczenia zastępczego ustanowionych przez ustawy procesowe (kodeks postępowania cywilnego, kodeks postępowania administracyjnego, kodeks postępowania karnego). Między stosunkami obligacyjnymi a stosunkami prawnoprocesowymi zachodzi istotna różnica jakościowa. Stosunki obligacyjne nawiązywane są co do zasady między równorzędnymi podmiotami. Natomiast stosunki prawnoprocesowe charakteryzują się odmiennością ról ich uczestników i organu, przed którym dane postępowanie się toczy. Organ ten ma bowiem w stosunku do uczestników postępowania pewne uprawnienia władcze, służące zapewnieniu sprawności postępowania, w tym przeciwdziałania paraliżowaniu postępowania przez bierność stron. Taki charakter mają także przepisy o doręczeniu zastępczym. Nie ma usprawiedliwionych podstaw do stosowania tego typu rozwiązań na gruncie obligacyjnych stosunków ubezpieczeniowych, w których zakład ubezpieczeń, mimo organizacyjnej i ekonomicznej przewagi nad konsumentem, pozostaje jego równorzędnym kontrahentem.

Klauzula nr 2603

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

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

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

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowany zapis o.w.u. był niedozwolonym postanowieniem umownym rozumieniu

art. 385¹ § 1 k.c., mieścił się również w dyspozycji art. 385³ pkt 22 k.c.³³ Zgodnie z tym postanowieniem o.w.u. odpowiedzialność ubezpieczyciela obowiązywała w pełnym zakresie tylko przez pierwszych 30 dni od dnia niezapłacenia wymagalnej składki, zaś przez kolejne 60 dni była zawieszona. Warunkiem kontynuacji ubezpieczenia i wznowienia pełnej odpowiedzialności było uzupełnienie składki także za okres pomiędzy 31 a maksymalnie 90 dniem od dnia wymagalności niezapłaconej składki. Z tego postanowienia o.w.u. nie wynikało, aby zapłata zaległych składek niwelowała w pełni efekt zawieszenia odpowiedzialności i powodowała powrót do pełnej odpowiedzialności za cały okres obowiązywania umowy. W ocenie Prezesa UOKiK składka ubezpieczeniowa powinna być pobierana tylko za okres, w którym ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową.

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapłata składki ubezpieczeniowej jest podstawowym obowiązkiem osoby zawierającej umowę ubezpieczenia z ubezpieczycielem, co wprost wynika z art. 805 § 1 k.c. Zakwestionowane postanowienie przewidywało taki skutek, że jeżeli ubezpieczający nie zapłacił składki w terminie 30 dni od daty jej wymagalności to następowało zawieszenie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel nie był zobowiązany do wypłaty odszkodowania w przypadku zajścia zdarzenia. W świetle art. 814 § 3 k.c., w razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty składki może powodować ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela,

³³ W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności: przewidują obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta.

tylko wtedy, gdy skutek taki przewidywała umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia, a ubezpieczyciel po upływie terminu wezwał ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności. W niniejszej sprawie składki mogły być płacone w częściach, co wynikało zarówno z treści o.w.u., jak i samych polis. Zatem, aby doszło do ustania odpowiedzialności ubezpieczyciela, musiał on wezwać klienta do zapłaty zaległej składki w terminie 7 dni od daty otrzymania wezwania i to pod rygorem (z zagrożeniem), że brak zapłaty spowoduje właśnie ustanie odpowiedzialności. Takiego warunku nie przewidywały zapisy o.w.u. W o.w.u. mowa była jedynie o tym, że ubezpieczyciel zawiadomi w formie pisemnej ubezpieczającego o zaległości w opłacaniu składki po 30 dniach opóźnienia w opłacaniu składki.

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

Istotne było w związku z tym określenie pojęcia „wznowienie” przez pozwanego jego odpowiedzialności. Strona pozwana podnosiła, że wpłata wszystkich zaległych składek ubezpieczeniowych w terminie 90 dni od dnia powstania zaległości wznowiała pełną odpowiedzialność i niwelowane były skutki zawieszenia odpowiedzialności, a dopiero brak uregulowania zaległych składek w terminie do 90 dni od powstania zaległości powodował wyłączenie odpowiedzialności, który materializował się w wygaśnięciu umowy. SOKiK

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

W konsekwencji, z treści klauzuli wynikało, że konsument był obowiązany do wykonania swojego świadczenia mimo niewykonania świadczenia przez pozwanego, tj. konsument wpłacał zaległą składkę ubezpieczeniową tytułem świadczenia, którego nigdy nie otrzyma, jako że okres, za który uiszczana była przynajmniej część składki, już upłynął. Natomiast składka ubezpieczeniowa powinna być pobierana tylko za okres, w którym ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową. Ponieważ zakwestionowane postanowienie o.w.u. przewidywało możliwość pobrania przez pozwanego składki za okres, w którym ubezpieczony nie był objęty ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia, klauzula ta

była sprzeczna z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumentów i była jedną z klauzul przewidzianych w art. 385³ pkt 22 k.c.

Klauzula nr 3035

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

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

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

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

Zdaniem pozwanego postanowienie to nie pozostawało w sprzeczności z dobrymi obyczajami i nie naruszało interesów konsumenta w sposób rażący. Zwrot „inny dokument”, który według powoda był niejednoznaczny i niejasny dla konsumenta, został wyrwany z kontekstu całego zapisu. Pojęcie „inny dokument, w którym podano nieprawdziwe dane, mające świadczyć o legalnym wprowadzeniu pojazdu na obszar celny Unii Europejskiej” – wyznaczało granice pojęcia, obejmującego dokumenty posiadające różne nazwy, lecz których wspólną cechą jest oświadczenie o legalnym wprowadzeniu pojazdu na obszar Unii Europejskiej. W ocenie pozwanego treść postanowienia została sformułowana w sposób jasny i jednoznaczny. Na jego podstawie dochodziło do wyłączenia odpowiedzialności pozwanego za szkody powstałe w pojeździe wprowadzonym nielegalnie na obszar celny Unii Europejskiej i nie przyznawało ubezpieczycielowi prawa do wiążącej interpretacji. Pozwany

wskazał również, że kwestionowanego zapisu nie można porównywać do klauzuli wpisanej do rejestru pod nr 1264³⁴.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał to postanowienie za niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c. Zdaniem SOKiK z treści kwestionowanego postanowienia wynikała jednoznacznie definicja pojazdu nielegalnie wprowadzonego na obszar celny Unii Europejskiej, a ubezpieczyciel wyłączał z zakresu odpowiedzialności właśnie takie pojazdy. Wywierało to bezpośredni wpływ na ukształtowanie praw i obowiązków stron. Jeżeli pozwany – ubezpieczyciel zdecydował się zawrzeć w treści postanowienia taką definicję, do czego posiada prawo, to definicja taka musi być jednoznaczna, albowiem każdy inny zapis kształtuje niejasną sytuację konsumenta. Tymczasem w treści definicji mowa była o „innym dokumencie”, a jest to oczywiście nieprecyzyjny i nieoczywisty zapis. Zapis taki powodował niejasną sytuację konsumenta i mógł stanowić podstawę do dowolności interpretacyjnej kontrahenta, co do tego o jakie dokumenty mu chodziło. Tym samym należało uznać, że dowolna interpretacja ubezpieczyciela mogła stanowić o treści umowy ubezpieczenia i obowiązku jej wykonania. Pozwany w odpowiedzi na pozew wskazał co prawda, że wybrano opisowy model definicji z uwagi na bardzo dużą ilość wchodzących w rachubę dokumentów, ale zdaniem SOKiK zapis istniejący w umowie stanowił niejasną podstawę interpretacyjną. Taka ocena wynikała stąd, iż o.w.u. nie określały w żaden sposób owego „innego dokumentu”. Treść zapisu nie świadczyła, że chodziło w nim o dokument celny innego kraju państwa członkowskiego UE. Definicja była niepełna i nie określała żadnych cech owego „innego dokumentu”. Dlatego też zapis ten należało uznać za niejasny i nieprecyzyjny, dający szerokie pole interpretacyjne. Z tego postanowienia o.w.u. można było wywnioskować, że chodziło o jakikolwiek dokument związany z samochodem, a zawierający błąd choćby co do imion właścicieli, roku produkcji, czy choćby zawierającego cenę rynkową samochodu w kraju, z którego jest sprowadzany – prawidłową, a różniącą się od ceny w Polsce. Zdaniem SOKiK taki zapis mógłby doprowadzić do odmowy wykonania świadczenia nie tylko wobec stwierdzenia przez upoważnione do tego organa wprowadzenia na obszar celny Unii Europejskiej nielegalnego pojazdu, jak też oczywiście w razie ziszczenia się przesłanek z art. 815 § 1 i § 3 k.c., ale także po stwierdzeniu nieprawdziwości jakichkolwiek danych ujawnionych w jakimkolwiek

³⁴ Postanowieni wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1264 na mocy wyroku SOKiK z dnia 12 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 103/07 – „Pojazd nielegalnie wprowadzony na polski obszar celny jest to pojazd: wprowadzony do kraju z zachowaniem obowiązku określonego w punkcie 1, lecz bez zachowania obowiązku podania w zgłoszeniu celnym lub innym dokumencie, danych zgodnych z rzeczywistością bądź, gdy naruszono ograniczenia w obrocie”.

dokumencie związanym z pojazdem. Tego rodzaju zapis stanowił więc nierównorzędne i nierzetelne traktowanie konsumenta jako strony umowy, godząc w sposób rażący w jego interes ekonomiczny. Konsument po zawarciu umowy ubezpieczenia powinien mieć poczucie ochrony, a tymczasem mimo spełnienia swojego świadczenia, narażony był na odmowę wypłaty odszkodowania.

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

jednak postępowania w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Kontrola wzorca umowy dokonywana w niniejszym postępowaniu ma charakter abstrakcyjny i okoliczność, jaki byłby rezultat ewentualnego indywidualnego procesu wytoczonego przez konsumenta, nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy.

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

Klauzula nr 3066

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

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

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

Klauzula nr 3067

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

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

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

Klauzula nr 3068

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

„Wykładnia i interpretacja Regulaminu należy wyłącznie do Organizatora”.

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

Klauzula nr 3177

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

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

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

W uzasadnieniu pozwu, Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, podniósł, że ubezpieczyciel ponosi koszty świadczeń zdrowotnych, które dokonywane są na rzecz ubezpieczonego, zgodnie z wybranym zakresem świadczeń zdrowotnych. Do istotnych

postanowień umowy ubezpieczenia należy nie tylko wynikający z niej zakres świadczeń, ale także możliwość ich realizacji u konkretnego świadczeniodawcy, co może być jedną z przesłanek skłaniających konsumentów do wyboru konkretnej oferty. Zagwarantowanie przez pozwanego możliwości w każdej chwili zmiany ustalonego świadczeniodawcy stanowiło klauzulę z art. 385³ pkt 19 k.c. Brak wskazania przyczyn, z jakich mogła nastąpić zmiana świadczeniodawcy, należało traktować jako wyraz nierównorzędnego traktowania konsumenta. Kwestionowane postanowienie nie zawierało odpowiednika dla konsumenta, gdyż posiadał on ograniczoną możliwość wyboru świadczeniodawcy, a nadto zmiana nie następowała w każdej chwili, jak miało to miejsce w odniesieniu do uprawnienia ubezpieczyciela.

W świetle stanowiska pozwanego, wyrażonego w odpowiedzi na pozew, ubezpieczający dokonuje wyboru zakresu świadczeń zdrowotnych i świadczeniodawcy. Kwestionowane postanowienie określało główne świadczenie pozwanego, które polegało na zapewnieniu ubezpieczonemu określonego zakresu świadczeń zdrowotnych w wybranym lub wybranych przez ubezpieczonego zakładach opieki zdrowotnej (świadczeniodawcy). Kształt świadczenia wyznaczały dwa parametry: rodzaj świadczeń zdrowotnych i miejsce ich realizacji. Wskazanie w umowie ubezpieczenia tych dwóch parametrów było warunkiem powstania zobowiązania pozwanego. Świadczeniami głównymi są te, które zmierzają do osiągnięcia celu umowy. Postanowienie to było jasne i zrozumiałe. Powód nie wskazał natomiast obyczajów, z którymi postanowienie miałoby pozostawać w sprzeczności. Konsument nie byli przymuszani do składania deklaracji przystąpienia do umów ubezpieczeń, mieli świadomość, na jakie zapisy wyrażają zgodę. Brak było argumentów świadczących o tym, że naruszenie interesów ubezpieczonych ma postać kwalifikowaną (rażącą). Dla realizacji świadczenia zdrowotnego musi dojść nie tylko do zawarcia umowy ubezpieczenia, ale także do zawarcia umowy o świadczenie usług medycznych – pomiędzy ubezpieczycielem a zakładem opieki zdrowotnej. Ubezpieczyciel nie dysponuje środkami przymuszenia świadczeniodawcy do wykonania świadczenia medycznego, a przyczyny niemożności świadczenia mogą być różne. Wprowadzenie zapisu o możliwości zmiany świadczeniodawcy było konieczne, gdyż jego pominięcie stanowiłoby podjęcie zobowiązania, którego ubezpieczyciel w pewnych sytuacjach nie byłby w stanie wykonać. Postanowienie to informowało klienta, że istnieje potencjalna możliwość, iż strony umowy ubezpieczenia zostaną postawione przed koniecznością zmiany świadczeniodawcy, w sytuacji np. odmowy świadczenia przez świadczeniodawcę, jego likwidacji, upadłości, zakazu udzielania

świadczeń medycznych. Postanowienie to nie naruszało również art. 385³ pkt 19 k.c. Ograniczenie prawa wyboru ubezpieczonego do świadczeniodawców wskazanych przez ubezpieczyciela wynikało stąd, że ubezpieczyciel mógł oferować świadczenia tylko tych świadczeniodawców, z którymi wcześniej zawarł umowę o świadczenie usług medycznych. Inaczej umowa ubezpieczenia byłaby niemożliwa do realizacji. Prawo zmiany świadczeniodawcy przysługiwało również klientowi, a jedyna różnica polegała na terminie skuteczności zmiany. Powód nie przedstawił także żadnego przykładu wskazującego, że uprawnienie pozwanego zostało przez niego nadużyte.

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

Dotyczyła ona pewnej cechy świadczenia, istotnej z punktu widzenia konsumenta, jednak nie mającej żadnego wpływu na świadczenie pozwanego.

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

Zdaniem SOKiK zwrócić trzeba było jednak uwagę na różnice w konstrukcji uprawnienia konsumenta i ubezpieczyciela co do zmiany usługodawcy. Ubezpieczony miał prawo zmienić świadczeniodawcę, ale zmiana taka obowiązywała od pierwszego dnia miesiąca następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym ubezpieczony dokonał zmiany. Jednocześnie, wybór ten ograniczony był do świadczeniodawców wskazanych przez ubezpieczyciela. Natomiast oceniana klauzula (ani żaden inny zapis wzorca) nie narzucała ubezpieczycielowi żadnych ograniczeń co do wyboru świadczeniodawcy. W konsekwencji mógł to być jakikolwiek świadczeniodawca (zakład opieki zdrowotnej). Takiej możliwości pozbawiony został konsument. Co prawda, pozwany podnosił, że oczywistym jest, że ubezpieczony może wybierać spośród zakładów opieki zdrowotnej, które najpierw zawarły umowę z pozwanym, jednak nie zmieniało to wydzwiku zakresu uprawnień stron umowy. Niezależnie od tego, że istnieją na rynku ubezpieczenia, na podstawie których ubezpieczyciel świadczy ochronę z tytułu świadczeń zdrowotnych świadczonych przez podmiot, z którym nie ma zawartej wcześniej umowy (np. przy podróżach zagranicznych i leczeniu w szpitalu za granicą), istotne jest to, że mamy tu do czynienia z ograniczonym wyborem po stronie konsumenta i nieograniczonym wyborem po stronie pozwanego. Druga różnica pomiędzy uprawnieniami stron umowy dotyczyła terminu skuteczności zmiany. Oświadczenie ubezpieczyciela o zmianie świadczeniodawcy uzyskiwało skuteczność natychmiastową, zaś

oświadczenie ubezpieczonego wywoływało skutek dopiero od pierwszego dnia miesiąca, następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym ubezpieczony dokonał zmiany.

Zdaniem SOKiK z zapisu kwestionowanej klauzuli nie wynikały w żaden sposób przyczyny zmiany świadczeniodawcy przez ubezpieczyciela, a w szczególności, aby przyczyny te miały mieć charakter nagły i niespodziewany. Pozostawało to wyłącznie w sferze oświadczeń ubezpieczyciela. Również przyczyna zmiany świadczeniodawcy z punktu widzenia konsumenta może być nagła, jak chociażby utrata zaufania do dotychczasowego świadczeniodawcy, niezadowolenie ze świadczonych przez niego usług. Skoro pozwany miał możliwość natychmiastowej zmiany świadczeniodawcy, to takiego uprawnienia nie można odmówić również konsumentowi, w szczególności powołując się na to, że tylko przyczyny zmiany przez ubezpieczyciela mają charakter nagły i niespodziewany, a jednocześnie przyjmując *a limine*, że po stronie konsumenta powody te takiego charakteru nie mają i mieć nie mogą (niezależnie od tego, że taki charakter przyczyn nie wynikał w ogóle z treści postanowienia umownego). Warto też zauważyć, że niezależnie, czy zmiana była dokonywana przez ubezpieczyciela czy przez konsumenta, procedura była taka sama, a więc pozwany musiał poinformować o zmianie dotychczasowego i nowego świadczeniodawcę oraz przesłać nowemu świadczeniodawcy niezbędne dokumenty, aby ten mógł dostosować swoje struktury do liczby i oczekiwań kolejnych ubezpieczonych, którzy decydują się na jego usługi. Widać więc wyraźnie, że w przypadku zmiany umowy dokonywanej przez pozwanego, wszystkie te czynności mogły być dokonane natychmiast, podczas gdy w przypadku zmiany umowy dokonywanej przez ubezpieczonego te same czynności mogły zająć nawet 30 dni. Co więcej, nawet uwzględniając samą zmianę świadczeniodawcy przez konsumenta (pomijając pozwanego), to w zależności od daty złożenia oświadczenia w tym przedmiocie, okres na dokonanie tych czynności przez ubezpieczyciela był różny. Przykładowo, jeżeli konsument złożył pozwanemu oświadczenie, co do zmiany świadczeniodawcy, pierwszego dnia miesiąca, skutek nastąpił po 30 dniach (w przypadku miesiąca, który liczy 31 dni), a jeżeli takie oświadczenie złożył w ostatnim dniu miesiąca, to skutek nastąpił niemal natychmiast, bo już w dniu następnym. Zatem w pierwszym przypadku pozwany miał 30 dni na załatwienie wszelkich formalności, zaś w drugim wystarczył mu do tego 1 dzień. Takie rozróżnienie nie znajdowało żadnego uzasadnienia, a więc nie znajdowało żadnego uzasadnienia stanowisko ubezpieczyciela dotyczące przyczyn odroczenia skutku zmiany w zależności od tego, która ze stron umowy ubezpieczenia oświadczenie to złożyła.

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

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

Klauzula nr 3184

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

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

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

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

Postanowieniu umownemu wyłączającemu odpowiedzialność umowną ubezpieczyciela z powodu nieuzasadnionego nieskorzystania przez ubezpieczonego z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza bądź niezleconego przez lekarza użycia leków lub narkotyków, powód zarzucił abuzywność z uwagi na występowanie w nim sformułowania „nieuzasadnione nieskorzystanie”, które było pojęciem ocennym i umożliwiało dokonanie tej właśnie oceny w sposób arbitralny przez pozwanego.

W zakresie pierwszego z zakwestionowanych postanowień, pozwany zwrócił uwagę, że dotyczyło ono odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń przy konkretnym ryzyku ubezpieczeniowym jakim jest zgon w następstwie nieszczęśliwego wypadku. Wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela korelowało z zawartą w o.w.u. definicją „nieszczęśliwego wypadku”, zgodnie z którą poza nagłością zdarzenia i zewnętrżnością przyczyny jest

występowanie zdarzenia wbrew woli ubezpieczonego, która to cecha odnosi się do winy poszkodowanego. Zagadnienie winy rozpatrywane jest przede wszystkim w aspekcie winy poszkodowanego, rozumianej jako wyrządzenie szkody samemu sobie, a w polskim prawie ubezpieczeń przyjęta jest zasada nieodpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za winę umyślną ubezpieczonego, która pozbawia zaistniałe zdarzenie cech losowości. Dlatego też postanowienie to nie mogło zostać uznane za niedozwolone, gdyż wyłączenie odpowiedzialności nie dotyczyło popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa, co wiązałoby się z ustaleniem winy przez niezawisły sąd, a jedynie popełnienia czynu na podstawie materiału zgromadzonego w postępowaniu przygotowawczym. Z tego względu dla ubezpieczyciela wystarczające były ustalenia poczynione w postępowaniu przygotowawczym, wskazujące na sprawstwo ubezpieczonego, bez rozstrzygnięcia o winie.

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie o.w.u. wyłączające odpowiedzialność ubezpieczyciela, jeżeli zgon ubezpieczonego zaistniał bezpośrednio lub pośrednio w następstwie popełnienia przez ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego, było postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Postanowienie to naruszało zasadę domniemania niewinności wyrażoną w art. 42 Konstytucji i w art. 5 k.p.c., a także zasadę *pro dubio in reo*, w świetle której nie dające się usunąć wątpliwości rozstrzyga się na korzyść oskarżonego. Na gruncie powołanych przepisów prawa, niedopuszczalne jest przyjęcie za tożsame z prawomocnym

skazaniem sprawcy czynu zabronionego podejrzenia popełnienia czynu zabronionego wykazanego w toku postępowania przygotowawczego. W ocenie SOKiK za trafne należało uznać stanowisko powoda, że okoliczność popełnienia przez poszkodowanego czynu kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej może zostać ostatecznie wykazana dopiero przez sąd. Do czasu wydania prawomocnego wyroku nie można mówić o wykazaniu tej okoliczności w stosunku do poszkodowanego, bowiem podejrzenia popełnienia przestępstwa nie można uznać za jednoznaczne z prawomocnym przypisaniem sprawcy czynu zabronionego przez niezawisły sąd. W toku postępowania przygotowawczego nie następuje wykazanie popełnienia przez określoną osobę czynu zabronionego, a jedynie uprawdopodobnienie popełnienia przez nią takiego czynu. Wykazanie, czyli udowodnienie zarówno sprawstwa, jak i winy następuje dopiero na etapie postępowania sądowego. W świetle tego przyznanie prawa ubezpieczycielowi do arbitralnego ustalenia w stosunku do ubezpieczonego sprawstwa określonego czynu na podstawie materiału dowodowego zgromadzonego w postępowaniu przygotowawczym i wyłączenie na tej podstawie swojej odpowiedzialności z umowy ubezpieczenia, należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i niewątpliwie naruszające w sposób rażący interes konsumenta.

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

SOKiK podzielił też stanowisko powoda, że wskazane w zakwestionowanej klauzuli przyczyny wyłączenia, nigdy nie są wyłączną przyczyną szkody w postaci zgonu na skutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, bowiem okoliczności te nie mają związku z przyczynieniem się poszkodowanego do powstania wypadku, a jedynie mogą przyczynić się do jego zgonu na skutek wypadku. Prowadziło to do wniosku, że wskazane w klauzuli nieprawidłowe zachowanie się ubezpieczonego, nawet jeśli

miało istotny wpływ na jego zgon w wyniku wypadku, to nie będąc wyłączną przyczyną szkody nie mogło wyłączać roszczeń odszkodowawczych w całości. Co najwyżej mogło mieć jedynie wpływ na ich zmniejszenie.

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

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

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

W zakresie postanowienia wyłączającego odpowiedzialność ubezpieczyciela, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w następstwie popełnienia przez niego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego, Sąd Apelacyjny w Warszawie podzielił zarzut apelacji, iż Sąd I instancji nie uzasadnił jakie konkretne dobre obyczaje naruszała ta klauzula oraz w jaki sposób rażąco przez to naruszała interesy konsumentów. Niemniej jednak ocena abuzywności postanowienia wzorca umownego w ramach kontroli abstrakcyjnej wymaga dokonania przez sąd weryfikacji „przyzwoitości” konkretnej klauzuli. Sąd musi zbadać, czy oceniane postanowienie wzorca jest sprzeczne z ogólnym wzorcem zachowań przedsiębiorców wobec konsumentów. Powinien ustalić, jak wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta w braku takiej klauzuli. Jeżeli konsument byłby – na podstawie ogólnych przepisów – w lepszej sytuacji, gdyby konkretnego postanowienia wzorca nie było, należy przyjąć, że ma ono charakter abuzywny.

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

okolicznością istotną dla wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdyż jak wynikało z omawianego postanowienia wzorca umownego mogło mieć miejsce tylko przy winie umyślnej.

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

Dokonując takiej kontroli należało mieć na uwadze zarówno istotę umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków, jak i definicję nieszczęśliwego wypadku określoną w o.w.u. Z przepisu art. 829 pkt 2 k.c. wynika, że przy ubezpieczeniu osobowym od następstw nieszczęśliwych wypadków nie wypłaca się odszkodowań, lecz świadczenie w wysokości określonej sumy pieniężnej. Oznacza to, że wysokość świadczenia, do spełnienia którego zobowiązuje się ubezpieczyciel nie pozostaje w żadnym stosunku do zaistniałej szkody. W judykaturze za ugruntowany należy uznać pogląd, zgodnie z którym do odszkodowania przysługującego ubezpieczającemu z tytułu umowy ubezpieczenia przepis art. 362 k.c. nie ma zastosowania. W wyroku z dnia 23 kwietnia 1999 r. (sygn. akt I CKN 57/98) Sąd Najwyższy rozszerzył swoje rozważania także o świadczenia wypłacane przez zakład ubezpieczeń na podstawie ubezpieczenia osobowego (wskazując także na art. 832 § 1 k.c.) i stwierdził, że z ulokowania przepisu art. 362 k.c. w tytule I (przepisy ogólne) księgi trzeciej kodeksu cywilnego obejmującej zobowiązania wynika w sposób oczywisty, że ma on zastosowanie zarówno w reżimie odpowiedzialności *ex contractu*, jak i *ex delicto*. Jest więc jasne, że może być stosowany także we wszystkich wypadkach odpowiedzialności z tytułu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązań. Stwierdzenie to nie dotyczy jednak odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, gdyż przepisy normujące tę umowę zmodyfikowały w pewnym zakresie ogólne zasady odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym skutki prawne przyczynienia się poszkodowanego do szkody (np. art. 826 § 1 i 2, art. 827

§ 1 albo art. 832 § 1 k.c.). Jest również oczywiste, że unormowanie ujęte w art. 362 k.c. stoi w opozycji do istoty ubezpieczenia, które m.in. polega właśnie na zapewnieniu ubezpieczającemu ochrony w razie rozmaitych uchybień w jego postępowaniu (działalności zawodowej, w życiu prywatnym itd.), a więc działań lub zaniechań wywołujących powstanie szkody albo też stanowiących przyczynienie się do jej powstania lub zwiększenia. W konsekwencji, możliwość uwzględnienia przyczynienia prowadziłyby wprost do unicestwienia podstawowych celów ubezpieczenia, tj. osłabienia czy nawet wyłączenia jego funkcji ochronnej i kompensacyjnej. Oznacza to, iż w umowach ubezpieczenia osobowego przepis art. 362 k.c. nie stoi na przeszkodzie możliwości wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego, z uwagi na zachowanie ubezpieczonego określane przez pozwanego jako zachowanie na własne ryzyko, tym niemniej jednak takie wyłączenie powinno zostać dokonane w sposób wyraźny, jasny i precyzyjny, a jego zakres nie może być tak szeroki aby ograniczał odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń do pewnego minimum, nie odpowiadającego celowi ubezpieczenia. Innymi słowy, ocena prawna klauzul umownych wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela w razie zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego winna być dokonywana w granicach ich zgodności z naturą stosunku prawnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (art. 353¹ k.c.) oraz kształtowania praw i obowiązków stron w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami (art. 385¹ § 1 k.c.).

Kwestionowane postanowienie o.w.u. dotyczyło umowy ubezpieczenia na życie, której zakres obejmował zgon ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym. Przy czym, przez nieszczęśliwy wypadek należało rozumieć nagle, niezależne od woli ubezpieczonego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną i zaistniałe w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, w wyniku którego nastąpił zgon ubezpieczonego. Zaskarżone postanowienie umowne wyłączało odpowiedzialność w wypadku zajścia zdarzenia objętego ryzykiem ubezpieczeniowym także gdy ubezpieczony swoim zachowaniem polegającym na nieuzasadnionym nieskorzystaniu z porady lekarskiej, nieprzestrzeganiu zaleceń lekarza bądź niezleconego przez lekarza użyciu leków lub narkotyków przyczynił się chociażby w sposób pośredni do swojego zgonu. Takie rozwiązanie w ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie było sprzeczne z istotą tego rodzaju umowy ubezpieczenia oraz z dobrymi obyczajami, gdyż wyłączało w sposób nieuzasadniony obowiązek świadczenia zakładu ubezpieczeń w razie zajścia zdarzenia objętego ryzykiem ubezpieczeniowym. Wyłączenie odpowiedzialności przedsiębiorcy wobec konsumenta

następowało bowiem także w sytuacji, kiedy zachowanie poszkodowanego nie pozostawało w żadnym związku z zaistnieniem nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną szkody, kiedy nie było zatem wyłączną, a nawet istotną, czy też zawinioną przyczyną zgonu ubezpieczonego. Sąd Apelacyjny w Warszawie zwrócił przy tym uwagę, iż przepisy kodeksu cywilnego regulujące umowę ubezpieczenia, ilekroć wyłączają lub ograniczają odpowiedzialność ubezpieczyciela na skutek zajścia okoliczności leżących po stronie ubezpieczającego lub ubezpieczonego, wymagają aby okoliczności te zwiększały prawdopodobieństwo wypadku ubezpieczeniowego i były wynikiem zawinonego, ewentualnie noszącego znamiona rażącego niedbalstwa, zachowania się tych osób. Przykładem może być przepis art. 815 § 3 k.c., 832 § 1 k.c. czy też odnoszący się do ubezpieczenia majątkowego przepis art. 826 § 3 k.c.

Nieuzasadnione nieskorzystanie z porady lekarskiej przez ubezpieczonego nie zawsze będzie wynikiem winy umyślnej, czy nawet rażącego niedbalstwa ubezpieczonego, nie zawsze także ubezpieczony będzie zdawał sobie sprawę z grożącego dla jego stanu zdrowia niebezpieczeństwa. Kwestia złego samopoczucia, stopnia nasilenia bólu, czy innych dolegliwości ma wymiar subiektywny i uzależniony jest od stopnia wrażliwości każdego organizmu ludzkiego. Objawy chorobowe, które dla jednej osoby będą wyraźnym sygnałem do skorzystania z porady lekarskiej, przez inną osobę z uwagi chociażby na brak wiadomości specjalnych mogą zostać niezauważone, czy też nieprawidłowo zinterpretowane jako typowa niegroźna i ustępująca po pewnym czasie przypadłość. Nie sposób jest się zgodzić z twierdzeniem, iż przy użyciu tak ogólnego i właściwie trudnego do oceny według kryteriów obiektywnych pojęcia, jak „nieuzasadnione nieskorzystanie” z porady lekarskiej, wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela dotyczyło tylko takiej sytuacji, w której ubezpieczony mając na uwadze należyłą troskę o własne zdrowie, „wbrew przepisom prawa lub zdrowemu rozsądkowi, jakiego można oczekiwać od osoby w określonych okolicznościach, nie skorzysta z porady lekarskiej”. Literalna wykładnia powyższego postanowienia umownego, dokonywana przy abstrakcyjnej kontroli wzorca umowy, prowadziła do wniosku, iż wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń mogło nastąpić także przy niewielkim stopniu zawinienia ubezpieczonego w zakresie dbałości o swój stan zdrowia. Wyłączenie w takiej sytuacji odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, po pierwsze wypaczało sens umowy ubezpieczenia od zgonu na skutek nieszczęśliwego wypadku, którą ubezpiecza się przeciw ryzyko śmierci wskutek zdarzenia nagłego zewnętrznego, niezależnego od woli ubezpieczonego, a nie ryzyko zgonu wskutek zaniedbań własnego stanu zdrowia. Po drugie,

naruszało dobre obyczaje, gdyż kształtowało prawa i obowiązki konsumenta, nie pozwalając na realizację takich wartości jak uczciwość, lojalność, rzetelność. Naruszało równowagę kontraktową pozwalając i tak silniejszej stronie stosunku zobowiązaniowego zwolnić się od obowiązku świadczenia w sytuacji, gdy zachowanie konsumenta miało nawet niewielki, zawiniony w nieznacznym stopniu i pośredni wpływ na zaistnienie nieszczęśliwego wypadku tylko na zaistnienie jego zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Postanowienie powyższe skutkowało także rażącym naruszeniem interesu konsumenta, gdyż znacząco odbiegało od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron.

Klauzula nr 3185

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

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

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

Zdaniem powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było abuzywne, gdyż przewidywało wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń tylko z tego powodu, że u ubezpieczonego została zdiagnozowana nieuleczalna choroba w chwili składania wniosku o objęcie ubezpieczeniem na życie.

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

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

Klauzula nr 3193

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

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

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

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

W ocenie pozwanego kwalifikowanie tego zapisu jako niedozwolonego postanowienia umownego opierało się na błędnych przesłankach natury formalnej i materialnej. W obrocie prawnym ugruntowaną praktyką jest nałożenie na konsumenta obowiązku poinformowania drugiej strony umowy o zmianie swoich danych. Przedmiotowe postanowienie miało na celu umożliwienie wywiązania się przez ubezpieczyciela z obowiązków informacyjnych, jakie nakłada ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, jak również kodeks cywilny. Zgodnie z art. 13 ust. 3d ustawy o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku nie przekazania ubezpieczonemu wymaganych informacji, zmiana warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia, wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym wartości wykupu, sumy ubezpieczenia w przypadku umowy ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia wyrażoną w ustalonej kwocie oraz wartości premii jest skuteczna względem ubezpieczonego jedynie w części korzystnej dla tego ubezpieczonego. Pozwany podniósł także, że w przedmiotowym postanowieniu ubezpieczyciel nałożył na siebie taki sam obowiązek poinformowania o zmianie nazwy i adresu siedziby, więc nie można było zarzucić mu nierównego ukształtowania obowiązków. W postanowieniu zastrzegł dodatkowo, iż „o zmianie swojej siedziby lub nazwy [...] może poinformować drogą ogłoszeń, zamieszczanych w prasie o zasięgu ogólnokrajowym.”, przy czym słowo „może” oznaczało tu, iż jest to dodatkowa ewentualność dla ubezpieczyciela jako przedsiębiorcy do poinformowania również inną drogą niż drogą pisemną. Ubezpieczyciel nie zastrzegł w tym

zakresie skutku doręczenia, a jedynie przewidział dodatkową formę zawiadomienia o zmianie swoich danych.

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

W ocenie SOKiK przedmiotowe postanowienie było wyrazem wykorzystania przez przedsiębiorcę a zarazem profesjonalistę swej pozycji kontraktowej i prowadziło do nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków stron na niekorzyść konsumenta. Skoro bowiem pozwany wskazywał na obowiązek pisemnego powiadomienia strony umowy o zmianie danych sam powinien ten obowiązek realizować. Wystosowanie przez pozwanego zawiadomienia lub oświadczenia na piśmie zapewniałoby dotarcie ważnych informacji bezpośrednio do konsumenta. SOKiK podzielił stanowisko powoda, iż zamieszczenie ogłoszeń w prasie o zasięgu ogólnokrajowym nie gwarantowało, że konsument dowie się o zmianach adresu lub nazwy pozwanego. Konsument nie ma przecież obowiązku śledzenia ogłoszeń prasowych i wyszukiwania informacji na temat pozwanego. Wobec powyższego, zdaniem SOKiK, przedmiotowe postanowienie o.w.u. powodowało nierównomierne rozłożenie praw i obowiązków stron umowy ze szkodą dla konsumenta, albowiem nakładało na konsumenta obowiązek poinformowania o zmianie adresu w formie pisemnej, jednocześnie dając ubezpieczycielowi możliwość wyboru sposobu powiadomienia o zmianie danych dotyczących adresu lub nazwy. Ponadto przedmiotowa klauzula godziła w równowagę kontraktową kształtując nałożony na strony obowiązek w sposób odmienny dla każdej z nich, przy czym dla ubezpieczyciela w sposób bardziej korzystny ze względu na

opcjonalność sposobu wypełnienia obowiązku dany tylko jemu, a przez to w sposób nieekwiwalentny i nieproporcjonalny.

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

Klauzula nr 3194

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

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

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

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

W ocenie pozwanego uznanie zapisu, iż okres na jaki zawierana jest umowa ubezpieczenia nie może być krótszy niż 5 lat jako niedozwolone postanowienie umowne byłoby sprzeczne z charakterem umowy ubezpieczenia, gdyż wykluczałoby zawarcie umowy na czas określony. Możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia na czas określony wynika z przepisów kodeksu cywilnego, a skutkiem wpisania przedmiotowego postanowienia do

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

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowany zapis o.w.u. stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., kształtował prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. Przede wszystkim przedmiotowe postanowienie narzucało konsumentowi obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na okres minimum 5 lat. Istotnym jest także to, iż zarówno przedmiotowe postanowienie jak i inne postanowienia tego samego wzorca, nie stanowiły o tym, aby umowa ubezpieczenia, o której jest tam mowa mogła być zawarta wyłącznie w razie zawarcia umowy kredytowej na co najmniej lat 5. Pozwany w odpowiedzi na pozew stwierdził co prawda, że ubezpieczający, który posiadał kredyt trwający krócej niż 5 lat nie spełniał wymagań przyjęcia do tego ubezpieczenia, jednakże w żaden sposób tego nie udowodnił, i wniosek taki nie płynie z treści o.w.u. Zatem w sytuacji, gdyby konsument zawarł umowę kredytową na okres krótszy niż lat 5 musiałby jednocześnie zawrzeć umowę ubezpieczenia na lat 5 związaną z zaciągniętym kredytem, stąd pomimo

zakończenia umowy kredytowej nadal obowiązywałaby go umowa ubezpieczenia, na podstawie której miałby uiszczać składki ubezpieczeniowe. Podobnie w razie spłaty przez konsumenta przed upływem lat 5 kredytu rozłożonego na dowolną ilość lat, w dalszym ciągu wiążąca byłaby umowa ubezpieczenia związana z zaciągniętym kredytem, albowiem o.w.u. nie przewidywały wygaśnięcia umowy z chwilą spłaty kredytu. Nie ma przy tym znaczenia, że konsument mógł rozwiązać taką umowę.

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

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 11 października 2011 r. (sygn. akt VI Ca 421/11) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie, SOKiK prawidłowo wskazał na spełnienie wszystkich przesłanek warunkujących uznanie danego postanowienia umownego za niedozwolone. Trafnie Sąd I instancji zaakcentował, iż umowa ubezpieczenia na życie osoby zaciągającej kredyt bankowy zawierana była w konsekwencji zawarcia umowy kredytu i miała z nią ścisły związek. „Ubezpieczonym” był wskazany w

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

Klauzula nr 3195

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

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

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

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

Pozwany podniósł, iż zapis ten nie był stosowany, albowiem w procesie likwidacji szkody nie żądano dostarczenia oryginału certyfikatu ubezpieczenia. Dodatkowo zarząd Towarzystwa podjął uchwałę nr 2 z dnia 25 sierpnia 2009 r., w której zobowiązał Dział Prowizji i Świadczeń do nie żądania oryginału certyfikatu ubezpieczenia. Poza tym zgodnie z art. 830 § 4 k.c. ubezpieczyciel może zmienić warunki umowy ubezpieczenia w trakcie jej trwania jedynie w przypadkach wskazanych w ustawie, do których nie zalicza się podejrzenia uznania bądź uznanie zapisu wzorca umownego za niedozwoloną klauzulę umowną, stąd odstąpił od jej stosowania bez formalnej zmiany zapisów umowy ubezpieczenia.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowany zapis o.w.u. stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., kształtował prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. W ocenie SOKiK skoro przedmiotowe postanowienie przewidywało, iż wraz z wnioskiem o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego należało złożyć oryginał

certyfikatu ubezpieczenia. Przedstawienie tego certyfikatu było jednym z warunków uzyskania świadczenia ubezpieczeniowego. Oryginał certyfikatu ubezpieczenia był przekazywany konsumentowi na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia. Natomiast ubezpieczyciel zatrzymywał jeden egzemplarz umowy ubezpieczenia, która powinna zawierać dane ubezpieczonego, określać przedmiot świadczenia i inne istotne dla umowy ubezpieczenia elementy. Sama umowa ubezpieczenia stanowiła podstawę do spełnienia przez ubezpieczyciela świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego zakresem ubezpieczenia.

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

Klauzula nr 3298

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

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

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

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

Zdaniem powoda, ubezpieczyciel zastrzegając sobie prawo do zmiany w każdym czasie zakresu usług świadczonych na rzecz ubezpieczonego, bądź możliwość zaprzestania ich wykonywania, przyznał sobie niewątpliwie prawo do jednostronnej zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech swojego świadczenia. Na mocy tego postanowienia ubezpieczyciel mógł określić nie tylko rozmiar (np. ilość) poszczególnych świadczeń, ale również zdecydować, czy w ogóle w przyszłości świadczenia te będzie wykonywać. Postanowienie to nie zawierało przy tym jakichkolwiek przyczyn, które uzasadniałyby możliwość modyfikacji świadczenia przez ubezpieczyciela, wręcz przeciwnie przewidywało, że ubezpieczyciel mógł skorzystać z tego uprawnienia w każdym czasie. Tak sformułowane postanowienie pozwalało na dokonywanie jednostronnej i dowolnej modyfikacji umowy w zakresie istotnych cech świadczenia i tym samym stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385³ pkt 19 k.c. Na przedstawioną ocenę klauzuli nie miał wpływu fakt, że uregulowane świadczenia miały charakter świadczeń dodatkowych. Konsument decydując się na skorzystanie z oferty zakładu ubezpieczeń, bierze pod uwagę swego rodzaju kompleksowość dostępnych usług, a więc nie tylko postanowienia umowy głównej (podstawowej) ubezpieczenia na życie, ale również postanowienia związanych z nią umów dodatkowych, na mocy których co do zasady rozszerzane są usługi podstawowe. Nawet jeśli

kwestionowane postanowienie dotyczyło zakresu świadczeń przewidzianych w umowach dodatkowych, w tym wypadku dotyczących udzielania informacji medycznych bądź doraźnej opieki medycznej, to jednak odnosiło się do istotnych cech świadczenia ubezpieczyciela.

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

Zgodnie z regulaminem doraźnej informacji medycznej zakres usług świadczonych przez ubezpieczyciela obejmował organizację świadczeń informacyjnych, za pośrednictwem wskazanego w regulaminie operatora. Zakres świadczeń informacyjnych obejmował udzielenie odpowiedzi na pytania dotyczące kwestii określonych w Katalogu, załączonym do regulaminu i obejmujących ogólne informacje o zdrowiu, chorobie i jednostkach chorobowych, zachowaniach prozdrowotnych, szpitalach, aptekach, przychodniach i lekarzach, pielęgnacji niemowląt, lekach oraz objawach niepożądanych, dietach i zdrowym

żywieniu, grupach wsparcia i telefonach zaufania, transporcie medycznym oraz stanach wymagających nagłej pomocy. Zmiana zakresu tych usług była nieunikniona, chociażby ze względu na zmiany występujące w zakresie dostępnej wiedzy medycznej, co uzasadniało prawo ubezpieczyciela do zmiany zakresu tych usług w każdym czasie. Niemożliwe było też określenie z góry, kiedy i jakie zmiany w tym katalogu mogą nastąpić, a więc nie można było określić przesłanek i zakresu zmian usług przewidzianych w regulaminie. Co więcej, usługi wskazane w regulaminie były wykonywane przez ściśle określonego Operatora, zaś umowa, na podstawie której Operator wykonywał swoje usługi mogła zostać zmieniona lub rozwiązana, przy czym mogło być to spowodowane okolicznościami niezależnymi od pozwanego. W związku z powyższym zasadne było, że ubezpieczyciel przewidział w regulaminie możliwość zmiany zakresu usług lub zaprzestania ich świadczenia w każdym czasie. Powyższe dotyczyło odpowiednio regulaminu doraźnej pomocy medycznej, z uwzględnieniem specyfiki świadczeń ujętych w tymże regulaminie.

Pozwany podkreślił również, że regulaminy nie przewidywały żadnych świadczeń konsumentów na rzecz ubezpieczyciela, a jedynie jednostronne świadczenia ze strony zakładu ubezpieczeń. Nie można zatem było uznać, żeby zmiana katalogu tych świadczeń godziła w równowagę kontraktową stron, bowiem w tym wypadku nie tylko nie można mówić o nieprawidłowym ukształtowaniu treści stosunku obligacyjnego, ale nawet o ukształtowaniu jakiegokolwiek stosunku obligacyjnego. Kwestionowane postanowienie regulaminów nie kształtowało praw konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i nie naruszało jego interesów, w szczególności w sposób rażący, bowiem ubezpieczyciel w sposób jednoznaczny i czytelny uprzedzał konsumenta, że zakres usług ujęty w regulaminach doraźnej informacji medycznej i doraźnej pomocy medycznej może ulec zmianie, co znajdowało uzasadnienie w charakterze tych usług i sposobie ich świadczenia. Nieuzasadnione było też stanowisko powoda, że doraźna informacja medyczna i doraźna pomoc medyczna stanowiły jedynie dodatkową usługę i nie były świadczeniem głównym pozwanego. Oceny, czy dane świadczenie ma charakter głównego świadczenia stron nie można dokonywać jedynie przez pryzmat tego, czy umowa obejmująca to świadczenie nosi nazwę umowy głównej, czy też umowy dodatkowej. Powód zaś podniósł, że świadczenie doraźnej informacji medycznej i doraźnej pomocy medycznej jest świadczeniem jedynym i głównym.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powództwo było w pełni zasadne. Wbrew twierdzeniu pozwanego stosowane przez niego „regulaminy doraźnej

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

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

Stosownie do treści art. 385³ pkt 19 k.c. w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności przewidują wyłącznie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia. Zakwestionowane postanowienie umowne przewidywało uprawnienie dla ubezpieczyciela do dokonywania jednostronnych zmian zakresu usług określonych w regulaminie, a także możliwość zaprzestania świadczenia tych usług. Zawierając umowę z ubezpieczycielem, konsument ma prawo oczekiwać, że zakres świadczeń określony w umowie ma charakter wiążący i nie będzie podlegał jednostronnym modyfikacjom przez cały okres obowiązywania umowy. Dobre obyczaje nakazują, aby istotne cechy świadczenia nie ulegały zmianie w każdym czasie na podstawie arbitralnych decyzji pozwanego. O atrakcyjności oferty decydować mogą nie tylko świadczenia przewidziane w umowach podstawowych, ale także wynikające z umów dodatkowych, tak jak ma to miejsce w niniejszej sprawie. Konsument powinien mieć więc pewność, że istotne cechy świadczenia jego kontrahenta nie będą w każdym czasie zmieniane. Tymczasem

zakwestionowane postanowienie przyznawało niewątpliwie ubezpieczycielowi prawo do jednostronnej zmiany istotnych cech świadczenia w trakcie trwania umowy, bądź też do zaprzestania świadczenia usług w przyszłości. Przedmiotowa klauzula nie wskazywała przy tym żadnych przyczyn, których wystąpienie umożliwiłoby ubezpieczycielowi prawo do zmiany oferowanych usług lub zaprzestania ich świadczenia w ogóle. SOKiK podkreślił przy tym, że katalog usług oferowanych konsumentom przez ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia miał istotny wpływ na decyzję konsumenta w przedmiocie zawarcia umowy, a zatem zmiana zakresu tych usług, bądź zaprzestanie ich świadczenia miało istotne znaczenie. Normą dobrego obyczaju jest, aby katalog usług, jako istotny element stosunku prawnego określającego świadczenie ubezpieczyciela na rzecz ubezpieczonych był wiążący i trwały. Na mocy przedmiotowego zapisu ubezpieczyciel mógł natomiast określić rozmiar poszczególnych świadczeń, które zostaną zmienione, jak również zdecydować, czy te świadczenia będą przez niego wykonywane w przyszłości. Na podstawie przedmiotowej klauzuli konsument nie posiadał pewności co do możliwości skorzystania z usług ubezpieczyciela. Doszło tu więc do takiego ukształtowania stosunku zobowiązaniowego, który naruszał zasadę równorzędności stron. Tym samym stanowiło naruszenie klauzuli dobrych obyczajów. SOKiK stanął zatem na stanowisku, że prawo do jednostronnego określania przedmiotu świadczenia naruszało rażąco interesy konsumentów, którzy pozostawali w stanie niepewności co do możliwości uzyskania świadczenia.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 20 stycznia 2012 r. (sygn. akt VI Ca 1007/11) oddalił apelację pozwanego. Sąd Apelacyjny w Warszawie podzielił stanowisko SOKiK, że zakwestionowane postanowienie było użyte we wzorcu umownym w rozumieniu art. 384 § 1 k.c. W orzecznictwie Sądu Najwyższego za ugruntowany uznać należy pogląd, że z mocy art. 384 § 1 k.c. regulamin jest jedną spośród wymienionych tym przepisem szczególnych postaci wzorca umowy, zatem podlega kontroli sądu w postępowaniu o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Nie miała racji strona skarżąca podnosząc, że choć postanowienia regulaminów ustalone były jednostronnie przez ubezpieczyciela, to jednak na ich podstawie nie zawierane były z konsumentami żadne umowy. Argumentacja ta miała o tyle małe znaczenie w sprawie, że kontrola abstrakcyjna nie jest uzależniona od uprzedniego zawarcia jakiegokolwiek umowy na podstawie postanowień wzorca umownego. Innymi słowy, postanowienia regulaminu, jako ustalonej przez jedną ze stron szczególnej postaci wzorca umowy (art. 384 § 1 k.c.), podlegają między innymi tzw. kontroli abstrakcyjnej w postępowaniu w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za

niedozwolone, wszczętym także przez podmiot nie związany umową z twórcą tego wzorca³⁵. Klauzulą niedozwoloną jest postanowienie umowy zawartej z konsumentem (lub wzorca umownego), która spełnia łącznie wszystkie przesłanki określone w przepisie art. 385¹ § 1 k.c.: 1) nie jest postanowieniem uzgodnionym indywidualnie, 2) nie jest postanowieniem w sposób jednoznaczny określającym główne świadczenia stron, 3) kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Zatem pozwany zupełnie niezasadnie przywiązuje wagę do tego, że regulaminy doraźnej pomocy medycznej i doraźnej informacji medycznej nie były klientom doręczane, jak również klienci nie byli z nimi zaznajamiani. Doręczenie regulaminu nie stanowiło żadnej przesłanki warunkującej ocenę postanowienia z punktu widzenia jego abuzywności.

Sąd Apelacyjny w Warszawie zwrócił również uwagę, że świadczenia, które ubezpieczyciel przewidywał w przedmiotowych regulaminach nie miały samodzielnego bytu, tj. nie funkcjonowały samodzielnie bez uprzedniego zawarcia umowy ubezpieczenia. Słusznie Sąd I instancji stwierdził, że świadczeniem głównym wynikającym z takiej umowy jest ze strony ubezpieczyciela świadczenie ochrony ubezpieczeniowej, a ze strony konsumenta zapłata ceny za tę ochronę. Zatem w ramach umowy ubezpieczeniowej, usługi świadczone na podstawie regulaminów doraźnej pomocy medycznej i doraźnej informacji medycznej nie stanowiły głównych świadczeń stron. Powyższe znajdowało potwierdzenie w treści paragrafu pierwszego regulaminów określających, dla kogo usługi wskazane w tych regulaminach były dostępne. Wynikało z nich, że ich adresatem był ubezpieczony w rozumieniu umowy ubezpieczeniowej. Wobec powyższego nie budziło wątpliwości Sądu Apelacyjnego, że świadczenia ubezpieczyciela wobec konsumenta doraźnej pomocy medycznej i doraźnej informacji medycznej były świadczeniami dodatkowymi w ramach umowy ubezpieczeniowej. O tym, że świadczenia miały charakter dodatkowy świadczyły dalsze zapisy regulaminów, z których wynikał, że aby ubezpieczony mógł z nich skorzystać, musiał wykonać czynności „uruchamiające” te usługi (podanie imienia i nazwiska, numeru PESEL i innych danych niezbędnych do realizacji świadczenia). Ponadto ścisły związek proponowanych w regulaminach świadczeń z umową o ochronę ubezpieczeniową wynikał z innych postanowień regulaminu doraźnej informacji medycznej oraz regulaminu doraźnej opieki medycznej, które stanowiły, że klient tracił prawo dostępu do usługi z chwilą wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Zatem zarzut pozwanego o sprzeczności istotnych ustaleń Sądu

³⁵ Tak SN w wyroku z dnia 20 stycznia 2011 r. (sygn. akt I CSK 218/10).

Okręgowego z treścią zebranego materiału dowodowego w zakresie przyjęcia, że zaskarżona klauzula nie dotyczyła głównego świadczenia był nietrafny.

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

Klauzula nr 3434

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

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

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

Klauzula nr 3442

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

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

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

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

Zdaniem pozwanego przepisy prawa dotyczące działalności ubezpieczeniowej nie regulują skutków prawnych odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego i wpływu tej czynności na umowę ubezpieczenia podstawowego. Przedmiotowe postanowienie umowne było więc dozwolone w świetle zasady swobody umów. Ocena treści postanowienia wzorca umowy w kontekście klauzul niedozwolonych nie może abstrahować od konkretnej treści umowy ubezpieczenia. Przedmiotowe postanowienie nie mogło być postrzegane jako niedozwolone z uwagi na treść umów ubezpieczenia zawieranych z jej zastosowaniem oraz skutki, jakie wywołuje dla ubezpieczającego i ubezpieczonych, w szczególności w sposób

rażący nie narusza obowiązków konsumentów. Ogólne warunki ubezpieczenia, w którym znajdowała się zakwestionowana klauzula to ubezpieczenie gwarantujące osobom, które przestają być pracownikami ubezpieczającego możliwość kontynuowania ubezpieczenia na warunkach ustalonych w ramach ubezpieczenia grupowego, co wiązało się z dużo niższą składką niż w przypadku ryzyk indywidualnych oraz ubezpieczeniem ryzyk, które nie byłyby ubezpieczone indywidualnie. Prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia musi być jednolicie ustanowione we wszystkich umowach zawartych z ubezpieczającym albo w żadnej. W przypadku stworzenia dwóch różnych grup ubezpieczonych, z których jedna miałyby ubezpieczenie dodatkowe prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, druga natomiast nie, doszłoby do sytuacji, w której nastąpiłby spadek wysokości składki za prawo do indywidualnego kontynuowania w stosunku do liczby osób przechodzących na kontynuację. W wyniku tego nastąpiłaby niewystarczalność składki w tej umowie dodatkowej, a w konsekwencji brak ekonomicznych podstaw do jej funkcjonowania. Przedmiotowe postanowienie zapewniało bezpieczeństwo ubezpieczonych w ten sposób, że składka została skalkulowana tak, aby ubezpieczyciel zrealizował przyjęte na siebie w ramach umów ubezpieczenia zobowiązania wypłaty świadczeń szerokiemu kręgowi ubezpieczonych i współubezpieczonych. Brak tego postanowienia spowodowałby, że ubezpieczenie nie będzie mogło w ogóle funkcjonować, co nie leżało w interesie konsumentów. Ponadto, zwracając uwagę na grupowy charakter tego ubezpieczenia, pozwany podniósł, że umowa ubezpieczenia zawierana była przez ubezpieczającego i tylko ubezpieczający mógł zrealizować prawo do odstąpienia od umowy. Wobec tego, z uwagi na terminy odstąpienia od umowy, jego skutki nie dotyczyły żadnego ubezpieczonego, ponadto ubezpieczający po odstąpieniu od umowy w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego nie będzie zainteresowany kontynuowaniem samego ubezpieczenia zdrowotnego, zważywszy na sumę ubezpieczenia i koszty prowadzenia grupy ubezpieczonych przez ubezpieczającego. Ubezpieczającym jest zwykle przedsiębiorca w rozumieniu art. 41¹ k.c., więc prawo odstąpienia od umowy mogło być realizowane tylko przez podmiot, nie będący konsumentem w rozumieniu art. 22¹ k.c. Przedmiotowe postanowienie w tym ubezpieczeniu nie naruszało zatem rażąco interesów konsumenta.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postawienie umowne spełniało przesłanki niedozwolonej klauzuli umownej, albowiem było niezgodne z prawem, kształtowało prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, jednocześnie rażąco naruszając ich interesy. Umowa ubezpieczenia podstawowego na życie i dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego mają charakter umów od

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

Ubezpieczenie zawarte na podstawie umowy z wykorzystaniem wzorca „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia” gwarantowało możliwość indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia po wyjściu z grupy dotychczasowych ubezpieczonych na korzystnych warunkach, które przysługiwały do tej pory tylko tej określonej grupie. Składka ubezpieczeniowa skalkulowana była w tym wypadku na niższym poziomie, niż w wypadku zawarcia indywidualnego ubezpieczenia, a zatem było dla konsumenta korzystniejsze z punktu widzenia

ekonomicznego. W ocenie SOKiK skorelowanie odstąpienia od umowy ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem jednoczesnego zniweczenia stosunku prawnego zawartego w ramach umowy ubezpieczenia podstawowego prowadziło do postawienia konsumenta w sytuacji słabszej strony stosunku prawnego i jednocześnie obarczenia go negatywnymi konsekwencjami, których ponoszenie powinno być zależne od jego swobodnego wyboru. Postanowienie to jednocześnie w sposób rażąco naruszało interesy konsumentów. Odstąpienie od umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej z wykorzystaniem kwestionowanego wzorca automatyczne powodowało odstąpienie od umowy ubezpieczenia podstawowego na życie, gdzie suma ubezpieczenia mogła stanowić znaczącą wartość ekonomiczną dla konsumenta. Zgodnie bowiem z zapisami „Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia pracowniczego typu [...]” suma minimalna ubezpieczenia wynosiła dwukrotną wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, a maksymalnie dziesięciokrotną wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia. Na mocy zaś „Ogólnych warunków ubezpieczenia indywidualnie kontynuowanego typu [...]” suma ubezpieczenia była kwotą stanowiącą podstawę ustalenia wysokości świadczeń. Wysokość początkowej sumy ubezpieczenia nie mogła być niższa niż dwukrotna wysokość przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, a nie wyższa niż suma ubezpieczenia obowiązująca w ostatnim roku odpowiedzialności w ubezpieczeniu grupowym. W tym kontekście automatyczne unicestwienie umowy ubezpieczenia podstawowego na życie z tak określoną sumą ubezpieczenia, w sposób rażąco, tj. oczywisty, niewątpliwy i bezsporny naruszało interesy konsumenta.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 8 grudnia 2011 r. (sygn. akt VI ACA 421/11) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu Apelacyjnego należało zgodzić się z twierdzeniem pozwanego, że umowy z zastosowaniem „Ogólnych warunków dodatkowego grupowego ubezpieczenia prawa do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia” zawierane były w ramach grupowego pracowniczego ubezpieczenia, gdzie ubezpieczającym był podmiot zinstytucjonalizowany i podmiot ten zawierał umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek – pracowników. Sam pozostawał stroną ubezpieczenia, która odpowiedzialna był wobec zakładu ubezpieczeń za zapłacenie składek. Niemniej jednak, choć konsumenci takiej umowy nie zawierali, to zakwestionowane postanowienie umowne wywierało wpływ na ich prawa i obowiązki. Dlatego też, choć uprawnienie do odstąpienia od umowy ubezpieczenia przysługiwało wyłącznie pracodawcy, który w imieniu pracowników taką umowę, w ramach grupowego ubezpieczenia zawierał, to skutki odstąpienia, o jakich mowa w kwestionowanym postanowieniu oddziały bezpośrednio na sytuację prawną konsumentów. Stąd też nie można

podzielić poglądu wyrażanego przez pozwanego, że naruszony został przez Sąd I instancji przepis art. 385¹ § 1 k.c. w związku z tym, że postanowienie wzorca umowy uznane za niedozwolone nie dotyczyło konsumentów.

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

Klauzula nr 3455

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

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

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

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

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c. Jak wynika z art. 454 § 1 k.c., miejscem spełnienia przez dłużnika świadczenia pieniężnego jest siedziba wierzyciela. W przypadku rozliczenia bezgotówkowego miejscem spełnienia świadczenia jest miejsce, gdzie prowadzony jest bankowy rachunek wierzyciela. Dokonanie bowiem wpisu na tym rachunku („uznanie”) jest równoznaczne z uzyskaniem przez wierzyciela możliwości rozporządzania tą kwotą, to zaś dopiero może być uznane za równoważne z otrzymaniem należności. Spełnienie świadczenia bezgotówkowego następuje więc w dniu uznania

rachunku bankowego wierzyciela, chyba że strony stosunku zobowiązaniowego postanowiły inaczej³⁶.

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

³⁶ Por. np. wyrok SN z dnia 12 lipca 1996 r. (sygn. akt II CRN 79/96, LEX nr 465045), uchwałę SN z dnia 4 stycznia 1995 r. (sygn. akt III CZP 164/94, OSNC 1995/4/62), czy wyrok NSA z dnia 29 sierpnia 2002 r. (sygn. akt V SA2718/01, „Biuletyn Skarbowy” 2003/3/31).

ubezpieczeniowej przez konsumenta, ubezpieczyciel mógł uznać, że nie doszło do spełnienia świadczenia, nie obejmował więc ochroną ubezpieczeniową klienta, ale mógł „obrać” wpłaconymi kwotami. Już chociażby z tego powodu klauzula ta byłaby abuzywna. SOKiK zauważył również, że ubezpieczyciel nie określił, jak powinien brzmieć prawidłowy tytuł wpłaty. Ubezpieczyciel podnosił w tym przedmiocie, że w takiej sytuacji wymaganie to spełni każdy sposób jej oznaczenia, który tylko pozwoli na przypisanie składki do umowy ubezpieczenia, a nadmierny formalizm w tym zakresie mógłby bardziej działać na niekorzyść konsumenta. Nie zmienia to jednak faktu, że to od decyzji pozwanego zależało uznanie, czy takie, a nie inne określenie tytułu przelewu będzie dla niego wystarczające dla właściwego przypisania składki. Ubezpieczyciel miał tu dowolność w tym sensie, że od jego woli uzależnione było spełnienie świadczenia przez konsumenta. Nie było w szczególności wiadome, czy wystarczające było np. właściwe podanie numeru subkonta, czy niezbędne było podanie numeru polisy, a nawet jeżeli było błędne subkonto, to czy prawidłowy numer polisy pozwolił na prawidłowe przypisanie składki. W ten sposób ubezpieczyciel przyznał sobie *de facto* prawo do wiążącej interpretacji umowy i stwierdzenia, czy dana wpłata została dokonana w prawidłowy sposób. Taki brak jednoznaczności oraz wynikająca stąd swoboda interpretacyjna mogła powodować, że data uznania zapłaty składki mogła różnić się na niekorzyść konsumenta (ubezpieczającego) od daty dokonania faktycznej zapłaty, albowiem ubezpieczyciel, korzystając z wpłaconych środków, mógł jednocześnie dokonać przypisania wpłaty w późniejszym terminie, a pobrać odsetki za zwłokę, jak również odmówić ochrony ubezpieczeniowej. To, że powszechnie przyjętą praktyką jest określanie tytułu wpłaty w dyspozycji przelewu nie oznacza, że ubezpieczyciel miał prawo uzależniać datę spełnienia świadczenia od okoliczności, które sam uznawał za wystarczające. SOKiK podkreślił przy tym, że w świetle orzecznictwa Sądu Apelacyjnego w Warszawie, naruszenie dobrych obyczajów polega także na narzucaniu przez przedsiębiorcę we wzorcach umów rozwiązań niezgodnych z przepisami prawa względnie obowiązującymi, czyli takimi, które można ustalić w umowie, ale nie ma takiego obowiązku³⁷. Z tych względów postanowienie to należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interesy konsumentów oraz niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c.

³⁷ Tak SA w Warszawie w wyroku z dnia 22 listopada 2005 r. (sygn. akt VI ACa 177/2005, niepubl.).

Klauzula nr 3456

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

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

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

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

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

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

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

Klauzula nr 3457

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

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

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

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

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

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

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

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

Klauzula nr 3458

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

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

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

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

Zdaniem pozwanego postanowienie określało tryb postępowania w przypadku, gdy ubezpieczony nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym ubezpieczyciela i przez to nie mógł skorzystać ze świadczenia i musiał ponieść koszty świadczenia assistance medycznego we własnym zakresie. Zapis ten przewidywał więc zupełnie dodatkową i nietypową możliwość uzyskania przez ubezpieczonego świadczenia z umowy ubezpieczenia assistance jako świadczenia pieniężnego, natomiast to, czy ubezpieczony uzyskał pokrycie

całości, czy części kosztów przez niego poniesionych zależało od tego, czy te koszty przewyższałyby koszty, jakie poniósłby ubezpieczyciel, gdyby to on sam organizował pomoc assistance. Określenie 5-dniowego terminu wpisywało się w specyficzne cechy ubezpieczenia natychmiastowej pomocy assistance, w którym roszczenia z definicji musiały być szybko zgłaszane i szybko realizowane oraz polegały przede wszystkim na organizacji i pokryciu kosztów usług assistance.

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

badania abuzywności postanowienia umownego. Klauzula ta stanowiła bowiem niedozwolone postanowienie umowne również w rozumieniu art. 385³ pkt 9 k.c. W postanowieniu tym nie sprecyzowano w żaden sposób okoliczności, w których koszty zwracane są w całości, a kiedy tylko w części. Wskazano w nim jedynie, że ubezpieczyciel może zwrócić całość lub część kosztów, zaś nie było mowy o tym, co decydować ma czy te koszty są zwracane w całości czy w części, a jeżeli w części, to w jakiej. Uznać więc należało, że decyzję w tym przedmiocie podejmował wyłącznie ubezpieczyciel, który sam decydował, bez oparcia o jakieś obiektywne kryteria, w jakiej części (i czy w ogóle) zrefunduje ubezpieczonemu poniesione przez niego koszty. Poza tym, postanowienie to nie zawierało informacji, jakie dokumenty musi uzyskać ubezpieczony, aby starać się o zwrot tych kosztów. W takiej sytuacji, to centrum operacyjne assistance ubezpieczyciela informowało *post factum* ubezpieczonego, jakie dokumenty są wymagane i decydowało o akceptacji wniosku i załączonych do niego dokumentów potwierdzających poniesione koszty. Tak nieprecyzyjne i niejednoznaczne zapisy przedmiotowego postanowienia powodowały, że to ubezpieczyciel posiadał faktyczną możliwość interpretowania umowy (a zwłaszcza tego postanowienia), której może dokonywać z korzyścią dla siebie. I bez znaczenia pozostawało stwierdzenie pozwanego, że postanowienie to jest niejako konsekwencją specyficznych cech umowy ubezpieczenia w zakresie assistance, w ramach której ubezpieczyciel w przypadkach określonych w umowie zobowiązuje się zorganizować i pokryć koszty usług natychmiastowej pomocy na rzecz ubezpieczonego, który w danej sytuacji, w danym czasie takiej pomocy potrzebuje, a kwestionowany zapis przewidywał więc zupełnie dodatkową i nietypową możliwość uzyskania przez ubezpieczonego świadczenia z umowy ubezpieczenia assistance jako świadczenia pieniężnego. Ewentualne „specyficzne cechy umowy ubezpieczenia” nie oznaczają w żaden sposób dowolności w kształtowaniu sytuacji prawnej i ekonomicznej konsumenta, jako słabszej strony stosunku, i faktycznej możliwości dowolnej interpretacji przez ubezpieczyciela postanowień wzorca umowy. Natomiast stwierdzenie, że to, czy ubezpieczony uzyska pokrycie całości czy części kosztów przez niego poniesionych zależy od tego, czy te koszty przewyższają koszty, jakie poniósłby ubezpieczyciel, gdyby to on organizował pomoc assistance, nie znajdowało żadnego uzasadnienia w treści umowy, w tym kwestionowanej klauzuli – nie wynikało z niej, aby wpływ na decyzję ubezpieczyciela miała wysokość kosztów (w szczególności w odniesieniu do hipotetycznych kosztów, jakie miałby ponieść pozwany przy organizacji pomocy). Poza tym, bez znaczenia pozostawało dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, w jaki sposób przedsiębiorca interpretuje dane postanowienie umowne, a więc w jaki sposób *de facto* je wykonuje, gdyż jest to jedynie

kwestia praktyki, a abstrakcyjna kontrola wzorca umowy odbywa się w oderwaniu od faktycznej praktyki. Ani kwestionowana klauzula, ani pozostałe postanowienia o.w.u. nie określały żadnych kryteriów, jakimi miałyby kierować się ubezpieczyciel przy podejmowaniu decyzji w tym przedmiocie. Oznaczało to, że kryteria te ustalał ubezpieczyciel i nie były one znane ubezpieczonemu. Natomiast podnoszona przez pozwanego okoliczność, że termin 5 dni, o jakim mowa w tej klauzuli, wynika ze specyfiki ubezpieczenia natychmiastowej pomocy assistance, której roszczenia powinny być szybko zgłaszane i realizowane, nie miała żadnego uzasadnienia przynajmniej z dwóch powodów. Przede wszystkim, specyfika ubezpieczenia nie może mieć decydującego wpływu na prawa i obowiązki konsumenta, a w szczególności nie może pozbawiać go uprawnień umownych. Poza tym, przedmiotowa klauzula dotyczyła sytuacji, w której ubezpieczony poniósł już koszty realizując pomoc we własnym zakresie, zaś ubezpieczyciel miałby je jedynie zrefundować, a więc bez znaczenia z punktu widzenia świadczenia pomocy pozostawał termin refundacji tychże kosztów. Wobec powyższego przedmiotowe postanowienie należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów, a w konsekwencji za niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c.

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

natychmiastowej pomocy assistance. Nie jest to bowiem termin przewidziany jedynie na zgłoszenie zdarzenia i to z uwzględnieniem wykorzystania środków porozumiewania się na odległość. 5-dniowy termin przewidziany został do zgłoszenia się w centrum operacyjnym i to wraz ze wskazaną przez to centrum dokumentacją. Słusznie wskazał Sąd I instancji, że dokumentacja nie została w żaden sposób z góry określona, a była precyzowana już po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Konsument zatem dopiero po zdarzeniu dowiadywał się, jaką dokumentację ma przedstawić i była ona określana arbitralnie przez pozwanego. Ponadto istniała ewentualność, że po zdarzeniu będzie ona już nieosiągalna dla konsumenta. Wszystkie powyższe czynności musiały przy tym zostać przeprowadzone w terminie 5 dni kalendarzowych pod rygorem odmowy wypłaty świadczenia. W tej sytuacji nie sposób uznać, że zakwestionowana klauzula umowna nie naruszała art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 9 k.c.

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

Klauzula nr 3459

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

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

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

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 22 k.c. Zachowanie ekwiwalentności należy do dobrych obyczajów, a w przypadku umów ubezpieczenia należy ją interpretować w ten sposób, że wysokość składki uiszczanej przez ubezpieczającego powinna odpowiadać czasowi i zakresowi odpowiedzialności ubezpieczyciela. Tymczasem postanowienie to dopuszczało możliwość indeksowania składki ubezpieczeniowej, za którą nie podążała indeksacja sumy ubezpieczenia. Prowadziło to do powstania sytuacji, w której osoba, po ukończeniu 60 lat wyraża zgodę na indeksację składki, licząc na uzyskanie wyższej sumy ubezpieczenia, uzyska świadczenie odpowiadające wysokości składki przed indeksacją.

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 22 k.c. Dotyczyło wpływu podwyższenia – w wyniku indeksacji – składki regularnej, czyli składki płatnej w terminach i wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na sumę ubezpieczenia i górny limit sumy ubezpieczenia począwszy od rocznicy polisy następującej po osiągnięciu przez ubezpieczonego wieku 60 lat. Klauzula ta nie określała świadczenia głównego. Przede wszystkim nie dotyczyła ona składki ubezpieczeniowej, ale kwestii braku podwyższenia sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia pomimo podwyższenia składki

ubezpieczeniowej poprzez działanie instrumentu indeksacji. Natomiast jak wynikało z o.w.u., suma ubezpieczenia jest to suma pieniężna określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela, zaś górny limit sumy ubezpieczenia jest to maksymalna suma ubezpieczenia, obliczona przy uwzględnieniu wysokości i częstotliwości płatności składki regularnej, wieku, płci ubezpieczonego, zakresu ochrony, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określoną w umowie. Jednocześnie z art. 824 § 1 k.c. wynika, że jeżeli nie umówiono się inaczej, suma ubezpieczenia ustalona w umowie stanowi górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela. Suma ubezpieczenia nie jest więc identyczna z wartością ubezpieczeniową. Suma ubezpieczenia jest to kwota pieniężna, na którą zawarto ubezpieczenie. Stanowi ona górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela i jest podstawą do obliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Suma ta nie musi być więc równa wartości ubezpieczeniowej, może być od niej niższa, ale nie powinna jej przewyższać. W razie nastąpienia wypadku ubezpieczeniowego zakład ubezpieczeń jest obowiązany wypłacić odszkodowanie, a nie sumę ubezpieczenia. Odszkodowanie z tytułu ubezpieczenia majątkowego nie może być wyższe od poniesionej szkody.

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

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

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

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2012 r. (sygn. akt VI ACa 1472/11) oddalił apelację pozwanego. Wprawdzie Sąd I instancji błędnie przytoczył w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku art. 824 k.c., który rzeczywiście dotyczy ubezpieczeń majątkowych, to uchybienie to nie miało żadnego wpływu na rozstrzygnięcie. W o.w.u. zdefiniowano sumę ubezpieczenia jako sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalenia wysokości świadczenia ubezpieczyciela. Określono także górny limit sumy ubezpieczenia, definiując go jako maksymalną sumę ubezpieczenia, obliczoną przy uwzględnieniu wysokości i częstotliwości płatności składki regularnej, wieku, płci, ubezpieczonego, zakresu ochrony, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określoną w umowie. W ten sposób sam ubezpieczyciel powiązał proces indeksacji z wysokością sumy ubezpieczenia i górnym limitem sumy ubezpieczenia. Nadał również tym

pojęciom treść uzasadniająca przyjęcie, że nie stanowią one głównych świadczeń stron, ale określają granicę odpowiedzialności skarżącego. Nie było również istotne dla rozstrzygnięcia, czy ubezpieczyciel może indeksować składkę bez powiadamiania o tym konsumenta. Istota problemu tkwiła bowiem w tym, że dokonanie tej indeksacji nie powodowało podwyższenia sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia w przypadku konsumenta, który ukończył 60 lat, zwiększając obciążenie finansowe konsumenta i nie zapewniając w zamian żadnego ekwiwalentu. Wzrastało zatem zobowiązanie ubezpieczonego, a malał zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Było to tym bardziej istotne, że indeksacja dotyczyła tych klientów, których już łączyła z ubezpieczycielem umowa ubezpieczenia. Uiszczali oni przez pewien czas składki, inwestując w ochronę ubezpieczeniową i uiszczali je w coraz większym rozmiarze, a w zamian ochrona ta była słabsza. Trafnie zatem uznał Sąd I instancji, że dochodziło wówczas do zachwiania równowagi kontraktowej, a sama sporna klauzula wypełniała przesłanki określone w art. 385³ pkt 22.

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

Klauzula nr 3460

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

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

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

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 21 k.c.

Uzależniało spełnienie świadczenia przez ubezpieczyciela od zajścia warunku, którego spełnienie było obiektywnie uciążliwe dla ubezpieczonego, a nawet niemożliwe. Warunek ten był jednocześnie niezależny od ubezpieczonego, gdyż wymagał złożenia przez instytucję dokonującą transfuzji krwi oświadczenia, w którym uznawała swoją odpowiedzialność za zakażenie, a więc oświadczenia o przyznaniu faktu wyrządzenia ubezpieczonemu szkody na jego osobie. Niezależnie od tego, że postanowienie to nie precyzowało formy tego oświadczenia, to złożenie takiego oświadczenia mogło stanowić przyznanie się do naruszenia procedur medycznych oraz prawa karnego, z czym wiązały się określone skutki prawne. W tym przypadku jedynym sposobem stwierdzenia tej odpowiedzialności było wyłącznie uzyskanie prawomocnego wyroku sądowego.

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

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

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

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

Klauzula nr 3461

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

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

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

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

Powód wskazał, że postanowienie to było spójne z postanowieniem ust. 9 tego samego paragrafu. Konstrukcja tego produktu ubezpieczeniowego zakłada możliwość zawarcia tylko jednej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego. Nie jest uzasadnione twierdzenie, że postanowienie to było krzywdzące dla ubezpieczonego, gdyż pozbawiało go

części świadczenia, jaką mógłby uzyskać na podstawie umowy z najwyższą sumą ubezpieczenia, co wynikało z treści wzorca.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. i art. 385³ pkt 22 k.c. Klauzula ta przewidywała sytuację, w której na rzecz ubezpieczonego zawarta została i w tym samym czasie obowiązuje więcej niż jedna umowa ubezpieczenia – wówczas ubezpieczyciel ponosił odpowiedzialność i wypłacał świadczenie wyłącznie na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej najwcześniej, z zastrzeżeniem ust. 12, zaś odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pozostałych umów ubezpieczenia zawartych na rzecz ubezpieczonego była wyłączona. Nie ma tu zastosowania art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c., gdyż postanowienie to nie określało w żaden sposób głównego świadczenia strony pozwanej, a wyłączało jego odpowiedzialność (zwalniało z obowiązku zapłaty) z tytułu kolejnych umów w sytuacji, gdy zawarta została więcej niż jedna umowa.

Jak wynikało z o.w.u., ubezpieczony mógł być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko na podstawie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tych o.w.u. Zgodzić się więc należało ze stroną pozwaną, że konstrukcja tego produktu ubezpieczeniowego zakładała możliwość zawarcia tylko jednej umowy ubezpieczenia na rachunek danego ubezpieczonego. Jak wyjaśniła strona pozwana tego rodzaju konstrukcja wynikała stąd, że multiplikacja umów ubezpieczenia zawartych na rachunek tego samego ubezpieczonego powodowałaby skutek równoznaczny z zawarciem umowy ubezpieczenia z rażąco wysoką sumą ubezpieczenia (będącą sumą sum ubezpieczenia z poszczególnych umów ubezpieczenia), podczas gdy ubezpieczyciel szacował ryzyko ubezpieczeniowe tylko dla niższej sumy ubezpieczenia występującej w jednostkowych umowach ubezpieczenia. W ocenie SOKiK tego rodzaju okoliczność była bez znaczenia. Co prawda, o.w.u. zawierały zapis o objęciu ochroną ubezpieczeniową wyłącznie na podstawie jednej umowy ubezpieczenia, nie wyłączało to jednak możliwości zawarcia kilku takich umów, a jeżeli do tego doszło, pobierana była od konsumenta składka ubezpieczeniowa od każdej z zawartych umów i nie można uznać, aby kolejne umowy były nieważne. Z treści o.w.u. nie wynikało, aby składka była pobierana od jednej umowy, a wręcz przeciwnie – mowa była o tym, że z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany był do opłacenia składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia. Zatem pomimo regularnego opłacania składek wynikających z kilku zawartych umów, jeżeli oczywiście faktycznie tych kilka umów zostało zawartych, ubezpieczony – zgodnie z zapisem przedmiotowej klauzuli – otrzymać miał wyłącznie jedno świadczenie z umowy zawartej najwcześniej, a zatem widoczny był

brak ekwiwalentności we wzajemnych świadczeniach stron i nie miało tu znaczenia, że umowa ubezpieczenia nie jest umową ekwiwalentną w powyższym rozumieniu. Tak naprawdę klauzula ta przewidywała obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania zobowiązania przez jego kontrahenta, w wyniku czego była klauzulą niedozwoloną w rozumieniu art. 385³ pkt 22 k.c. Konsument opłacający składki ubezpieczeniowe na podstawie więcej niż jednej umowy miał prawo oczekiwać, że w przypadku zaistnienia okoliczności przewidzianych w tych umowach uzyska od ubezpieczyciela świadczenia (odszkodowania) określone w tych umowach, których wysokość powinna odpowiadać czasowi i zakresowi ubezpieczenia oraz wysokości wpłacanych składek. Jednakże ubezpieczyciel – będący autorem wzorca umowy – wprowadził tu zastrzeżenie, że niezależnie od liczby zawartych umów, ubezpieczony otrzyma wyłącznie jedno świadczenie. I bez znaczenia pozostawała tu konstrukcja tego produktu ubezpieczeniowego, gdyż jeżeli pozwany zawarłby z konsumentem kilka umów ubezpieczenia dotyczących tego samego zdarzenia i pobierałby z tego tytułu składki ubezpieczeniowe, to jest zobowiązany do spełnienia świadczenia wzajemnego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

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

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

Klauzula nr 3462

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

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

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

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

W ocenie pozwanego nie można też mówić o dowolnej, korzystnej dla ubezpieczyciela wykładni, treść postanowienia nie wywoływała wątpliwości. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończyła się najpóźniej w dniu ukończenia przez ubezpieczonego 70 roku życia. Była to samodzielna podstawa ustania odpowiedzialności ubezpieczyciela, niezależna od innych przypadków określonych w umowie ubezpieczenia.

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

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

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

pozwał na uzyskanie składki pomimo tego, że ochrona ubezpieczeniowa wygasła wcześniej niż upłył okres, za który mogła ta składka być pobrana. Spełniało to przesłanki przewidziane w art. 385³ pkt 22 k.c. W konsekwencji przedmiotowe postanowienie należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz naruszające rażąco interesy (w tym ekonomiczne) konsumentów. Było więc one sprzeczne z art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 22 k.c.

Klauzula nr 3463

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

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

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

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

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone w rozumieniu art. 385¹ § 1 i art. 385³ pkt 22 k.c. Jeżeli chodzi o uzasadnienie SOKiK o abuzywnym charakterze tego postanowienia o.w.u. to było ono tożsame jak w przypadku klauzuli nr 3462.

Klauzula nr 3507

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

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

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

Klauzula nr 3523

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

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

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

W ocenie powoda postanowienie to było sprzeczne z art. 812 § 5 k.c. Dwukrotne zajście wypadku ubezpieczeniowego jest sytuacją, w której zachodzi konieczność

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

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

skorzystania z ochrony ubezpieczeniowej. Zdaniem pozwanego nie zachodziła taka sytuacja i pomimo zastrzeżenia tej treści postanowienia we wzorcu umownym, to ubezpieczony interes ubezpieczeniowy konsumenta zaspakajany był w pełni, i to co najmniej dwukrotnie. Pozwany podniósł także, że intencją zakwestionowanego postanowienia nie mogło być unikanie odpowiedzialności przez ubezpieczyciela, albowiem suma ubezpieczenia jest górną granicą odpowiedzialności tylko dla danego jednego zdarzenia. W przypadku każdego kolejnego zdarzenia konsument miał do dyspozycji ponownie pełną wysokość sumy ubezpieczenia. Tymczasem gdyby ubezpieczycielowi zależało na jak najszybszym i najtańszym pozbyciu się szkodowego klienta, wówczas racjonalnym byłoby zastrzeżenie w umowie, iż suma ubezpieczenia każdorazowo ulega pomniejszaniu o wypłacone odszkodowania. Takiej konstrukcji jednak nie było.

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

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

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

stany faktyczne mieszczą się w ich zakresie. Sformułowanie zakwestionowanego postanowienia o.w.u. tych wymagań nie spełniało. Odwoływało się bowiem w swej treści bardzo ogólnie do bliżej niesprecyzowanych okoliczności zaistnienia co najmniej dwóch wypadków ubezpieczeniowych w okresie jednego okresu ubezpieczenia i przyznawało prawo do ich oceny tylko jednej stronie, tj. ubezpieczycielowi, że zaistniały ważne powody do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Z tych względów zakwestionowane postanowienie należało ocenić jako sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszające interesy konsumentów.

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

Klauzula nr 3524

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

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

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

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

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

ubezpieczenie ochrony prawnej w doktrynie jest określane jako najbardziej zbliżone w swej istocie do ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. W świetle zaś art. 41 ust. 2 oraz art. 56 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych dopuszczalne jest w pewnych przypadkach ograniczenie prawa do zwrotu składki.

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

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

Klauzula nr 3525

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 9 grudnia 2012 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 354/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

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

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

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

Zdaniem pozwanego, formułując zawarty w kwestionowanym postanowieniu obowiązek zabezpieczenia przez ubezpieczającego jego pojazdu w sposób tam opisany i posiadania dokumentów potwierdzających ten fakt, działał on w ramach upoważnień ustawowych. Umowa autocasco jest umową dobrowolną, ubezpieczający akceptuje o.w.u., a więc nie można uchylać się od skutków nieobjęcia zakresem ubezpieczenia zdarzenia, w związku z którym dochodzi się odszkodowania w sytuacji, gdy nie dopełniło się obowiązków wynikających z o.w.u. Cechą umowy ubezpieczenia jest brak ekwiwalentności świadczeń, zazwyczaj wartość wypłacanego przez ubezpieczyciela odszkodowania stanowi wielokrotność uiszczonej składki, a więc ekonomicznie uzasadnione jest nakładanie na ubezpieczających dodatkowych obowiązków zmniejszających ryzyko ubezpieczeniowe. Ubezpieczyciel, zmniejszając ryzyko kradzieży, chroni interes zarówno właściciela

ubezpieczonego auta, jak i pośrednio interes wszystkich ubezpieczonych. Nadto postanowienie to sprzyjało zwiększeniu bezpieczeństwa obrotu pojazdami. Termin „stosowne zaświadczenie” oznaczało, że ma to być zaświadczenie o montażu urządzenia zabezpieczającego i jego sprawności, a więc wykładnia powoda naruszała art. 65 § 2 k.c.

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

Z powyższym należy się w pewnym sensie zgodzić. Ubezpieczyciel jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zaś ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Oczywistym jest, że składka ubezpieczeniowa zwykle nie stanowi równowartości odszkodowania, chociaż zdarza się, że po zakończeniu stosunku ubezpieczenia świadczenie ubezpieczającego jest równe świadczeniu ubezpieczyciela, a nawet je przewyższa, jak chociażby w sytuacji objęcia umową ubezpieczenia przez okres kilku lat, opłacania w tym okresie składki i braku zdarzenia ubezpieczeniowego. Jeżeli jednak dochodzi do wypłaty odszkodowania, to zwykle stanowi ono wielokrotność wpłacanej składki. Aby zmniejszyć ryzyko zaistnienia wypadku

ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel jest uprawniony do nakładania na ubezpieczającego pewnych obowiązków, które mają skutkować obniżeniem ryzyka zaistnienia zdarzenia, a więc w konsekwencji – wypłaty odszkodowania przez ubezpieczyciela. Z jednej strony chroni to interesy ubezpieczyciela, którego działalność – jako przedsiębiorcy – nastawiona jest na osiągnięcie zysku, z drugiej zaś strony chroni interesy innych ubezpieczonych, gdyż w przypadku zbyt częstej wypłaty odszkodowań, również w wyniku zaniedbań ubezpieczających, musieliby oni płacić znacznie wyższe składki, co związane byłoby właśnie ze zwiększeniem ryzyka wystąpienia zdarzenia powodującego konieczność wypłaty odszkodowania.

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

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

Widać więc wyraźnie, że ustawodawca uznał – co do zasady – za niedozwolone postanowienie, które nadaje przedsiębiorcy uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Podkreślić należy, że w przypadku umowy użycie sformułowań „w szczególności”, „np.”, „takich jak”, „stosowne” itp. powoduje, że mamy do czynienia z możliwością jej interpretacji. Zgodnie z art. 65 § 2 k.c., w umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu. Jak podnosi się w orzecznictwie, dyrektywa zawarta w tym przepisie dotyczy tylko wykładni i nie można przy jej wykorzystaniu zmieniać treści umowy. Ogólne warunki ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a postanowienia zawierające sformułowania niejednoznaczne interpretuje się na korzyść ubezpieczonego. Jednak zgodnie z art. 385 § 2 zd. 3 k.c., zasady tej nie stosuje się w postępowaniu w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Co prawda, przepis ten nie obowiązywał w dacie wniesienia pozwu, jednak pamiętać trzeba, że kontrola wzorca umownego w trybie art. 479³⁶ k.p.c. ma charakter abstrakcyjny i dotyczy wyłącznie treści postanowień zawartych w kwestionowanym wzorcu. Innymi słowy, aby danego postanowienia umownego nie można było uznać za abuzywne, nie może ono pozwalać na interpretację, co z uwagi na treść art. 385³ pkt 9 k.c. oznacza, że postanowienie to musi być sformułowane w sposób jednoznaczny i zrozumiały. Nie jest w tego typu postępowaniach dopuszczalna – co do zasady – interpretacja wzorca umowy, a jak wynika z treści powołanego art. 385³ pkt 9 k.c., ustawodawca wyłączył uprawnienie kontrahentowi konsumenta (przedsiębiorcy) do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Jest to oczywiście uzasadnione, jako że w przypadku postanowień niejednoznacznych przedsiębiorca, który i tak – jako profesjonalista w danej dziedzinie – ma przewagę nad kontrahentem, jeszcze tę przewagę w sposób dowolny mógłby zwiększać.

Tymczasem zakwestionowane postanowienie na taką interpretację stronie pozwanej pozwalało. Uprawnienie to przysługiwało wyłącznie ubezpieczycielowi. Zatem to ubezpieczyciel miał prawo do interpretacji umowy przez określenie, czy dane pisemne zaświadczenie było „stosowne”, a w konsekwencji – odmówić wypłaty odszkodowania. Takiego uprawnienia nie posiadał konsument. To ubezpieczyciel był uprawniony jednostronnie do przyjmowania, że zaświadczenie nie spełniało znamion określonych w przedmiotowej klauzuli. Tak naprawdę konsument nie miał na to ani żadnego wpływu, ani nawet nie wiedział, jakimi kryteriami posługiwać się będzie ubezpieczyciel przy takiej interpretacji. Bez znaczenia pozostawała podnoszona przez pozwanego kwestia interpretacji,

że kontekst użycia klauzuli oznaczał, że słowo „stosowne” odnosiło się do okoliczności montażu i sprawności urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą. Po pierwsze, była to interpretacja wyłącznie przedstawiona przez stronę pozwaną, a jak wskazano, nie ma ona znaczenia w przypadku postępowania w przedmiocie uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Abuzywność danej klauzuli rozpatrywana jest w oderwaniu od faktycznego jej stosowania, a więc chociażby od tego, jak w praktyce rozumiane jest dane postanowienie umowne przez jedną ze stron stosunku umownego. Po drugie, taka interpretacja i tak nie znajdowała uzasadnienia w świetle zapisów o.w.u. Jak wynikało z treści klauzuli, zaświadczenie to miało potwierdzać fakt montażu urządzenia oraz jego sprawność. Gdyby faktycznie chodziło tylko o tę kwestię, jak twierdziła strona pozwana w odpowiedzi na pozew, zbędne byłoby dodanie, że zaświadczenie ma być „stosowne”. Użycie takiego sformułowania zmieniało całkowicie treść przedmiotowego postanowienia, gdyż oznaczało, że nie każde zaświadczenie o fakcie montażu urządzenia oraz jego sprawności, wydane przez licencjonowaną stację obsługi, byłoby uznane przez ubezpieczyciela. Od woli pozwanego zależało określenie, czy dane zawarte w zaświadczeniu uznałby on za stosowne. Pojęcie „stosownego pisemnego zaświadczenia” można odnieść przede wszystkim do jego treści. Jednak użycie sformułowania „stosowne” powodowało, że konsument nie miał możliwości ustalenia treści takiego zaświadczenia tak, aby z całą pewnością była ona wystarczająca dla ubezpieczyciela. Przykładowo, nawet jeżeli zaświadczenie zawierało informację, że system został zamontowany i jest sprawny, to ubezpieczyciel był uprawniony do uznania, że potrzebne są jeszcze dodatkowe informacje związane z montażem i sprawnością urządzenia i uznanie, że zaświadczenie nie było „stosowne”, a więc, że nie spełniało wymogów określonych w tej klauzuli. Poza tym, pojęcie to wcale nie musiało dotyczyć tylko treści zaświadczenia, ale chociażby jego formy. Innymi słowy, przykładowo, ubezpieczyciel mógł uznać, że zaświadczenie wystawione na zwykłej kartce papieru nie spełniało tego wymogu, gdyż nie zostało złożone na druku (formularzu) stacji obsługi, co również mogło stanowić przyczynę odmowy wypłaty odszkodowania. Po trzecie, należało zwrócić uwagę na pojęcie „licencjonowanej stacji obsługi”, użyte w końcowej części klauzuli. W zdaniu poprzedzającym użyte jest pojęcie stacji obsługi, posiadającej autoryzację (licencję) producenta danego zabezpieczenia do montażu lub serwisowania zabezpieczeń antykradzieżowych. Takiego pojęcia nie użyto w przedmiotowej klauzuli, a mowa była jedynie o licencjonowanej stacji obsługi. Przyjmując, że definicja takiej stacji została zawarta właśnie o.w.u., to nie zostało w żaden sposób określone, czy chodziło o licencjonowane stacje obsługi na terenie Polski, czy poza granicami Polski, co przede wszystkim dotyczy pojazdów

zarejestrowanych po raz pierwszy poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej. Przy tak sformułowanej klauzuli ubezpieczyciel uprawniony był – w odniesieniu do takiego pojazdu – zażądać zaświadczenia wydanego przez licencjonowaną stację obsługi w kraju, z którego dany pojazd pochodził, gdyż brak było dokładniejszej definicji tego pojęcia. W takiej sytuacji ubezpieczony własnym staraniem musiał spowodować, że za granicą zostanie wydane zaświadczenie dotyczące faktu zamontowania i sprawności urządzenia, co bez oględzin pojazdu mogło nie być możliwe. Konieczny mógłby być wyjazd za granicę w celu dokonania takich oględzin, aby stacja obsługi mogła okoliczności te stwierdzić, co wiązało się oczywiście z niczym nieuzasadnionymi trudnościami i kosztami. Co więcej, konsument musiał przede wszystkim ustalić, kto i gdzie zamontował urządzenie zabezpieczające, co mogło wiązać się z dużymi problemami. Ostatecznie jednak i tak ubezpieczony nie miał pewności, czy takie zaświadczenie zostanie uznane przez ubezpieczyciela za „stosowne”, a więc wystarczające do tego, aby wypłacił on odszkodowanie. Po czwarte, nie zostało również określone, na jaką datę stosowne zaświadczenie ma wykazać sprawność urządzenia zabezpieczającego przed kradzieżą. Skoro zaświadczenie ma być stosowne i ma poświadczать sprawność takiego zabezpieczenia, to powstaje pytanie, czy stosowne było zaświadczenie wystawione np. kilka lat przed kradzieżą pojazdu. Oczywistym jest, że ubezpieczyciel mógł odmówić przymiotu „stosowności” takiemu zaświadczeniu twierdząc, że chodzi o wykazanie zaświadczeniem sprawności pojazdu w dacie szkody, gdyż zaświadczenie wystawione jakiś czas wcześniej nie będzie już stanowić podstawy potwierdzenia sprawności takiego urządzenia.

Jak już wskazano powyżej, kontrola w niniejszym postępowaniu miała charakter abstrakcyjny, w oderwaniu od stosowania danego postanowienia umownego. W tym przypadku nie jest więc istotne, w jaki sposób poszczególne przypadki interpretował pozwany (jego pracownicy), ale to, że w ogóle miał prawo do wiążącej dla konsumenta interpretacji, zaś konsument nie miał możliwości nawet weryfikacji takiej interpretacji w oparciu o zapisy umowne, nie mówiąc już o tym, że nie miał żadnego wpływu na interpretację dokonywaną przez ubezpieczyciela. Możliwość wystąpienia przez konsumenta do sądu powszechnego z roszczeniem w przypadku odmowy wypłaty odszkodowania, gdy ubezpieczyciel dane zaświadczenie uznał za „niestosowne”, z punktu widzenia niniejszego postępowania nie ma żadnego znaczenia – gdyby bowiem była to przesłanka wpływająca na ustalenie, czy dana klauzula nie jest abuzywna, kontrola abstrakcyjna pozbawiona byłaby jakiegokolwiek sensu, gdyż w każdym wypadku możliwe jest badanie przez sąd ważności umowy w konkretnym

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

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

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

Klauzula nr 3834

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

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

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

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

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

W ocenie powódek postanowienie to wypełniało dyspozycję art. 385¹ oraz art. 385³ pkt 17 k.c. W świetle tego postanowienia umownego, jeżeli doszło do rozwiązania umowy w

trakcie dwóch pierwszych lat jej obowiązywania wysokość opłaty likwidacyjnej wynosiła 99%, środków wpłaconych przez konsumenta ubezpieczycielowi. Wielkość ta zmniejsza się w każdym kolejnym roku obowiązywania umowy, aż do 10% w roku dziesiątym. Wysokość opłaty likwidacyjnej była zatem rażąco wygórowana i sprawiała, że w przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia (np. w wypadku odstąpienia od umowy), ubezpieczony *de facto* pozbawiony został możliwości zwrotu wpłaconych uprzednio składek, które przepadały na rzecz pozwanego. Tak ukształtowana zasada „odstępnego” konstituowała regułę niezwracania ubezpieczającemu wpłaconych pieniędzy, prowadząc w ten sposób do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Wygórowana wysokość „opłaty likwidacyjnej” nie znajdowała jakiegokolwiek uzasadnienia faktycznego i nie mogła być traktowana jako zrównoważenie kosztów działalności ubezpieczyciela, które ponosił on w związku z wykonaniem umowy. Ubezpieczyciel za prowadzenie rachunku naliczał opłatę administracyjną za zarządzanie i ryzyko, która co do zasady stanowiła ekwiwalent kosztów związanych z administrowaniem kontem ubezpieczonego. W ocenie powódek kwestionowany zapis naruszał też art. 813 § 1 k.c. w zw. z art. 807 k.c., zgodnie z którymi w przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

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

podobnie było także w sytuacji rezygnacji konsumenta w dowolnym czasie, jeżeli w jego miejsce do umowy wstępowała wskazana przez niego osoba trzecia.

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

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

Pozwany podniósł także, iż kształtowanie stawek opłaty likwidacyjnej na poziomie zbliżonym do stosowanych przez niego było powszechnie stosowaną, uzasadnioną ekonomicznie i w pełni aprobowaną przez organ nadzoru i instytucje ochrony konsumentów praktyką ubezpieczycieli oferujących umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Schemat naliczania opłaty likwidacyjnej polegający na pobieraniu wyższych opłat w pierwszych latach wykonywania umowy był stosowany przez pozwanego od wielu już lat. W 2006 r. oferowane przez pozwanego o.w.u. zawierające analogiczne do kwestionowanych postanowienia, zostały skontrolowane przez UOKiK, który ich nie zakwestionował, ani w zakresie wysokości, ani też sposobu pobierania opłaty likwidacyjnej. Jednocześnie pozwany zaznaczył, iż inwestycyjny charakter stosunku zobowiązaniowego łączącego go ze stroną powodowa ma znaczenie nie tylko dla oceny abuzywności kwestionowanego zapisu wzorca umownego, ale także dla oceny tego, czy powódki z uwagi na charakter ich działalności kontraktowej, winny być traktowane jako typowy konsument w rozumieniu art. 22¹ k.c. i korzystać z takiej samej ochrony jak tego typu konsument, będący stroną umów powszechnie zawieranych w drobnych bieżących sprawach życia codziennego. Wprowadzenie zaś opłaty likwidacyjnej nie miało za zadanie umożliwić pozwanemu uzyskanie dodatkowego zysku, a jedynie zminimalizowanie ryzyka poniesienia straty.

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

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

Zgodnie z zapisami o.w.u., jeżeli doszło do wygaśnięcia umowy ubezpieczenia np. na skutek upływu okresu wypowiedzenia umowy, to na podstawie zakwestionowanego postanowienia w okresie dwóch pierwszych lat obowiązywania umowy ubezpieczyciel pobierał opłatę likwidacyjną w wysokości 99% środków wpłaconych przez konsumenta – ubezpieczonego, – ubezpieczycielowi. Opłata ta pobierana była z subkonta składek regularnych poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa przed całkowitą wypłatą środków zgromadzonych na rachunku prowadzonym przez ubezpieczyciela na rzecz ubezpieczonego. Wysokość opłaty likwidacyjnej zmniejszała się w każdym kolejnym roku wykonywania umowy do 10% w roku 10, po czym opłata ta zanikała.

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

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

SOKiK podkreślił również, iż choć przedsiębiorca może stosować postanowienia wzorca umownego określające zasady odpowiedzialności finansowej konsumenta w przypadku wcześniejszego wypowiedzenia umowy, to jednak zasady tej odpowiedzialności muszą pozostawać w zawiązku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy³⁸. W niniejszej sprawie zdaniem SOKiK pozwany nie wykazał, aby przyjęte w przedmiotowej klauzuli uregulowanie zasad odpowiedzialności finansowej w przypadku wygaśnięcia umowy, na skutek wcześniejszego jej wypowiedzenia przez konsumenta, było uzasadnione ze względu na koszty i ryzyko ponoszone przez pozwanego.

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

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

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

³⁸ Por. wyrok SN z dnia 19 marca 2007 r. (sygn. akt III SK 21/06, OSNP 2008/11-12/181).

umowy, obowiązek zapłaty rażąco wygórowanej kary umownej lub odstępnego. Sąd I instancji uznał opłatę likwidacyjną za rażąco wygórowane odstępnę.

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

Przedmiotowy wzorec nie zawierał definicji opłaty likwidacyjnej, nie wyjaśniał jej charakteru ani funkcji. Postanowienia o.w.u. stanowiły jedynie, że ubezpieczyciel pobiera taką opłatę. Szczegółowe jej stawki zawierało zakwestionowane postanowienie o.w.u. Postanowienia o.w.u. określały, że opłata likwidacyjna ustalana była procentowo i pobierana z subkonta składek regularnych poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa oraz w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia. W toku postępowania strona pozwana nie wskazała w sposób wyraźny za jakie jej świadczenia pobierana jest opłata likwidacyjna, tłumacząc konieczność jej pobierania z uwagi na „utrata spodziewanych korzyści”. W o.w.u. brak było

jednak zapisu, który wskazywałby na funkcję kompensacyjną opłaty. Bezsporne było jedynie, iż opłata ta była stosowana czasowo. Nazwa „opłaty” i zapisy o.w.u., które dotyczyły zasad jej pobierania wskazywały, że opłata ta stanowiła świadczenie konsumenta, nie będące świadczeniem głównym za bliżej nieokreślone czynności pozwanego i pobierana była w razie wygaśnięcia umowy z powodu niedopełnienia obowiązków kontraktowych przez konsumenta bądź wypowiedzenia przez niego umowy.

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

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

kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas, gdy ten ostatni zgromadził na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości.

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

Sąd Apelacyjny w Warszawie podkreślił również, że w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia w pierwszych dwóch latach po jej zawarciu, ubezpieczyciel obciążał konsumenta opłatami: likwidacyjną (99%) i od wykupu (1%), co w konsekwencji oznaczało, iż ubezpieczyciel zatrzymywał całość wpłaconych przez ubezpieczającego środków. Słuszny był zarzut powódek, iż niemożliwym było, żeby koszty związane z wygaśnięciem umowy uzasadniały zatrzymanie 100% środków zgromadzonych przez ubezpieczonego, tym bardziej, że w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia pobierane były także inne opłaty. Kwestionowany zapis rażąco naruszał interes konsumenta, gdyż prowadził do uzyskiwania przez ubezpieczyciela korzyści, kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza wówczas gdy ten ostatni

zgrupował na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości. Słusznie zatem Sąd I instancji uznał, że przedmiotowa klauzula wypełniała dyspozycję przepisu art. 385 1 § 1 k.c.

S.A. w Warszawie nie podzielił również twierdzenia strony pozwanej, iż mieści się w ramach dobrych obyczajów i równego traktowania stron umowy ubezpieczenia, aby opłata likwidacyjna nie tylko rekompensowała ubezpieczycielowi koszty własne, ale także miała na celu zapewnienie ubezpieczycielowi „godziwego” zysku. Takie twierdzenie pozostawało bowiem w oczywistej sprzeczności z wyrokiem Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2007 r. (sygn. akt III SK 21/06), a podzielenie stanowiska apelującego oznaczałoby, że „godziwym” zyskiem jest przejście praktycznie całości środków zgromadzonych przez konsumenta w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia (w dwóch pierwszych latach), co w sposób oczywisty naruszało równowagę stron umowy.

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

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

Rozpoznając sprawę ponownie Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wskazał, że wzorzec umowny nie zawierał definicji opłaty likwidacyjnej. W o.w.u. znajdował się tylko zapis, że ubezpieczyciel pobiera taką opłatę. Szczegółowe stawki określał załącznik do o.w.u. Zapis o.w.u. określał, że opłata likwidacyjna była ustalana procentowo i pobierana z subkonta składek regularnych poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa oraz w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia. W odpowiedzi na pozew, jak również w toku postępowania strona pozwana nie wskazała w sposób wyraźny za jakie jej świadczenia pobierana jest opłata

likwidacyjna, tłumacząc konieczność jej pobierania utratą spodziewanych korzyści. Zdaniem strony pozwanej, z uwagi na fakt, że opłata ta było stosowana czasowo nie miała ona charakteru kary umownej. Ocenę tę SOKiK podzielił, gdyż we wzorcu brak było zapisu, który wskazywałby na funkcje kompensacyjną opłaty likwidacyjnej.

Nazwa opłaty jak również zapisy o.w.u. wydawały się wskazywać, że opłata ta stanowiła świadczenie konsumenta, nie będące świadczeniem głównym, za bliżej nie określone czynności pozwanego. W ocenie SOKiK, postanowienie umowne przewidujące obowiązek spełnienia przez konsumenta na rzecz oferenta świadczenia, bez określenia jego charakteru lub ewentualnego świadczenia wzajemnego było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interes konsumentów. Postanowienia umowne wzorca, zdaniem SOKiK, w sposób nieusprawiedliwiony nakładały na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanego mu się należało. Konsument nie miał zatem możliwości stwierdzenia, czy świadczenie jego było ekwiwalentne i uzasadnione. Godziło to w zasadę równowagi kontraktowej stron, uniemożliwiając konsumentowi ochronę jego praw. Pozwany dysponował natomiast prostym mechanizmem naliczania tej opłaty i fizycznego jej pobierania w drodze potrąceń. Tego rodzaju dysproporcja praw przekraczała zakreślone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta.

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

usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter.

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

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

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

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z dobrymi obyczajami, gdyż wywoływało istotną i niesprawiedliwą dysproporcję praw stron. SOKiK podzielił stanowisko powoda, że zapis o wysokości opłaty likwidacyjnej rażąco naruszał zasadę równorzędnego traktowania konsumenta, umożliwiając ubezpieczycielowi jednostronne ukształtowanie wysokości tego świadczenia, w sposób zupełnie nieodzwierciedlający faktycznych wydatków ubezpieczyciela. Ustalona w ten sposób opłata była nadmiernie wygórowana i nieprzystająca do nakładu środków ponoszonych przez ubezpieczyciela. Pozwany nie wykazał, że przewidziana we wzorcu opłata likwidacyjna była adekwatna do poniesionych kosztów. Sąd Ochrony konkurencji i Konsumentów rozstrzygając sprawę o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone ocenia dane postanowienie w sposób abstrakcyjny, w oderwaniu od postanowień konkretnej umowy zawartej pomiędzy stronami. Jednak w niniejszym przypadku, z uwagi na podjętą przez pozwanego próbę udowodnienia adekwatności poniesionych kosztów w stosunku do wysokości opłaty likwidacyjnej, należało odnieść się, na zasadzie przykładowej i

porównawczej, do składki wniesionej przez pozwaną. Świadek (zeznał, że w przypadku tej konkretnej polisy, koszty pozwanego wyniosły ok. 23 700 zł (17 200 zł koszty bezpośrednie, które zostały poniesione przez pozwanego w chwili zawarcia umowy, koszty pośrednie ok. 6500 zł), w kolejnych latach koszty administrowania polisą miały wynosić ok. 300-400 zł. To zestawienie pozwalało stwierdzić, że w sytuacji, gdy powódka wpłacała roczną składkę w wysokości 25 000 zł, nieuzasadnione było pobieranie od niej 99% wpłacanej składki już w pierwszym roku obowiązywania umowy, tym bardziej nie znajdowało to uzasadnienia w kolejnych latach. Nawet w dziesiątym roku pobranie kwoty 2500 zł (10%) w przypadku kosztów rzędu 300-400 zł stanowiło w istocie nieuzasadnione wynagrodzenie pozwanego. Pozwany nie udowodnił tym bardziej, że w przypadku niższych składek ubezpieczeniowych ponosił koszty takiego rzędu, jak w przypadku polisy ze składką w wysokości 25 000 zł. Przedstawione przez niego stanowisko w postaci opinii prawnej i opinii ekonomiczno-aktuarialnej, nie miały w sprawie istotnego znaczenia, z uwagi na ogólne odniesienie się do charakterystyki prawnej i ekonomicznej ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. W niniejszym procesie SOKiK dokonuje oceny adekwatności opłaty likwidacyjnej w stosunku do poniesionych przez pozwanego kosztów, przy zastosowaniu zasad dowodowych obowiązujących w prawie polskim, przy czym głównie w oparciu o zasadę rozkładu ciężaru dowodu w sporze (art. 6 k.c.).

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

użycia postanowień rażąco naruszających interes konsumenta oraz dobre obyczaje. Pomimo jasnego i niebudzącego wątpliwości wyrażenia określonych warunków umownych, mogą one wciąż być uznane za niedozwolone, jeśli spełniają przesłanki opisane w art. 385¹ oraz art. 385³ k.c.

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

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 26 kwietnia 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1376/12) oddalił apelację pozwanego w zakresie zakwestionowanego postanowienia o.w.u. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie opłata likwidacyjna nie stanowiła kary umownej, ani *sensu stricte* odstępnego w rozumieniu art. 396 k.c. O.w.u. przewidywały prawo ubezpieczającego do odstąpienia od umowy w terminie 60 dni od jej zawarcia, nie uzależniały jednak skorzystania przez konsumenta z tego prawa od obowiązku zapłaty na rzecz ubezpieczyciela jakiegokolwiek kwoty pieniężnej. Opłata likwidacyjna nie została jednak zdefiniowana w o.w.u. Pozwany twierdził, że miała ona charakter odszkodowawczy i w ocenie Sądu Apelacyjnego powinna mieć taki charakter, co w żaden sposób jednak nie wynikało z postanowień wzorca umowy, w szczególności zakwestionowanego postanowienia, w którym wysokość tej opłaty nie została powiązana w jakikolwiek sposób z ewentualnie poniesioną przez pozwanego szkodą na skutek wcześniejszego niż zostało to ustalone w umowie jej rozwiązania, z powodu niedopełnienia obowiązków kontraktowych przez ubezpieczającego bądź wypowiedzenia przez niego umowy. Jak uznał to już niniejszy Sąd Apelacyjny w Warszawie, rozpoznający takie same klauzule zawarte jednak w innych wzorcach umownych stosowanych przez pozwanego (sygn. akt VI ACa 1342/11, VI ACa 87/12), zastrzeżona opłata likwidacyjna była rodzajem sankcji za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy przez konsumenta, bez powiązania jej z realnie poniesionymi przez pozwanego w związku z konkretną umową wydatkami (co zostało wykazane przez Sąd I instancji w niniejszej sprawie), przy czym owo zastrzeżenie miało charakter uniwersalny tzn. było całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczającego jednostek uczestnictwa. Zbliżało to przedmiotową opłatę likwidacyjną do instytucji prawnej odstępnego i pozwalało tym samym stosować w drodze analogii przepis art. 385³ pkt 17 k.p.c. Przed wszystkim jednak należało mieć na uwadze, że podany w art. 385³ k.c. katalog klauzul niedozwolonych ma charakter przykładowy. Okoliczność, że badana klauzula nie wyczerpywała znamion jednej z klauzul szarych wskazanych w powyższym przepisie, nie

oznaczała, że nie była ona abuzywną, w szczególności jeżeli spełnia przesłanki z art. 385¹ § 1 k.c., tj. kształtowała prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interes. SOKiK słusznie uznał, że zakwestionowane postanowienie powyższe przesłanki spełniało, gdyż sprzeczne z dobrymi obyczajami było przyznanie ubezpieczycielowi prawa do pobierania opłaty nadmiernie wygórowanej, nieprzystającej do poniesionego przez niego nakładu środków i przyjętego na siebie ryzyka, a już na pewno opłaty odpowiadającej wysokości prawie całego zaangażowania finansowego drugiej strony umowy w pierwszych dwóch latach jej trwania.

Wysokość opłaty likwidacyjnej powinna pozostawać w związku z kosztami i ryzykiem przedsiębiorcy³⁹, a nie stanowić niczym nie uzasadnione przysporzenie majątkowe na rzecz ubezpieczyciela i to w takiej wysokości, która odpowiadała w pierwszych latach umowy niemal całości jednostek uczestnictwa zgromadzonych przez konsumenta na subkoncie składek regularnych, niezależnie od wysokości tychże zgromadzonych środków. Wysokość opłaty likwidacyjnej przysługującej pozwanemu w sytuacji przedwczesnego rozwiązania umowy w kolejnych latach mogła być także rażąco wygórowana, chociaż w 10 roku polisowym stanowiła już jedynie 10%, to jest to jednak 10% środków wypłacanych z subkonta składek regularnych. Przykładowo zatem, jeżeli w wyniku przedwczesnego rozwiązania umowy, ubezpieczający wypłacał kwotę 100 000 zł, to wysokość opłaty likwidacyjnej w 10 roku trwania umowy wynosiła 10 000 zł. Była to kwota tym bardziej wygórowana, że przez cały okres trwania umowy ubezpieczyciel pokrywał znaczną część kosztów swojego funkcjonowania i swojego ryzyka w ramach innych, nałożonych na konsumenta opłat, a koszty jakie ponosił w związku z przedwczesnym rozwiązaniem umowy w ostatnim roku jej obowiązywania (a nawet spodziewane w tymże ostatnim roku korzyści) mogły w żaden sposób nie przystawać do wysokości pobieranej opłaty likwidacyjnej.

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

³⁹ Por. wyrok SN z dnia 19 marca 2007 r. (sygn. akt III SK 21/06).

Klauzula nr 3938

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

„Jeżeli Ubezpieczający/Ubezpieczony zmienił siedzibę lub adres i nie zawiadomił o tym Ubezpieczyciela, pismo Ubezpieczyciela skierowane pod ostatni znany adres Ubezpieczającego/Ubezpiezonego, uważa się za doręczone i wywołujące skutki prawne od chwili, w której zostałyby doręczone, gdyby Ubezpieczający/Ubezpieczony nie zmienił siedziby lub adresu”.

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

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

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

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów przedmiotowy wzorzec podlegał kontroli abstrakcyjnej. Umowa ubezpieczenia zawarta przez pozwanego z bankiem stanowiła przykład umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek (art. 808 k.c.). Na mocy wskazanej umowy bank jako ubezpieczający, działając we własnym imieniu ubezpieczał interes majątkowy klientów banku, tj. kredytobiorców od ryzyka utraty pracy, całkowitej niezdolności do pracy i pobytu w szpitalu. Z treści o.w.u. wynikało, że ubezpieczonym, do którego odnosiły się również w pewnym zakresie postanowienia wzorca, był kredytobiorca (lub kredytobiorcy) będący osobą fizyczną, który zawarł z ubezpieczającym umowę kredytu. Ponadto w treści o.w.u. wprost wskazano, iż *„ochroną ubezpieczeniową mogą być objęte osoby fizyczne zamieszkałe i zatrudnione [...] w Polsce, które na dzień podpisania deklaracji zgody, miały ukończone 18 lat [...]”*. Jednoznacznie wskazywało to, że postanowienia zawarte w zakwestionowanym wzorcu umownym, ustalonym co prawda pomiędzy profesjonalistami w obrocie, dotyczą także bezpośrednio praw i obowiązków klientów banku zwanych ubezpieczonymi. Zgodnie z treścią art. 808 § 5 k.c., jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385¹-385³ k.c. stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Przepis ten wprowadza zatem bardzo istotną regulację, przewidującą stosowanie tych przepisów również do umów ubezpieczenia na cudzy rachunek zawieranych przez przedsiębiorców na rachunek konsumentów, w tym zakresie, w którym postanowienia umowy ubezpieczenia dotyczą ubezpieczonego. W ten sposób zakaz stosowania klauzul abuzywnych, które kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy został rozszerzony na umowy, w których ubezpieczonymi są konsumenci. W tym zakresie ustawodawca nawiązuje wprost do definicji konsumenta z art. 22¹ k.c. W świetle zatem zapisów zakwestionowanego wzorca umownego oraz powołanych przepisów kodeksowych stwierdzić należy, iż wzorzec ten był przeznaczony do obrotu, którego jedną ze stron jest konsument. Wzorzec był przeznaczony do obrotu z konsumentami. Mając przy tym na względzie okoliczność, iż wzorzec ten był ustalony przez pozwanego w porozumieniu z bankiem, a następnie przedstawiony konsumentowi, stwierdzić należy, iż jego postanowienia nie zostały indywidualnie uzgodnione z konsumentem a zatem zostały mu z góry narzucone.

W ocenie SOKiK zakwestionowany zapis o.w.u. był niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. ponieważ umożliwiał ubezpieczycielowi dokonanie samodzielnej, jednostronnej oceny kwestii skuteczności doręczania konsumentom

kierowanej do nich korespondencji na ostatni znany adres. Zastosowanie omawianego postanowienia w praktyce mogło doprowadzić do sytuacji, w której ubezpieczyciel arbitralnie uzna np.: że konsument został poinformowany o istotnych zmianach regulaminu, podczas gdy taka informacja w ogóle do niego nie dotarła. W takiej sytuacji konsument nie miałby rzeczywistej wiedzy o treści skierowanej do niego korespondencji i nie byłby świadomy skutków z tym związanych. Zatem przyjęte w spornym postanowieniu rozwiązanie mogło uniemożliwić konsumentowi realizację przysługujących mu praw. Treść spornej klauzuli niekorzystnie zatem kształtowała sytuację konsumenta poprzez zastosowanie we wzorcu umownym odnośnie składania oświadczeń woli, instytucji tzw. doręczenia zastępczego, co stało w sprzeczności z art. 61 § 1 k.c. W ocenie SOKiK przedmiotowa klauzula naruszała normy dobrych obyczajów jakie powinny występować w relacjach przedsiębiorca – konsument. Powodowała bowiem po stronie konsumenta dezinformację co do przysługujących mu uprawnień i odpowiedzialności pozwanego w związku z zawartą umową, a także zmierzała do wykorzystania niewiedzy konsumenta co do istniejących regulacji prawnych w tym zakresie. Tymczasem do obowiązków przedsiębiorcy jako profesjonalisty należy formułowanie postanowień umownych w sposób jednoznaczny i zrozumiały dla konsumenta. Zdaniem SOKiK w związku z treścią przedmiotowego zapisu istniała również obawa, że nawet w przypadku zawiadomienia pozwanego o zmianie adresu, korespondencja przesłana przez pozwanego na „stary” adres, np. w przypadku omyłki po stronie pozwanego, mogła zostać uznana przez niego za skutecznie doręczoną i rodzić określone skutki dla konsumenta, chociaż nie miał on możliwości zapoznania się z jej treścią. Wszystko to uzasadniało twierdzenie, iż przedmiotowe postanowienie nie uwzględniało i nie zabezpieczało interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Zakwestionowane postanowienie umowne było przejawem nadużycia przez ubezpieczyciela uprzywilejowanej pozycji w łączącym strony stosunku prawnego. Dlatego też postanowienie spełniało przesłanki klauzuli niedozwolonej w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.

Klauzula nr 3979

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

„HDI nie odpowiada za szkody: [...] polegające na kradzieży pojazdu w przypadku, gdy poszkodowany nie przedłożył HDI – nie później niż do następnego dnia roboczego po zgłoszeniu szkody – łącznie: a) w przypadku pojazdu podlegającego rejestracji: dowodu rejestracyjnego tego pojazdu i karty pojazdu - jeżeli została wydana, b) kluczyków służących do otwarcia pojazdu lub jego uruchomienia w liczbie i rodzaju podanym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, c) kluczyków/sterowników do urządzeń przeciwkradzieżowych w liczbie i rodzaju podanym we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, d) dokumentów potwierdzających zamontowanie urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą (karta gwarancyjna, rachunki) lub zaświadczenia potwierdzającego sprawność tego urządzenia wystawionego przez specjalistyczny zakład instalacyjny, e) dokumentów zakupu pojazdu wymienionych we wniosku o zawarcie ubezpieczenia w przypadku, gdy ubezpieczający posiada pojazd krócej, niż 3 lata [...]”.

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

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

postanowienia wzorców umownych, które wyłączają lub znacznie ograniczają odpowiedzialność ubezpieczyciela względem konsumenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania oraz przyznają kontrahentowi uprawnienia do wiążącej interpretacji umowy. W ocenie powoda tylko rażąco niedbałe niedopełnienie przez ubezpieczającego obowiązku podjęcia działań pozwalających na zmniejszenie szkody, powstałej ze zdarzenia objętego ubezpieczeniem, uzasadniałoby odmowę lub zmniejszenie odszkodowania.

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie spełniało przesłanki postanowienia niedozwolonego w rozumieniu art. 385¹ §

1 k.c. Zgodnie z art. 385³ pkt 21 k.c. w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności uzależniają odpowiedzialność kontrahenta konsumenta od spełnienia przez konsumenta nadmiernie uciążliwych formalności. Zdaniem SOKiK zakwestionowana klauzula wypełniała znamiona przywołanego przepisu. Nakładała ona bowiem na ubezpieczającego obowiązki, które ocenić należy jako rażąco wygórowane i uciążliwe. Nie znajdowały one przy tym uzasadnienia w treści umowy, zwłaszcza wobec ustalenia, iż ubezpieczyciel, zgodnie z o.w.u. zobowiązany jest wypłacić odszkodowanie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Zakwestionowana klauzula rażąco naruszała równowagę stron stosunku umownego, kształtując sytuację profesjonalisty w sposób uprzywilejowany, zaś konsumenta bez uzasadnienia stawiając w ekstremalnie trudnym położeniu. Trzeba bowiem zważyć, iż sytuacja kradzieży pojazdu sama w sobie może wiązać się, i zwykle tak jest, z nieprzyjemnymi, trudnymi przeżyciami emocjonalnymi, a także niesie ze sobą obowiązek udziału w czasochłonnych czynnościach policji, czy innych organów ścigania. Kradzież pojazdu może być również połączona z rozbojem, co może mieć wpływ na stan zdrowia ubezpieczającego. Nie można przy tym wykluczyć sytuacji, gdy kradzież pojazdu następuje w miejscowości znacznie oddalonej od miejsca zamieszkania konsumenta – czyli miejsca przechowywania niektórych z przedmiotów, o których mowa w zakwestionowanej klauzuli. Samo dotarcie z powrotem wiązać się może z upływem wielu godzin. Ponadto o rażącej uciążliwości formalności wymienionych w zakwestionowanej klauzuli świadczy ich ilość. Z doświadczenia życiowego wynika bowiem, iż o ile dowód rejestracyjny pojazdu czy też kluczyki w jednym egzemplarzu kierowca zwykle posiada przy sobie, to inne kluczyki, sterowniki, dokumenty potwierdzające zamontowanie urządzeń zabezpieczających przed kradzieżą oraz inne dokumenty – bardzo rzadko. Zobowiązanie konsumenta przez profesjonalistę do dostarczenia wszystkich tych licznych przedmiotów w ciągu jednej doby było w ocenie Sądu obliczone na dążenie do uniknięcia odpowiedzialności. To samo należało odnieść do zobowiązania konsumenta do złożenia zaświadczenia potwierdzającego sprawność urządzenia zabezpieczającego przed kradzieżą, wystawionego przez specjalistyczny zakład instalacyjny. Uzyskanie takiego zaświadczenia było w ocenie SOKiK w większości przypadków niemożliwe w ciągu jednego dnia roboczego po zgłoszeniu szkody, a wobec kradzieży pojazdu mogło okazać się w ogóle niewykonalne (brak jest bowiem możliwości oceny sprawności urządzeń przeciwkradzieżowych). Niewątpliwie zakwestionowana klauzula stawiała klienta w tak trudnej sytuacji, iż musiała zostać oceniona jako nieprzyzwoita. Nie pozwalała na realizację takich wartości w stosunku kontraktowym, jak szacunek wobec

partnera, jego trudnej sytuacji życiowej, uczciwość, szczerść, zaufanie, lojalność, rzetelność i fachowość. Rażąco naruszała interes konsumenta, gdyż mogła być podstawą pozbawienia go prawa do odszkodowania, a także spowodować ogromny zawód i przykrości z tym związane, poczucie wykorzystania oraz bycia oszukanym.

Klauzula nr 4130

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 23 lutego 2013 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 143/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Bank Ochrony Środowiska S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

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

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

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

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

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał to postanowienie za niedozwolone z uwagi na fakt, iż przewidywało po stronie konsumenta obowiązek ponoszenia kosztów składki ubezpieczenia za każdy pełny miesiąc kalendarzowy, niezależnie od tego, czy kredytobiorca fatycznie korzystał z ochrony ubezpieczeniowej przez cały ten okres. Takie

ukształtowanie treści postanowienia umownego w praktyce wyłączało możliwość dochodzenia przez konsumenta zwrotu składki ubezpieczenia za niewykorzystany okres ubezpieczenia, co stało w sprzeczności z treścią art. 813 § 1 k.c. Przepis ten stanowi, iż składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela; w przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Treść ww. przepisu jednoznacznie zatem rozstrzygała, iż niedozwolone jest pobieranie składki za okres, w którym ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności. Mając na uwadze powyższe, Sąd uznał, iż treść zakwestionowanych postanowień może wywołać u konsumenta błędne przekonanie co do zakresu przysługujących mu praw oraz możliwości dochodzenia przez niego ewentualnych roszczeń wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia.

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

Klauzula nr 4156

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

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

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

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Wprowadzało domniemanie, że każde świadczenie uzyskane przez poszkodowanego było wynikiem działań pozwanego, niezależnie od jego faktycznych działań, i w konsekwencji

powodowało, że zleceniodawca (poszkodowany) miał obowiązek zapłaty stosownego wynagrodzenia, stanowiącego część świadczenia uzyskanego przez poszkodowanego od zakładu ubezpieczeń jeszcze przed udzieleniem pozwanemu pełnomocnictwa do prowadzenia sprawy. Postanowienie to mogło stanowić klauzulę abuzywną określoną w art. 385³ pkt 22 k.c., ponieważ przewidywało obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta (zapłaty wynagrodzenia pozwanemu), mimo że kontrahent sam nie wykonał zobowiązania. Było też sprzeczne z naturą umowy zlecenia.

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to spełniało przesłanki niedozwolonego postanowienia w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Za zasadne uznać należało stanowisko powoda, iż zapis wprowadzał domniemanie, że każde świadczenie uzyskane przez konsumenta – zleceniodawcę – od chwili podpisania umowy – jest wynikiem działania pozwanego – zleceniobiorcy i stwarzało po stronie konsumenta obowiązek zapłaty wynagrodzenia jego kontrahentowi. W myśl tego zapisu obowiązek zapłaty wynagrodzenia ciążył na konsumencie niezależnie od tego czy jego kontrahent rzeczywiście podjął ze swej strony jakiegokolwiek działania, których następstwem było otrzymanie przez konsumenta odszkodowania. Mogło wszak zdarzyć się tak, że jeśli konsument, w wyniku własnych starań podjętych jeszcze przed podpisaniem umowy z pozwanym, uzyskał odszkodowanie – już po podpisaniu takiej umowy, a jeszcze przed podjęciem jakichkolwiek czynności przez pozwanego – to będzie miał on obowiązek wypłacenia wynagrodzenia, będącego częścią

otrzymanego przez niego świadczenia odszkodowawczego. Mogło to więc oznaczać, iż konsument będzie miał obowiązek zapłaty wynagrodzenia swojemu kontrahentowi – zleceniobiorcy, mimo że ten sam *de facto* nie wykonał swojego zobowiązania. Było to sprzeczne z istotą zobowiązań umownych, w tym umowy zlecenia, której dotyczył przedmiotowy wzór umowy. W umowie odpłatnego zlecenia przyjmujący zlecenie – zleceniobiorca zobowiązuje się do dokonania określonej czynności prawnej dla zleceniodawcy, a ten zobowiązuje się do zapłaty wynagrodzenia za wykonanie zlecenia, przy czym wynagrodzenie należy się zleceniobiorcy dopiero po wykonaniu zlecenia (art. 734 § 1, 735 § 1 oraz art. 744 k.c.). Mając to na uwadze przyjąć należało, że to postanowienie wzorca umownego kształtowało prawa i obowiązki stron umów zawieranych na jego podstawie w sposób sprzeczny dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Postanowienie to świadczyło bowiem o wykorzystywaniu przez pozwanego pozycji profesjonalisty, braku rzetelnego i uczciwego traktowania konsumenta, dysproporcji praw i obowiązków wynikających z umowy na niekorzyść konsumenta. Jednocześnie kwestionowane postanowienie, wobec tego, że przewidywało obowiązek wykonania zobowiązania (zapłaty wynagrodzenia) przez zleceniodawcę – konsumenta, nawet w sytuacji niewykonania zobowiązania (dokonania zleconych czynności prawnych) przez kontrahenta, stanowiło niedozwoloną klauzulę umowną określoną w art. 385³ pkt 22 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 12 czerwca 2012 r. (sygn. akt VI ACa 1321/11) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji należycie określił niedozwolony charakter tego postanowienia umownego. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie postanowienie to wprowadzało domniemanie, że każde odszkodowanie uzyskane przez zleceniodawcę z tytułu określonego w umowie od dnia jej podpisania stanowiło wynik działań zleceniobiorcy i było podstawą do naliczenia wynagrodzenia. Tym samym zawarcie w umowie powyższego postanowienia stawiało konsumenta w sytuacji gorszej niż wynikająca z ogólnych zasad kodeksu cywilnego. Zgodnie bowiem z art. 6 k.c. to zleceniobiorca żądając zapłaty wynagrodzenia musiałby wykazać, że określony rezultat, do którego odnoszą się kwestionowane postanowienia wzorca był wynikiem podjętych przez niego w wykonaniu umowy zlecenia czynności. Tymczasem wprowadzenie kwestionowanego zapisu obciążało zleceniodawcę obowiązkiem wykazania, że uzyskanie odszkodowania nie było wynikiem działania przedsiębiorcy, ale np. starań samego konsumenta podjętych jeszcze przed zawarciem umowy. W konsekwencji, jak trafnie wskazał Sąd I instancji, zawarcie w umowie kwestionowanego postanowienia mogło prowadzić do sytuacji, w której konsument

będzie obowiązany do zapłaty wynagrodzenia nawet w sytuacji, gdy przedsiębiorca nie podjął żadnych czynności zmierzających do wykonania zobowiązania, co niewątpliwie rażąco naruszało interesy konsumenta i było sprzeczne z dobrymi obyczajami, wypełniając też dyspozycję art. 385³ pkt 22 k.c. Sam skarżący w treści apelacji wskazywał, że celem tego postanowienia było zabezpieczenie interesów strony pozwanej w sytuacji, gdy konsument, po rozwiązaniu umowy, uzyskuje odszkodowanie będące wynikiem działań przedsiębiorcy – z treści postanowienia nie wynikało, że dotyczy ono tylko takiej sytuacji, a użyte we wzorcu sformułowania dawały pełne podstawy do dokonania odmiennej wykładni postanowienia, skrajnie niekorzystnej dla konsumenta, którego interesy nie były należycie zabezpieczone.

Klauzula nr 4157

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

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

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

W ocenie powoda – Prezesa UOKiK postanowienie to przewidywało obowiązek zapłaty przez konsumenta wynagrodzenia na rzecz pozwanego, w przypadku, gdy ten rozwiąże umowę. Prowadziło to do tego, że konsument miał obowiązek zapłaty rażąco wysokiego odszkodowania (odpowiadającego wynagrodzeniu zleceniobiorcy z tytułu wykonania zobowiązania), niezależnie od tego, czy po jego stronie rzeczywiście powstała jakakolwiek szkoda (z powodu niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez konsumenta). Sporne postanowienie wprowadzało rażącą dysproporcję pomiędzy uprawnieniami zleceniobiorcy i zleceniodawcy (konsumenta) na niekorzyść tego drugiego. Postanowienie to mogło stanowić klauzulę abuzywną w rozumieniu art. 385³ pkt 9 k.c., ponieważ przyznawało kontrahentowi konsumenta uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Zleceniobiorca miał bowiem prawo stwierdzić, że konsument – bez

wcześniejszych, wzajemnych uzgodnień – podjął jakiejkolwiek czynności w zakresie objętym umową, a w razie uznania, że tak się stało (wiążąca interpretacja umowy) mógł rozwiązać umowę, co powodowało, że konsument miał obowiązek zapłaty umówionego wynagrodzenia. Postanowienie to mogło stanowić klauzulę abuzywną w rozumieniu art. 385³ pkt 16 k.c., gdyż nakładało wyłącznie na konsumenta obowiązek zapłaty ustalonej sumy na wypadek rezygnacji z wykonania umowy. W razie, gdy konsument zdecydował się na powierzenie dochodzenia roszczeń innym podmiotom (rezygnacja z wykonania umowy), wówczas na mocy omawianego postanowienia miał obowiązek zapłaty określonego w umowie wynagrodzenia (ustalonej sumy pieniężnej).

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

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

W ocenie SOKiK postanowienie to wprowadzało rażąco nierównowagę pomiędzy uprawnieniami zleceniobiorcy i zleceniodawcy (konsumenta) na niekorzyść słabszej strony krytycznej umowy. Rozważany wzorzec umowy nie nakładał bowiem na kontrahenta konsumenta obowiązku zapłaty odszkodowania (świadczenia pieniężnego) na rzecz konsumenta, w sytuacji gdy konsument rozwiązał umowę z powodu naruszenia jej przez kontrahenta – zleceniobiorcę. Oznaczało to, że zapis ten był sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszał interesy konsumenta w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. Dodatkowo spełniał przesłanki niedozwolonego postanowienia umownego z art. 385³ pkt 9 k.c. Przyznawał bowiem kontrahentowi konsumenta uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji

umowy. To zleceniobiorca decydował o tym czy doszło do naruszenia przez zleceniodawcę postanowień umowy. Zleceniobiorca mógł jednostronnie stwierdzić, że konsument – bez wcześniejszych, wzajemnych uzgodnień – podjął jakiegokolwiek czynności w zakresie objętym umową, a w razie uznania, że miało to miejsce, rozwiązać umowę, czego skutkiem był obowiązek konsumenta zapłaty określonego świadczenia pieniężnego.

Zdaniem SOKiK – wbrew twierdzeniom powoda – nie można uznać, aby zapis ten stanowił klauzulę abuzywną w ujęciu art. 385³ pkt 16 k.c. Zgodnie z tym przepisem w razie wątpliwości uważa się za niedozwolone postanowienie umowne, które nakłada wyłącznie na konsumenta obowiązek zapłaty ustalonej sumy na wypadek rezygnacji z wykonania umowy.

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

Klauzula nr 4631

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

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

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

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

Składka ubezpieczeniowa jest elementem przedmiotowo istotnym umowy ubezpieczenia i korelatem świadczenia ubezpieczyciela. Przy ustaleniu wysokości składki podlegającej zwrotowi należy brać pod uwagę proporcjonalność świadczeń stron – składki i ochrony ubezpieczeniowej. Zarówno okres świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, jak i składka są z natury swej podzielne. Należy więc uznać, że zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej musi być oparty na zasadzie proporcji. Co do zasady przy ustalaniu, czy ubezpieczającemu należy się składka za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej, nie ma znaczenia przyczyna wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta umowa. W szczególności nie jest istotne to, z czyjej inicjatywy umowa została rozwiązana lub też kto ponosi odpowiedzialność za okoliczności, których skutkiem jest wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia. Tak więc w przypadku odstąpienia konsumenta od umowy powinna zostać mu zwrócona cała składka wpłacona z góry za okresy przypadające po rozwiązaniu umowy po potrąceniu składki za

okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Tymczasem na podstawie przedmiotowego postanowienia, w przypadku odstąpienia konsumenta od umowy zwracane były uiszczone należności z tytułu ubezpieczenia oraz pobrane opłaty określone w o.w.u., za wyjątkiem opłat za niewykorzystany okres ubezpieczenia związanych z udzielaną ochroną ubezpieczeniową. SOKiK stanął na stanowisku, że takie uregulowanie stosunku prawnego pozostaje niewątpliwie w sprzeczności z zasadą ekwiwalentności świadczeń, powodując tym samym nierównomierne rozłożenie praw i obowiązków stron umowy ze szkodą dla konsumenta. W ocenie SOKiK, ubezpieczyciel na podstawie przedmiotowego postanowienia w sposób dowolny zatrzymywał część opłat uiszczonych przez klienta w związku z jego rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej. W ten sposób ubezpieczyciel otrzymywał część świadczenia klienta, sam będąc zwolniony od spełnienia własnego świadczenia.

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

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 4 kwietnia czerwca 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1324/12) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji

należycie określił niedozwolony charakter tego postanowienia umownego. Z zakwestionowanego postanowienia bez wątplenia wynikało, że zwrotowi nie będzie podlegać część opłaty za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Argumentacja pozwanego jakoby zapis ten nie wyłączał możliwości zwrotu części niewykorzystanej składki, a po prostu nie regulował tej kwestii, była całkowicie chybiona. Ogólne warunki umowy nie przewidywały zwrotu części składek w żadnym zapisie, w żadnym punkcie, a więc skoro w ogóle zwrotu tego nie przewidziano, a analizowany zapis stanowi podstawę do wyliczenia kwot należnych ubezpieczonemu po zakończeniu umowy nie można zgodzić się z apelującym, że naruszono art. 385³ pkt 12 k.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie, polegające na błędnej kwalifikacji postanowienia wzorca umowy uznanego za niedozwolone jako wypełniającego dyspozycję przepisu art. 385³ pkt 12) k.c. i przyjęciu, że w razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia zwrotowi na rzecz ubezpieczającego nie podlega część uiszczonych przez klienta opłat, co jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interesy konsumenta. Uregulowanie stosunku prawnego w sposób jaki uczynił to pozwany pozostawało niewątpliwie w sprzeczności z zasadą ekwiwalentności świadczeń powodując tym samym nierównomierne rozłożenie praw i obowiązków stron umowy ze szkodą dla konsumenta. Pozwany na podstawie przedmiotowego postanowienia w sposób dowolny zatrzymywał część opłat uiszczonych przez klienta w związku z jego rezygnacją z ochrony ubezpieczeniowej. W ten sposób pozwany otrzymywał część świadczenia klienta, sam będąc zwolniony od spełnienia własnego świadczenia.

Klauzula nr 4632

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

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

1. Rocznicę Polisy - 100,0%
- od 2. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego
3. Rocznicę Polisy - 80,0%
- od 3 Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego
- 4 Rocznicę Polisy - 70,0%
- od 4. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego
- 5 Rocznicę Polisy - 60,0%
- od 5. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego
- 6 Rocznicę Polisy - 50,0%
- od 6 7. Rocznicę Polisy - 40.0%
- od 7. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego
8. Rocznicę Polisy - 30,0%
- od 8 Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego
9. Rocznicę Polisy - 20,0%
- od 9. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego
10. Rocznicę Polisy - 10,0%
- od 10. Rocznicy Polisy - 0%. Rocznicy Polisy do dnia poprzedzającego”.

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolonym postanowieniem w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. SOKiK wskazał, że stosowane przez pozwanego ubezpieczyciela wzorce umowne nie zawierały definicji „Opłaty likwidacyjnej”. Pozwany w odpowiedzi na pozew, jak również w toku postępowania sądowego nie wskazał w sposób wyraźny za jakie jej świadczenia pobierana była przedmiotowa opłata likwidacyjna, tłumacząc konieczność jej pobierania potrzebą zniwelowania ryzyka, jakie ponosi w związku z przedwczesnym zrywaniem przez konsumentów umów. Zdaniem SOKiK należało zatem wskazać, że opłata likwidacyjna pobierana była w razie rozwiązania umowy a podstawę jej naliczenia stanowił stan rachunku oodstawowego. Opłata ta była określona w sposób ryczałtowy. Z uwagi na fakt, że opłata likwidacyjna była stosowana czasowo, nie miała ona charakteru kary umownej. We wzorcu umownym brak było zapisu, który wskazywałby na funkcję kompensacyjną opłaty likwidacyjnej. Nazwa opłaty, jak również zapisy stosowanych przez pozwanego wzorców umownych wydawały się wskazywać, że opłata ta stanowi świadczenie konsumenta, nie

będące świadczeniem głównym, za bliżej nieokreślone czynności pozwanego. Przedmiotowy wzorzec umowny nie wskazywał, jakie świadczenia objęte zostały pobieranymi opłatami likwidacyjnymi. Naruszało to bez wątpienia obowiązki rzetelnego i kompletnego informowania konsumentów o istotnych okolicznościach dotyczących jego praw i obowiązków w zakresie łączącego stosunku prawnego.

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

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

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 4 kwietnia czerwca 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1324/12) oddalił apelację pozwanego. W ocenie Sądu odwoławczego Sąd I instancji należycie określił niedozwolony charakter tego postanowienia umownego. Słusznie SOKiK wskazał, że postanowienie to w sposób nieusprawiedliwiony nakładało na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanej mu się należy. Konsument nie miał zatem możliwości stwierdzenia, czy jego świadczenie jest ekwiwalentne i uzasadnione. Umowa ubezpieczenia

jest umową wzajemnie zobowiązującą, a zatem świadczenia stron winny być ekwiwalentne. W toku postępowania pozwana spółka nie wykazała w sposób wyraźny za jakie jej świadczenia pobierana była opłata likwidacyjna, tłumacząc decyzję o jej pobieraniu koniecznością swoistej refundacji „utruty spodziewanych zysków”. Podnieść z całą mocą trzeba, że umowa zawarta przez strony nie zawiera zapisów kształtujących to świadczenie nie będące świadczeniem głównym konsumenta, jako opłatę kompensacyjną. Zatem tłumaczenie i uzasadnianie tego świadczenia w zasadzie *post factum*, na potrzeby niniejszego postępowania nie mogło prowadzić do uznania tego zapisu wzorca umowy za precyzyjny, zgodny z dobrymi obyczajami i nienaruszający interes konsumenta. Przedmiotowe postanowienie nie uwzględniało i nie zabezpieczało interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. To, że ubezpieczyciel przewidział swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy, nie powiązując jej wysokości z realnie poniesionymi wydatkami, powodowało ponadto, że trudno przypisać opłacie likwidacyjnej charakter odszkodowawczy. Wbrew twierdzeniom apelującego Sąd I Instancji nie dokonał oceny zgodności z dobrymi obyczajami postanowienia umowy bez uwzględnienia pełnej treści wzorca umowy. W żadnym z zapisów o.w.u. nie można bowiem odnaleźć uzasadnienia i przyczyn, dla których usprawiedliwione byłoby pobieranie opłaty likwidacyjnej w wymaganej wysokości. Wysokość ta nie pozostawała w związku ani z ponoszonymi kosztami, ani z ryzykiem ekonomicznym, a w każdym razie nie zostało to w o.w.u. wskazane i wyjaśnione. Znaczna część kosztów funkcjonowania pozwanego oraz jego ryzyko są przecież pokrywane przez konsumenta w ramach szeregu innych opłat, jak opłata wstępna, opłata administracyjna, itp.

Klauzula nr 4633

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

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

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

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

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

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

Klauzula nr 4744

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

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

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

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

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

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wskazał, że za bezzasadny należało uznać zarzut pozwanego, iż regulamin nie dotyczył umowy z konsumentami, ale był przyrzeczeniem publicznym w rozumieniu art. 919 k.c. Zakres zastosowania art. 919 k.c. ogranicza się do sytuacji, gdy przyrzekający nagrodę oznacza czynność, której wykonanie warunkuje otrzymanie nagrody. W orzecznictwie i piśmiennictwie wymienia się czynności, które polegać mogą na działaniu lub zaniechaniu, takie jak znalezienie zaginionej osoby lub zwierzęcia, odszukanie ukradzionej rzeczy, ujawnienie groźnego przestępcy, dokonanie wyczynu sportowego, rozwiązanie zadania umysłowego w zamian za nagrodę, którą mogą być pieniądze lub inne dobra materialne. W realiach niniejszej sprawy pozwany oferował klientom zawarcie umowy ubezpieczenia majątkowego (za wynagrodzeniem), co uprawniało do otrzymania upominku promocyjnego w postaci torebki o wartości nie przekraczającej kwoty 760,00 zł. Tak więc „regulamin” dotyczył typowej umowy ubezpieczenia. Celem podstawowym pozwanego, jak należy przyjąć, było przekonanie jak największej ilości klientów do zawarcia umowy ubezpieczenia. Możliwość otrzymania upominku zakwalifikować należało jako działanie marketingowe stosowane powszechnie przez

sprzedawców, mające na celu zwiększyć atrakcyjność oferty. Wyłączało to możliwość uznania, iż pozwany złożył przyrzeczenie publiczne.

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

Zgodnie z art. 46 § 1 k.p.c. strony mogą umówić się na piśmie o poddanie sądowi pierwszej instancji, który według ustawy nie jest miejscowo właściwy, sporu już wynikłego lub sporów mogących w przyszłości wyniknąć z oznaczonego stosunku prawnego. Sąd ten będzie wówczas wyłącznie właściwy, jeżeli strony nie postanowiły inaczej. Strony mogą również ograniczyć umową pisemną prawo wyboru powoda pomiędzy kilku sądami właściwymi dla takich sporów. Strony nie mogą jednak zmieniać właściwości wyłącznej (§ 2). W wyniku takiego zapisu umownego, jak kwestionowana klauzula, pozwany wyłączył więc właściwość miejscową przewidzianą w przepisach regulujących procedurę cywilną. Tak ukształtowana klauzula naruszała treść art. 385³ pkt 23 k.c., zgodnie z którym, w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które narzucają rozpoznanie sprawy przez sąd, który wedle ustawy nie jest miejscowo właściwy. Kwestionowana klauzula, niezależnie od sporu, narzucała jedną właściwość – sądu siedziby pozwanego. Zatem nie mogło ulegać wątpliwości, że klauzula ta kształtowała prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich

interesy. Dodatkowo, w rejestrze klauzul niedozwolonych, prowadzonym przez Prezesa UOKiK, figurowały klauzule o sensie identycznym z zakwestionowanym postanowieniem.

Klauzula nr 4797

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

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

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

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

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie nie było składnikiem jednostronnego oświadczenia woli. O jednostronności stosunku prawnego decydowałyby zbędność oświadczenia woli jednej ze stron. Nie można zatem mówić o zbędności oświadczenia woli uczestnika promocji, gdy do wzięcia w niej udziału konieczne jest wcześniejsze wyrażenie zgody na warunki proponowane przez przedsiębiorcę a tym bardziej przystąpienie do umowy ubezpieczenia. W omawianym regulaminie sam pozwany używał sformułowania „dokonają zawarcia z Organizatorem nowej umowy ubezpieczenia mieszkaniowego” (art. 2 ust. 2 wzorca umowy). Powyższe sformułowanie nie mogło być rozumiane inaczej, niż jako złożenie oświadczenia woli.

Przystąpienie do promocji wymagało zatem złożenia wzajemnie sobie odpowiadających wyraźnych oświadczeń woli pozwanego i uczestnika, co innymi słowy oznaczało zawarcie umowy. Dodatkowo w świetle orzecznictwa Sądu Apelacyjnego w Warszawie z natury uregulowania przyrzeczenia publicznego wynika, iż chodzi w nim o nieskomplikowaną relację prawną, sprowadzającą się do prostego wykonania jednej oznaczonej czynności, za co obiecano nagrodę. Stosunek prawny regulowany kilkunastoma postanowieniami, nie mieści się w ramach przewidzianej w art. 919 k.c. instytucji przyrzeczenia publicznego⁴⁰. Zgodnie z art. 66 § 1 k.c. oświadczenie drugiej stronie woli zawarcia umowy stanowi ofertę, jeżeli określa istotne postanowienia tej umowy. Regulamin, jakim posługiwał się pozwany bez wątplenia te istotne postanowienia określał. Należy zatem stwierdzić, że ogłoszenie promocji i wprowadzenie do obrotu regulaminu, stanowiło nie tyle przyrzeczenie publiczne, co ofertę zawarcia umowy o udział w promocji.

Zdaniem SOKiK dobrym obyczajem jest to, aby przedsiębiorca nie wykorzystywał swej uprzywilejowanej pozycji kontraktowej, będącej rezultatem stosowania przez niego jednostronnie ustalonego wzorca umowy. Przedstawianie konsumentom do akceptacji warunków umowy zawierających zapisy, kształtujące ich prawa i obowiązki w sposób mniej korzystny niż wynika to z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, niewątpliwie przeczy powyższemu. Oczekiwanym jest także, by pozwany przedsiębiorca nie przenosił na konsumenta ryzyka związanego z prowadzoną przez niego działalnością gospodarczą, które w kontekście niniejszej sprawy wiąże się z uprawnieniem do zwolnienia się z odpowiedzialności za nienależyte wykonanie umowy przez osoby trzecie, przy pomocy których pozwany wykonuje swoje zobowiązanie. Poprzez zastosowanie kwestionowanego zapisu mogło dojść do sytuacji, w której konsument spełniając warunki promocji, nie otrzyma upominku promocyjnego, a przedsiębiorca nie poniesie za to odpowiedzialności. Nie może zatem zyskać aprobaty praktyka stosowana przez przedsiębiorcę przewidująca taką możliwość. Świadczy to o woli utrudnienia konsumentowi możliwości dochodzenia swoich usprawiedliwionych roszczeń. Naruszenie interesu konsumenta przejawiało się przede wszystkim w sferze ekonomicznej. Konsument mimo iż spełnił swoje świadczenie poprzez zawarcie umowy ubezpieczenia mógł nie otrzymać w zamian upominku promocyjnego, a pozwany – stosując kwestionowany zapis – zwolnić się od odpowiedzialności, nie dając konsumentowi możliwości dochodzenia roszczeń. Powodowało to straty finansowe, jak również naruszenie

⁴⁰ Wyrok SA w Warszawie z dnia 4 października 2011 r. (sygn. akt VI ACa 282/11), wyrok SA w Warszawie z dnia 7 września 2011 r. (sygn. akt VI ACa 284/11), wyrok SA w Warszawie z dnia 20 października 2010 r. (sygn. akt VI ACa 231/10), wyrok SA w Warszawie z dnia 20 października 2010 r. (sygn. akt VI ACa 233/10).

interesów prywatnych wynikających z braku satysfakcji, związanego z niepomyślnym załatwieniem sprawy, uniemożliwieniem dochodzenia usprawiedliwionych roszczeń oraz wynikającymi z tego trudnościami organizacyjnymi.

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

SOKiK wskazał także, że ubezpieczyciel w zakwestionowanym postanowieniu zastrzegł, że nie ma wpływu na działania przewoźnika, które mogą powodować opóźnienie lub nawet brak doręczenia upominków promocyjnych, i te zdarzenia, co istotne, nie mogą być podstawą do roszczeń kierowanych przez konsumentów. Takie uregulowanie umowne jest niedopuszczalne. Powszechnie przyjętą praktyką w przypadku przesyłania i dostarczania towarów jest przekazywanie, polecenie ich wyspecjalizowanym podmiotom, realizującym usługi pocztowe lub kurierskie. Zasady odpowiedzialności za działania osób, którymi przedsiębiorca posługuje się realizując swoje zobowiązanie, uregulowane są w sposób wyważony w przepisach powszechnie obowiązujących, przede wszystkim w art. 474 k.c., zgodnie z którym dłużnik odpowiedzialny jest jak za własne działanie lub zaniechanie za działania i zaniechania osób, z których pomocą zobowiązanie wykonuje. Zakwestionowane postanowienie zawężyło odpowiedzialność w sposób nadmierny. Świadczenie pozwanego jest spełnione w momencie, kiedy konsument otrzyma upominek promocyjny. Niedopuszczalne zatem jest postanowienie wzorca umowy prowadzące do sytuacji, w której z tytułu nieotrzymania lub bardzo późnego otrzymania upominku promocyjnego konsument musiałby dochodzić roszczeń od przedsiębiorcy pocztowego lub innego podmiotu, który przyczynił się do powstania opóźnienia. Z podmiotami takimi nie wiąże konsumenta żaden stosunek umowny. Łączyłby się z tym zatem szereg praktycznych trudności, poczynając od ustalenia, który podmiot ponosi odpowiedzialność w sytuacji braku jakichkolwiek dokumentów potwierdzających wysyłkę towaru. To pozwany decydował, w jaki sposób zorganizowana jest jego działalność i komu zleca poszczególne czynności. Dlatego niedopuszczalne jest

wyłączanie lub ograniczanie odpowiedzialności za wykonanie zobowiązania ze względu na wadliwe działanie podmiotów świadczących usługi pocztowe lub dostawcze. Konsekwencją tego jest uznanie, że zakwestionowana klauzula nie uwzględniała i nie zabezpieczała interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co nie znajdowało żadnego uzasadnienia i prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco dla niego niekorzystny. Przedmiotowy zapis bezsprzecznie kształtował prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy.

Klauzula nr 5224

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

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

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

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

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

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwestionowana klauzula stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c., ponieważ kształtowała prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. Postanowienie to przyznawało uprawnienie do jednostronnej oceny doręczenia korespondencji konsumentom. Nie było zgodne z art. 61 § 1 k.c., w myśl którego oświadczenie woli które ma być złożone innej osobie, jest złożone z chwilą, gdy doszło do niej w taki sposób, że mogła zapoznać się z jego treścią. Odwołanie takiego oświadczenia jest skuteczne, jeżeli doszło jednocześnie z tym oświadczeniem lub wcześniej. SOKiK nie podzielił stanowiska pozwanego, który wskazywał, że przedmiotowa klauzula odpowiadała warunkom przedstawionym w art. 61 k.c. i była zastrzeżona na korzyść konsumentów. W świetle tego przepisu kluczowe jest zapewnienie adresatowi przesyłki rzeczywistej możliwości zapoznania się z treścią oświadczenia. Tymczasem analizowana klauzula takiej możliwości konsumenta pozbawiała. Skutek doręczenia był przewidziany w każdej sytuacji wysłania przesyłki, mimo że przepisy prawa przyjmują obowiązek jej faktycznego doręczenia w taki sposób, aby adresat miał możliwość zapoznania się z jego treścią. SOKiK podzielił stanowisko wyrażane w orzecznictwie (np. sprawa sygn. akt XVII AmC 1872/09), zgodnie z którym to na składającym oświadczenie woli spoczywa ciężar dowodu, że doszło ono do adresata w sposób umożliwiający mu, według reguł rozsądku i doświadczenia życiowego, zapoznanie się z jego treścią. Jeśli więc oświadczenie zostało wysłane adresatowi listem albo innym sposobem porozumiewania się na odległość, składający powinien wykazać np. za pomocą zwrotnego poświadczenia odbioru (pocztowego dowodu nadania), że pismo zostało adresatowi doręczone. Powstały dowód nadania listu poleconego wprowadza domniemanie doręczenia. Adresat pisma może obalić to

domniemanie wykazując, iż nie miał możliwości zapoznania się z treścią oświadczenia⁴¹. Zgodnie bowiem z teorią doręczenia, ryzyko niedojścia oświadczenia woli do adresata spoczywa na składającym oświadczenie. Tymczasem postanowienie objęte sporem w niniejszej sprawie takiego ryzyka dla pozwanego nie przewidywało, a wręcz przeciwnie – przerzucało je na konsumenta. Taki zapis wzorca w sposób sprzeczny z przepisami i dobrymi obyczajami kształtował prawa i obowiązki konsumentów, rażąco naruszając ich interesy, przenosząc na nich w każdej sytuacji odpowiedzialność za wykazanie, że przesyłki nie otrzymali (tym samym nakładając obowiązek przedstawienia tzw. dowodu negatywnego, niezgodnie z treścią art. 6 k.c.).

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

SOKiK podkreślił również, że klauzule o analogicznej treści, stosowane przez innych przedsiębiorców, figurowały już w rejestrze klauzul niedozwolonych m.in., wpisane były pod numerem 2322, 2559, 1711. Rozszerzona prawomocność wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone nie wyłącza możliwości wytoczenia powództwa przeciwko innemu przedsiębiorcy, niebiorącemu udziału w postępowaniu, w którym zapadł wyrok, stosującemu takie same lub podobne postanowienia wzorca, jak wpisane do rejestru klauzul abuzywnych⁴². Możliwe więc było wydanie wyroku

⁴¹ Por. wyrok SN z dnia 20 stycznia 2004 r. (sygn. akt II CK 358/02).

⁴² Tak SN w uchwale z dnia 7 października 2008 r. (sygn. akt III CZP 80/08).

uwzględniającego powództwo w przedmiotowej sprawie, jednak nie ulegało wątpliwości, że pozwany stosował klauzulę o treści i funkcji jednakowej, jak klauzule już wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych, a zatem w sposób rażąco naruszył art. 479⁴³ k.p.c.

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

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

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

Pozwany w uzasadnieniu sprzeciwu od wyroku zaocznego wskazał, że sporne postanowienie nie było tożsame z klauzulami wpisanymi do rejestru klauzul abuzywnych. Nie kształtowało praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, ani rażąco nie naruszało jego interesów. Zaprzeczył, że stosował instytucję doręczenia zastępczego. Wskazał, iż wszystkie swoje przesyłki wysyłał listami zwykłymi, a poleconymi nadawane były wyłącznie oświadczenia o negatywnej decyzji odnośnie objęcia ochroną ubezpieczeniową. Stosując przedmiotową klauzulę zapewnił bardziej dogodną pozycję dla swoich klientów niż gwarantował to art. 61 k.c., gdyż umożliwił odbiorcy zapoznanie się z oświadczeniem woli, co oznacza przesłanie przesyłki na podany adres. Przewidziany został bardzo długi, bo 30- dniowy okres, po upływie którego przesyłki uważało się za doręczone. Przesyłanie zaś listów poleconych było dużo bardziej kłopotliwe, bo wiązało się z konicznością ich odbioru na poczcie. Podał także, iż UOKiK w raporcie z 2006 r. wskazał, iż nie kwestionuje możliwości wprowadzenia domniemania doręczenia na korzyść zakładów

ubezpieczeń, a jedynym warunkiem jest zapewnienie równorzędności stron. Nadto raport UOKiK z 2010 r. nie wykazał nieprawidłowości spornego postanowienia. Wskazał również na brak jednolitości linii orzeczniczej w tym zakresie.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwestionowana klauzula stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. W świetle tego postanowienia o.w.u. pisma kierowane pod ostatnio znany adres korespondencyjny uważało się za doręczone i wywierające skutki prawne po upływie 30 dni od daty wysłania. Tymczasem, pomijając kwestię złożenia oświadczenia woli w postaci elektronicznej (art. 61 § 2 k.c.), oświadczenie woli, które ma być złożone innej osobie, jest złożone z chwilą, gdy doszło do niej w taki sposób, że mogła zapoznać się z jego treścią (art. 61 § 1 k.c.). Z art. 61 k.c. wynika, iż w sprawie składania oświadczenia woli ustawodawca przyjął teorię doręczenia. Według tej teorii dla przyjęcia, że oświadczenie woli zostało złożone innej osobie, istotna jest chwila dojścia treści tego oświadczenia do wiadomości tej osoby. Ze względu na interes i bezpieczeństwo obrotu oraz ułatwienia dowodowe domniemywa się, że adresat zapoznał się z treścią oświadczenia, gdy doszła do niego w taki sposób, iż powzięcie o nim wiadomości stało się możliwe. Z punktu widzenia skuteczności oświadczenia woli nieistotne jest zatem, czy i kiedy adresat zapoznał się z jego treścią. Wystarczające jest, że oświadczenie woli doszło do niego w sposób stwarzający mu realną możliwość zapoznania się z treścią oświadczenia⁴³. Oświadczenie woli uznaje się za skutecznie złożone również wtedy, gdy adresat mogąc zapoznać się z jego treścią, celowo tego nie uczynił⁴⁴, odmówił zapoznania się z nim⁴⁵ lub z własnej woli nie podjął przesyłki pocztowej zawierającej to oświadczenie⁴⁶. Innymi słowy, odmowa przyjęcia oświadczenia woli lub zaniechanie zapoznania się z nim nie wywołuje bowiem żadnych skutków prawnych⁴⁷.

W zakwestionowanej klauzuli skutek doręczenia był przewidziany w każdej sytuacji skierowania pisma, mimo że przepisy prawa przyjmują obowiązek jego faktycznego doręczenia w taki sposób, aby adresat miał możliwość zapoznania się z jego treścią. To na składającym oświadczenie woli spoczywa ciężar dowodu, że doszło ono do adresata w sposób umożliwiający mu – według zasad doświadczenia życiowego – zapoznanie się z jego treścią.

⁴³ Por. np. wyrok SN z dnia 19 października 1976 r. (sygn. akt I PR 125/76, LEX nr 14332), wyrok SN z dnia 6 listopada 1980 r. (sygn. akt I PRN 109/80, PiZS 1982/5/53), wyrok SN z dnia 15 stycznia 1990 r. (sygn. akt I CR 1410/89, LEX nr 9006), postanowienie SN z dnia 5 października 1995 r. (sygn. akt I CR 9/95, „Palestra” 1996/11-12/218), wyrok SN z dnia 18 grudnia 1996 r. (sygn. akt I CKU 44/96, „Prokuratura i Prawo” 1997/6/30, uchwałę SN z dnia 6 października 1998 r. (sygn. akt III ZP 31/98, OSNP 1999/3/80).

⁴⁴ Por. wyrok SN z dnia 16 marca 1995 r. (sygn. akt I PRN 2/95, OSNP 1995/18/229).

⁴⁵ Por. wyrok SN z dnia 23 stycznia 1998 r. (sygn. akt I PKN 501/97, OSNP 1999/1,/15).

⁴⁶ Por. wyrok SN z dnia 11 grudnia 1996 r. (sygn. akt I PKN 36/96, OSNP 1997/14,/251).

⁴⁷ Por. J. Strusińska-Żukowska, *Rozwiązanie stosunku pracy*, „Prawo Pracy” 1995, nr 10, s. 6 i nast.

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

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

Uwzględniając powyższe uznać należało, iż taki zapis wzorca naruszał prawa konsumenta, przerzucając w każdej sytuacji na klienta obowiązek wykazania, że przesyłki nie otrzymał (a więc nakładając obowiązek przedstawienia tzw. dowodu negatywnego, czyli niezgodnie z treścią art. 6 k.c.). Bez znaczenia było to, czy konsument mógłby łatwo (w prosty sposób) obalić „domniemanie” zawarte w tym postanowieniu, gdyż ubezpieczyciel – niezgodnie z przepisami prawa – nakładał na konsumenta obowiązek, którego przepisy prawa

nie przewidywały. Kwestionowana klauzula nie zawierała domniemania, ale fikcję prawną prawidłowego, a więc skutecznego doręczenia. Taki zapis oznaczał wywołanie skutku prawnego z określonym dniem, a nie domniemanie faktyczne, że mamy do czynienia z określonym zdarzeniem. Żaden zapis o.w.u. nie upoważniał konsumenta do „obalenia” tej fikcji. Wręcz przeciwnie, skutek doręczenia powstawał i ubezpieczyciel był uprawniony w stosunkach z konsumentami powołać się na ten skutek. SOKiK podkreślił przy tym, że żaden przepis prawa, żadna instytucja prawa cywilnego nie uprawniał jednej ze stron umowy do jednostronnego ustalania, czy dana przesyłka została drugiej stronie doręczona, a konkretnie – że nastąpił skutek prawny złożonego oświadczenia woli. W niniejszej sprawie ubezpieczyciel jednostronnie ustalił, że jego oświadczenie zostaje złożone skutecznie, a takiej możliwości nie daje mu żaden przepis prawa. Skuteczność i prawidłowość złożonego oświadczenia może być ustalana wyłącznie w odniesieniu do realiów konkretnej sprawy, a nie *a limine* przez jednostronne narzucenie konsumentowi klauzuli w tym przedmiocie.

Zdaniem SOKiK interes konsumentów został zdecydowanie narażony przez zastosowanie kwestionowanego postanowienia, gdyż konsument mógł zostać pozbawiony możliwości rzeczywistego zapoznania się z oświadczeniem pozwanego. To pozwany miał obowiązek wykazać, że przesyłka została doręczona konsumentowi, a nie konsument miał obowiązek udowodnić, że do doręczenia nie doszło. Nawet doręczenie przesyłki listem zwykłym będzie wywoływało skutki prawne, niezależnie czy takowe doręczenie w ogóle miało miejsce – wystarczy, że pozwany powołał się na dane podane przez klienta. Korzystanie przez pozwanego z korespondencji zwykłej, ale również wymagającej potwierdzenia odbioru, powinno odbywać się tylko i wyłącznie na jego ryzyko, co w szczególności dotyczy tej pierwszej korespondencji, gdyż nie zapewnia w żaden sposób doręczenia adresatowi. Tymczasem pozwany ryzyko to przerzucał na klientów, co rażąco naruszało ich prawa. Postanowienie umowne naruszało także dobre obyczaje, gdyż godziło w równowagę kontraktową stron. Kwestionowane postanowienie zastrzeżone zostało jedynie na rzecz pozwanego, z wykluczeniem jego klientów. Została zatem zakłócona zasada równouprawnienia stron umowy, co jest niezgodne z art. 385¹ k.c.

Kwestia nieodebrania oświadczenia przez adresata i przyczyn takiego stanu rzeczy może być rozpatrywana jedynie *ad casu*, a nie w sposób odgórny, narzucony przez jedną ze stron stosunku prawnego. Kwestionowana klauzula wykraczała bowiem poza uprawnienia, jakie przyznawały pozwanemu przepisy prawa, w sposób nieuzasadniony umacniając jego pozycję w stosunku do konsumentów. Bez znaczenia zaś pozostawało, co było celem

kwestionowanej klauzuli. Ustalenie abuzywności klauzuli odbywa się w oderwaniu od faktycznych sposobów jej stosowania i tego, jak dane postanowienie umowne rozumie przedsiębiorca i w jakim celu wprowadził je do wzorca umowy.

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

Rozszerzona prawomocność wyroku uwzględniającego powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone (art. 479⁴³ w zw. z art. 365 k.p.c.) nie wyłącza możliwości wytoczenia powództwa przez tego samego lub innego powoda – w tym także przez organizację społeczną działającą na rzecz ochrony interesów konsumentów – przeciwko innemu przedsiębiorcy, niebiorącemu udziału w postępowaniu, w którym zapadł wyrok, stosującemu takie same lub podobne postanowienia wzorca, jak wpisane do rejestru, o którym mowa w art. 479⁴⁵ § 2 k.p.c.⁴⁸ Możliwe więc było merytoryczne rozstrzygnięcie w niniejszej sprawie, jednak nie może ulegać wątpliwości, że pozwany stosował klauzulę o treści i sensie identycznym, jak klauzule już wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych. Celem prowadzonego rejestru jest wyeliminowanie z obrotu niedozwolonych postanowień umownych. W rejestrze tym przytacza się treść postanowień wzorców umowy, które zostały przez SOKiK uznane za niedozwolone. Obowiązuje w tym zakresie tzw. formalna jawność rejestru, oznaczająca, iż od chwili jego wpisania nikt nie może zasłaniać się nieznaną dokonywanych w nim wpisów (zob. art. 479⁴³ k.p.c.). Oznacza to, że postanowienia te są zakazane we wszystkich wzorcach umów, a zakaz stosowania niedozwolonych postanowień odnosi się do wszystkich przedsiębiorców nie tylko do tych, przeciwko którym zapadł wyrok SOKiK. Usunięcie z obrotu prawnego niedozwolonych postanowień wzorców ma nie tylko usunąć z obrotu prawnego takie postanowienia, lecz również uchronić konsumentów przed narażeniami na takie postanowienia w przyszłości w umowach zawieranych z innymi przedsiębiorcami. W związku z tym, że przedsiębiorcy stosują postanowienia, których istota jest taka sama, lecz konstrukcja gramatyczna czy szyk wyrazów w zdaniu są różne, istotne jest, aby zakaz stosowania niedozwolonych postanowień odnosił się również do postanowień podobnych. Nie ma więc uzasadnienia dla możliwości stosowania fikcji doręczenia dla doręczeń w obrocie z konsumentami. Nie uzasadnia tego również specyfika działalności pozwanego, gdyż prawidłowe (skuteczne) doręczenie pism jest istotne w przypadku

⁴⁸ Por. uchwałę SN z dnia 7 października 2008 r. (sygn. akt III CZP 80/08, OSNC 2009/9/118).

wykonywania każdego rodzaju umów. Klauzule wpisane do rejestru są tożsame treściowo z klauzulą objętą niniejszym pozwem, także przy uwzględnieniu innych postanowień wzorca umowy, o czym była mowa powyżej.

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

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny wyrokiem z dnia 6 marca 2013 r. (sygn. akt VI ACa 1241/12) oddalił apelację pozwanego. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie można było zgodzić się z zarzutem apelacji przekroczenia przez sąd I instancji granic swobodnej oceny dowodów polegającej na przyjęciu, że zakwestionowane postanowienie nie tylko nie obciążało pozwanego jako składającego oświadczenie woli ryzykiem niedojścia przedmiotowego oświadczenia do adresata, a wręcz przerzucało to ryzyko na adresata (konsumenta), nakładając na niego obowiązek wykazania w każdej sytuacji, że przesyłki nie otrzymał poprzez przedstawienie tzw. dowodu negatywnego, a więc niezgodnego z treścią art. 6 k.c. Zgodnie z ugruntowanym w orzecznictwie jak i doktrynie poglądem oświadczenia woli pomiędzy nieobecnymi powinny być w zasadzie kierowane do miejsca zamieszkania lub siedziby adresata, chyba że wskazał on inny adres dla doręczeń. Oświadczenia wysłane do tych miejsc (lokali) uważa się za złożone nawet wówczas, gdy osoba ta pod tym adresem już nie przebywa, ale nie pozostawiła informacji o nowym miejscu swego pobytu. Przyjmuje się, że negatywne konsekwencje niemożności skomunikowania się z osobą w miejscach, w których kontakt ten według wszelkiego prawdopodobieństwa powinien być możliwy, obciążają tę osobę, gdyż powinna ona zadbać o zapewnienie możliwości porozumiewania się z nią, np. za pośrednictwem wskazanych przez nią osób lub przez poinformowanie o nowym adresie. Zatem w przypadku zmiany adresu adresat korespondencji ponosi ryzyko niezapoznania się z jej treścią w sytuacji, gdy nie powiadomi nadawcy, z którym pozostaje w stałym stosunku o powyższej zmianie. Należy zaaprobować przytaczane przez pozwanego w apelacji argumenty dotyczące interpretacji art. 61 k.c. Istotnie z punktu widzenia skuteczności oświadczenia woli nieistotne jest to, czy i kiedy adresat zapoznał się z jego treścią. Wystarczające jest, że oświadczenie woli doszło do niego w sposób stwarzający mu realną możliwość zapoznania się z treścią oświadczenia. Dla prawidłowego stosowania art. 61 k.c. nie wymaga się zatem badania, czy adresat rzeczywiście zapoznał się z oświadczeniem woli, ale weryfikuje się, czy istniała taka możliwość.. Oświadczenie woli uznaje się za skutecznie złożone również wtedy, gdy adresat, mogąc zapoznać się z jego treścią, celowo tego nie uczynił i odmówił zapoznania się z nim lub z

własnej woli nie podjął przesyłki pocztowej zawierającej to. Odmowa przyjęcia oświadczenia woli lub zaniechanie zapoznania się z nim nie wywołuje bowiem żadnych skutków prawnych.

W ocenie Sądu Apelacyjnego pozwany jednak pomijał jeden, istotny element zakwestionowanego postanowienia, mianowicie, że zgodnie z tą klauzulą skutek prawny doręczenia ubezpieczonemu korespondencji następuje po upływie 30 dni od dnia wysłania. Zatem pozwany w ogóle nie wiązał skutku doręczenia z dojściem oświadczenia woli do adresata. Z zakwestionowanego postanowienia wynikało, że skutek doręczenia następuje zawsze, bez względu na to, czy przesyłka dotarła do adresata, czy np. zaginęła, co uniemożliwiało jej doręczenie adresatowi na jakikolwiek adres, czy z przyczyn losowych adresat nie podjął przesyłki. Tymczasem w świetle przepisu art. 61 k.c. zdarzeniem istotnym dla skuteczności oświadczenia woli jest jego dojście do adresata w taki sposób, aby mógł on zapoznać się z jego treścią. Nie było natomiast istotne to, kiedy oświadczenie woli zostało wyrażone albo wysłane do adresata. Samo sporządzenie pisma zawierającego oświadczenie woli nie może być uznane za złożenie oświadczenia woli w rozumieniu art. 61 k.c., chociażby nawet istniała możliwość faktycznego zapoznania się z treścią oświadczenia przez adresata, o ile nie nastąpiło przekazanie tego pisma z zamiarem wywołania skutków prawnych. W razie niedojścia wysłanego oświadczenia woli do adresata nie można zatem mówić o skutecznym jego złożeniu. W takim wypadku adresat nie ma bowiem możliwości zapoznania się z jego treścią, a to oznacza, że oświadczenie nie zostało skutecznie złożone i nie wywarło skutków prawnych. Zgodnie z art. 6 k.c. na składającym oświadczenie woli spoczywa ciężar dowodu, że jego oświadczenie doszło do adresata w taki sposób, że mógł się z nim zapoznać w normalnym toku czynności. Sformułowanie zakwestionowanego postanowienia natomiast prowadziło do wniosku, że to na ubezpieczonym spoczywał obowiązek wykazania, że oświadczenie woli wysłane przez pozwanego do niego nie dotarło, skoro skutek doręczenia wiązał pozwany już tylko z faktem wysłania korespondencji. W tej sytuacji pozwany, w ocenie Sądu I instancji, błędnie utożsamiał wysłanie korespondencji z jej doręczeniem na dotychczas znany pozwanemu adres. Błędnie również pozwany przyjął, że zakwestionowana klauzula wprowadzała domniemanie doręczenia korespondencji adresatowi. Instytucja domniemania prawnego, zdefiniowana w przepisie art. 234 k.p.c. konstruowana jest w oparciu o przepisy prawa materialnego a nie procesowego, a jej istota wyraża się w tym, że dowód określonego w normie prawnej faktu zastępuje dowód faktu, z którego dana osoba wywodzi skutki prawne albo bezpośrednio dowód istnienia określonego prawa, stosunku

prawnego lub jego istotnego elementu. Zatem rację miał Sąd I instancji uznając, że przedmiotowa klauzula przewidywała fikcję doręczenia a nie domniemanie doręczenia.

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

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

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

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

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

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

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

Klauzula nr 5544

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

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

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

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

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zgodnie z treścią art. 385¹ § 1 K.c. warunkiem badania określonego postanowienia umowy zawieranej z konsumentem pod kątem abuzywności jest, aby to postanowienie sformułowane w sposób jednoznaczny nie określało głównych świadczeń stron, w tym ceny lub wynagrodzenia. Niewątpliwie zgodnie z treścią art. 805 § 1 i 2 k.c. głównym świadczeniem ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia osobowego jest zapłata umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby

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

Zdaniem SOKiK postanowienie to było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interes konsumenta. Konsument zawierając umowę ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków na warunkach określonych w o.w.u. dowiadyuje się, iż ubezpieczenie obejmuje następstwa nieszczęśliwych wypadków w zakresie m.in. trwałego uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku nieszczęśliwego wypadku. Mógł zatem pozostawać w uzasadnionym przekonaniu, iż świadczenie ubezpieczyciela będzie pozostawało w związku z doznanym uszczerbkiem na zdrowiu, w tym znaczeniu, że im uszczerbek będzie poważniejszy, tym otrzymane świadczenie będzie wyższe. Jak już wyżej wspomniano pozwany wyraźnie ugruntowywał takie intuicyjne przekonanie konsumenta poprzez uszeregowanie rodzajów doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu i przypisanie im określonej wielkości procentowej sumy ubezpieczenia, jako wyznacznika wysokości

świadczenia. Jest oczywiste, że okoliczność doznania kilku uszczerbków na zdrowiu w wyniku jednego zdarzenia wpływa na ogólny stan zdrowia w ten sposób, że go pogarsza. Następstwa wypadku są zatem poważniejsze. Tymczasem zakwestionowana regulacja prowadziła do sytuacji, w której świadczenie ubezpieczyciela pomimo że następstwa wypadku są poważniejsze, ulegało zmniejszeniu. Jest to ewidentnie nieuczciwe postanowienie, które zaburzało równowagę stron stosunku umownego, nie pozwalając na realizację takich wartości jak szacunek wobec partnera, uczciwość, szczerłość, zaufanie, lojalność, rzetelność i fachowość. Tak bowiem powinny zostać zakwalifikowane wszelkie postanowienia, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku umownego, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy. SOKiK wskazał, iż z niektórymi poglądami doktryny, świadczenie ubezpieczyciela (będące ekwiwalentem umownego obowiązku uiszczenia składki) polega na ponoszeniu ryzyka pokrycia określonych strat. Ryzyko to w niniejszej sprawie pozwany w sposób nieuzasadniony ograniczał, albowiem jego świadczenie umowne pomimo wystąpienia poważniejszego zdarzenia (a więc zrealizowania się poważniejszego ryzyka) – ulegało zmniejszeniu. Zakwestionowana klauzula w ocenie Sądu była też obliczona na zwiększenie zysku z prowadzonej działalności, kosztem ubezpieczonych. Z doświadczenia życiowego wynika, iż częściej występującymi następstwami nieszczęśliwych wypadków są właśnie owe mniej poważne uszczerbki (złamania), niż całkowite trwałe uszczerbki na zdrowiu (amputacje, utrata wzroku, słuchu, mowy). Masowość takich zdarzeń może mieć globalny wpływ na stopień opłacalności prowadzonej działalności gospodarczej, skoro pozwany stosował w zaskarżonym wzorcu zasadę „absorbacji”, a więc ograniczał wypłatę świadczeń za wystąpienie części z nich. Rację miał przy tym powód, iż zakwestionowana klauzula, pomimo jej jednoznacznego sformułowania w kontekście treści całego wzorca była obliczona na wprowadzenie w błąd konsumenta oraz wykorzystanie jego naiwności i braku wystarczającej wiedzy prawniczej. Rażące naruszenie interesu konsumenta wyraża się w braku możliwości uzyskania świadczenia umownego, zgodnego z istotą i celem umowy oraz związanych z tym przykrości i zawodzie. Sąd Okręgowy nie neguje przy tym, iż świadczenia z umów ubezpieczeń osobowych nie mają charakteru odszkodowawczego czy kompensacyjnego. Jednakże zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 23 kwietnia 1965 r. (sygn. akt III PO 3/65, OSNC 1965/12/198) kwota wypłacona pokrzywdzonemu powinna być proporcjonalna do stopnia inwalidztwa.

Klauzula nr 5567

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

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

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385³ pkt 8 i pkt 9 k.c. Zakwestionowane postanowienie było klauzulą przyznającą ubezpieczycielowi prawo do arbitralnych decyzji w sprawie dokonania wypłaty. Uprzywilejowało kontrahenta konsumenta, pozbawiając wolę konsumenta wszelkiego znaczenia. Zgodnie ze słownikiem pojęć o.w.u. „umowa główna to umowa ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym”. Kwestionowany zapis zawarty był w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym. Przedmiotem ubezpieczenia było życie ubezpieczonego. Zgodnie z o.w.u. obowiązkiem ubezpieczyciela była wypłata świadczenia, alokacja każdej składki podstawowej, dodatkowej oraz lokacyjnej. Natomiast ubezpieczający został zobowiązany do opłacania składki całkowitej w wysokościach i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia. W myśl słownika o.w.u. za składkę całkowitą uznawało się sumę składki podstawowej i składek na umowy dodatkowe wpłacane na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela. W o.w.u. przewidziano składki dodatkowe i składki lokacyjne; pierwsze w celu dopisania dodatkowych jednostek uczestnictwa do rachunku głównego, drugie w celu dopisania jednostek uczestnictwa do rachunku lokacyjnego. Rachunek główny stanowił rachunek jednostek uczestnictwa utworzony dla umowy głównej, do którego dopisywane są jednostki uczestnictwa zakupione za składki podstawowe i dodatkowe. Innymi słowy, składki podstawowe i dodatkowe generowały jednostki uczestnictwa na rachunku głównym, a składki lokacyjne – jednostki uczestnictwa na rachunku lokacyjnym. Wszystkie składki razem (podstawowa, dodatkowa i lokacyjna) podlegały alokacji w fundusze. Zgodnie z o.w.u. ubezpieczający wskazywał fundusze, w które miała być ulokowana składka podstawowa, dodatkowa i lokacyjna.

Kwestionowany zapis dotyczył wypłaty z rachunku głównego na wniosek ubezpieczającego poddany ocenie ubezpieczyciela. Co do zasady umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest umową ubezpieczenia, co wynika z bardzo szerokiej definicji tej umowy zawartej w art. 805 k.c. Immanentną cechą umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest wyraźne wyodrębnienie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego oraz jego odrębne administrowanie. Połączenie umowy ubezpieczenia na życie z inwestowaniem rodzi problem klasyfikacji konkretnych stosunków prawnych w zależności jak zostały sformułowane konkretne postanowienia umów. W literaturze przedmiotu na podstawie analizy wzorców umownych umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zdefiniowano przedmiotowo istotne elementy tej umowy i przedstawiono jej definicję. Zgodnie z nią, poprzez umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ubezpieczyciel zobowiązuje się do wypłaty świadczeń pieniężnych – sumy ubezpieczenia lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku i wypłaty innych świadczeń – wartości wykupu na wniosek ubezpieczającego oraz do lokowania pochodzących ze składek aktywów zgromadzonych w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym na ryzyko ubezpieczającego, a ubezpieczający zobowiązuje się do zapłaty składki ubezpieczeniowej i, w ramach środków pochodzących ze składek, ponoszenia kosztów związanych z funkcjonowaniem ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Podkreśla się dualizm regulacji; prawa i obowiązki stron składają się w części z elementów charakterystycznych dla umowy ubezpieczenia, a w części z nieznanymi obowiązującemu porządkowi prawnemu nowych regulacji, które nadają umowie indywidualny charakter. W związku z powyższym należy uznać, że badana umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie odpowiada żadnemu ustawowemu typowi umowy ubezpieczenia, co w konsekwencji oznacza, że jest umową nienazwaną⁴⁹.

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

⁴⁹ Por. M. Szczepańska, *Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym*, LEX 2011.

określane jako wykup całkowity i wykup częściowy. Były to też świadczenia, które nie zostały zdefiniowane w przepisach prawa.

Przyjmuje się, że wykup całkowity stanowi formę wypłaty wszystkich środków zgromadzonych w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym lub funduszach. Jest to suma pieniężna odpowiadająca wartości przeliczeniowej aktywów netto na wszystkie jednostki funduszu w jednym funduszu lub we wszystkich ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych, w których jednostki posiada ubezpieczający. Jest to świadczenie jednorazowe zakładu ubezpieczeń. Realizacja obowiązku wypłaty tego świadczenia następuje poprzez wykup jednostek przez ubezpieczyciela. Sama operacja wykupu stanowi moment ustalenia obowiązku spełnienia świadczenia pieniężnego przez ubezpieczyciela, a wypłata należnej z tego tytułu kwoty pieniężnej następuje z reguły w późniejszym terminie. Kwota wypłacana osobie uprawnionej może być pomniejszona o opłatę z tytułu wykupu. Wypłata tego świadczenia powoduje co do zasady wygaśnięcie stosunku ubezpieczenia⁵⁰.

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

W niniejszym postanowieniu użyto sformułowania „wypłata” a nie „wykup”. Natomiast w innym postanowieniu o.w.u. przewidziano regulacje dla określenia wysokości wartości wykupu. Z kolei w słowniku pojęć „wartość wykupu” była to kwota, którą ubezpieczyciel wypłacał ubezpieczającemu albo jego prawnym spadkobiercom w przypadkach określonych w warunkach. I ta wartość wykupu zgodnie z o.w.u. mogą powodować wygaśnięcie umowy głównej. Postanowienie, jak słusznie wskazał powód, zawierało element ocenny i tę ocenę arbitralnie przyznał sobie pozwany. Stanowiło to naruszenie równowagi kontraktowej i dysproporcje praw, gdyż ubezpieczyciel zagwarantował sobie prawo decydowania o losie umowy głównej, w sytuacji gdy z punktu widzenia podziału zobowiązań na tzw. zobowiązania rezultatu i zobowiązania starannego działania, świadczenie ubezpieczyciela w postaci lokowania aktywów funduszu należy zakwalifikować jako zobowiązanie starannego działania. Ubezpieczający lokował swoje środki a ubezpieczyciel

⁵⁰ *Ibidem.*

zobowiązywał się jedynie do rozwinięcia działalności w określonym kierunku i do dołożenia ze swej strony starań koniecznych do tego, aby oznaczony cel mógł być osiągnięty, lecz nie zobowiązuje się, że cel ten zostanie zrealizowany. W tego rodzaju zobowiązaniach cel pozostawał poza ich treścią. To ubezpieczający powinien mieć prawo decydowania o losie umowy. Słusznie wskazywał powód, że skoro wykup całkowity może doprowadzić do wygaśnięcia umowy i jest dopuszczalny, to strona umowy mogła realizować swe uprawnienia w mniejszym zakresie przez wykup częściowy. W niniejszej sprawie o.w.u. nie stanowiły o wykupie całkowitym i częściowym, więc tym bardziej ocena wniosku nie mogła być przejmowana przez ubezpieczyciela, skoro dysponentem umowy i środków był ubezpieczający. Do niego należała ocena, czy chce utrzymania polisy w mocy. Dodatkowo omawiana klauzula była sprzeczna z zasadą transparentności (art. 385 § 2 k.c.), czyli nakazem formułowania postanowień w sposób zrozumiały i jednoznaczny. Konsument poznawał rzeczywiste znaczenie swego wniosku o wypłatę, dopiero w kontekście innych zapisów o.w.u., gdzie pojawiała się terminologia wykupu. Pozostawała jednak wątpliwość, czy wypłata z rachunku jest tożsama z wykupem.

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

Klauzula nr 5568

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

„Art. 30. WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO 6. Kwota wypłaty z rachunku głównego nie może być mniejsza od kwoty zawartej w Tabeli limitów i opłat, obowiązującej w dniu akceptacji wniosku o taką wypłatę, a jednocześnie nie może być większa od kwoty ustalonej na podstawie postanowień ust. 7”.

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

Powód zarzucił temu postanowieniom naruszenie zasady ochrony trwałości prawnego stosunku ubezpieczenia na życie w sytuacji spadku wartości jednostek uczestnictwa

ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, związanych z niekorzystną sytuacją na rynkach finansowych, skłaniając ubezpieczającego do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Pozwany stwierdził, że określenie minimalnych kwot wiązało się z racjonalizacją kosztów.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385³ pkt 8 i pkt 9 k.c. Przyjmując, że umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ma charakter oszczędnościowy, należy uznać, że element inwestycyjny umowy uprawnia ubezpieczającego do swobodnego dysponowania środkami. W ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zakłady ubezpieczeń są inwestorami instytucjonalnymi. W literaturze przedmiotu wprowadzono klasyfikację inwestorów instytucjonalnych na inwestorów bankowych i instytucje niebankowe. Zakłady ubezpieczeń należą do grupy pozabankowych instytucji finansowych, które nie mają prawa tworzenia pieniądza (udzielania kredytu) przy zastosowaniu formuły mnożnika kreacji pieniądza. Działalność tych instytucji polega na dokonywaniu prostej transformacji oszczędności w kapitał⁵¹. Zakłady ubezpieczeń umożliwiają osobom, które chcą zainwestować zgromadzone środki, zawieranie umów o charakterze oszczędnościowym i inwestycyjnym. Inwestowanie za pośrednictwem ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego pozwala na osiągnięcie dwóch podstawowych celów. Po pierwsze, inwestorzy mają możliwość uzyskiwania dochodów z lokat, które nie byłyby dostępne dla każdego z nich indywidualnie ze względu na brak odpowiednio dużego kapitału. Drugim celem ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jest znaczne ograniczenie kosztów dokonywanej transakcji ze względu na dokonywanie operacji finansowych na dużą skalę⁵².

Ubezpieczający zawierający umowę ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym nie zawiera z ubezpieczycielem odrębnej umowy o zarządzanie aktywami. Ubezpieczający nie ma wpływu na sposób lokowania środków zgromadzonych w funduszach, ani poprzez określenie lub zmianę polityki inwestycyjnej funduszu, ani poprzez wpływ na poszczególne decyzje inwestycyjne. Ubezpieczający może wносить środki do funduszu jedynie w formie pieniężnej. Cechą charakterystyczną dla umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest zasada, że działalność lokacyjna funduszu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego. W takiej sytuacji nie można ograniczać prawa ubezpieczającego kwotami wypłaty, ani minimalnymi ani

⁵¹ S. Owsiak, *Podstawy nauki finansów*, Warszawa 2000, s. 227.

⁵² Por. K. Gabryelczyk, *Fundusze inwestycyjne - rodzaje, zasady funkcjonowania, efektywność*, Kraków 2006, s. 15.

maksymalnymi. Od ubezpieczającego zależy, czy chce kontynuacji umowy czy decyduje się na wypłatę prowadzącą do wygaśnięcia umowy.

Klauzula nr 5569

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

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

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

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

Klauzula nr 5570

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

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

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

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej wymienionej w art. 385³ pkt 8 k.c. Zgodnie z o.w.u. odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej kończyła się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczyciel wypłacał świadczenie na zasadach określonych w warunkach. Zdarzeniem

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

Klauzula nr 5571

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

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

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

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

Klauzula nr 5572

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

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

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

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

Klauzula nr 5573

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

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

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

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

Klauzula nr 5574

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

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

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

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

Klauzula nr 5608

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

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

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

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

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

Stosowane przez pozwanego wzorce umowne nie zawierały definicji opłaty likwidacyjnej. O.w.u. zawierały jedynie zapis, że ubezpieczyciel pobiera taką opłatę. Wysokość przedmiotowej opłaty została określona natomiast w pkt 11 „karty parametrów”. Zapis § 21 ust. 1 o.w.u. określał, że opłata likwidacyjna ustalana była procentowo i pobierana z każdego Subkonta, według udziału wartości jednostek funduszu danego subkonta w wartości rachunku. W odpowiedzi na pozew jak również w toku postępowania sądowego pozwany nie wskazał w sposób wyraźny za jakie jej świadczenia pobierana jest przedmiotowa opłata likwidacyjna, tłumacząc konieczność jej pobierania potrzebą uniknięcia poniesienia straty związanej z daną umową. Opłata likwidacyjna pobierana była w razie rozwiązania umowy a podstawę jej naliczenia stanowi stan rachunku podstawowego. Opłata ta była określona w sposób ryczałtowy. Z uwagi na fakt, że opłata likwidacyjna była stosowana czasowo nie miała ona charakteru kary umownej. W o.w.u brak było zapisu, który wskazywałby na funkcje kompensacyjną opłaty likwidacyjnej.

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

W ocenie SOKiK postanowienie umowne przewidujące obowiązek spełnienia przez konsumenta na rzecz oferenta świadczenia, bez określenia jego charakteru lub ewentualnego świadczenia wzajemnego jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interes konsumentów. W rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. „rażące naruszenie interesów konsumenta” oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym, natomiast „działanie wbrew dobrym obyczajom” w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku. Obie, wskazane w tym przepisie, formuły prawne służą do oceny tego, czy standardowe klauzule umowne zawarte we wzorcu umownym przekraczają zakres określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta⁵³. W kontekście powyższego objęte pozwem postanowienie umowne wzorca stosowanego przez pozwanego, zdaniem SOKiK, w sposób nieusprawiedliwiony nakładało na konsumenta obowiązek płacenia opłaty likwidacyjnej bez możliwości określenia jakie świadczenie wzajemne ze strony pozwanej mu się należy. Konsument nie miał zatem możliwości stwierdzenia, czy jego świadczenie jest ekwiwalentne i uzasadnione. Godziło to w zasadę równowagi kontraktowej stron, uniemożliwiając konsumentowi ochronę jego praw. Pozwany dysponuje natomiast prostym mechanizmem naliczania tej opłaty i fizycznego jej pobierania w drodze potrąceń. Tego rodzaju dysproporcja praw przekraczała zakres określone przez ustawodawcę granice rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta.

Wobec powyższego, w ocenie SOKiK, objęta sporem klauzula rażąco naruszała interes ekonomiczny konsumenta, który został obciążony opłatą nie mającą odzwierciedlenia w przepisach prawa. Dochodzi zatem jednocześnie do ukształtowania obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i wykorzystania jego słabej pozycji w stosunku umownym. Wskazane okoliczności uzasadniają zatem twierdzenie, iż przedmiotowe

⁵³ Por. wyrok SN z dnia 13 lipca 2005 r. (sygn. akt I CK 832/04).

postanowienie nie uwzględniało i nie zabezpieczało interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, co prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Zakwestionowany zapis bezsprzecznie zatem, w ocenie SOKiK, kształtował prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy.

Opracował:

Paweł Wawszczak, główny specjalista w Wydziale Prawnym Biura Rzecznika Ubezpieczonych.