

Sygn. akt VI GC 1184/15/3

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 maja 2016 r.

Sąd Rejonowy w Tychach Wydział VI Gospodarczy

w składzie następującym:

Przewodniczący: SSR Jolanta Brzęk

Protokolant: st. sekr. sądowy Aleksandra Nyga

po rozpoznaniu w dniu 28 kwietnia 2016 r. w Tychach

na rozprawie

sprawy z powództwa: (...) w T.

przeciwko: (...) Towarzystwo (...)

(...) S.A. w P.

o zapłatę

1) zasądza od pozwanego (...) S.A. w P. na rzecz powoda (...)w T. kwotę 65 663,89 zł (sześćdziesiąt pięć tysięcy sześćset sześćdziesiąt trzy złote osiemdziesiąt dziewięć groszy) wraz z odsetkami ustawowymi liczonymi od dnia 16 września 2015 r. do dnia zapłaty;

2) zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 6 901 zł (sześć tysięcy dziewięćset jeden złoty) tytułem zwrotu kosztów procesu.

SSR Jolanta Brzęk

Sygn. akt VI GC 1184/15/3

UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 22 października 2015 roku (data stempla pocztowego) powód (...)w T. wniósł o zasądzenie od pozwanego (...) S.A. w P. kwoty 65 663,89 zł z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 16 września 2015 roku do dnia zapłaty i kosztami postępowania.

W uzasadnieniu powód wskazał, że w dniu 4 marca 2013 r. zawarł z pozwanym umowę agencyjną na mocy której był uprawniony do pośredniczenia przy zawieraniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia w imieniu i na rzecz pozwanej w zakresie udzielonego umocowania. Dodał, że jednym z typów umów ubezpieczenia, którą mógł zawierać były grupowe (...). Powód Wyjaśnił, że w dniu 5 września 2014 r. zawarł z A. Ć. (1) (kredytobiorca) umowę kredytu gotówkowego (...), którego zabezpieczeniem było m. in. ubezpieczenie ryzyka śmierci kredytobiorcy. Powód wskazał, że w dniu 6 grudnia 2014 r. kredytobiorca zmarł. Powód w związku z powyższym zwrócił się do pozwanego o wypłatę świadczenia należnego z tyt. wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego, tj. śmierci kredytobiorcy. Pozwana jednak odmówiła wskazując na istnienie podstawy do wyłączenia.

W dniu 22 października 2015 roku Sąd Rejonowy w Tychach Wydział VI Gospodarczy wydał w sprawie VI GNc 2472/15/3 nakaz zapłaty w postępowaniu upominawczym, w którym zasądził zgodnie z żądaniem pozwu.

W przepisany terminie pozwany (...) S.A. w P. wniósł sprzeciw od nakazu zapłaty zaskarżając go w całości, wnosząc o oddalenie powództwa oraz zasądzenie kosztów postępowania.

W uzasadnieniu pozwany w pierwszej kolejności przyznała, że ochrona ubezpieczeniowa była świadczona przez pozwanego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, do której A. Ć. (1) przystąpił w dniu 5 września 2014 r. Pozwana podniosła, że podstawę odmowy wypłaty świadczenia na rzecz powoda stanowił §18 ust 1 lit. f swu. Pozwana wskazała, że przyczyną śmierci A. Ć. (1) był zawał mięśnia sercowego wywołany zatorom tętnicy, co w konsekwencji doprowadziło do niewydolności krążeniowo – oddechowej. Pozwana dodała, że A. Ć. (1) miał problemy z układem krążenia i leczył się w tym zakresie na długo przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W ocenie pozwanej okoliczności śmierci ubezpieczonego przemawiają wyraźnie za słuszością zastosowanego wyłączenia. Zdaniem pozwanej zator tętnicy i zawał, które spowodowały zgon ubezpieczonego, pozostają w ścisłym związku z zaburzeniami rytmu serca ubezpieczonego – w postaci migotania komór i trzepotania przedsionków, jak również z występującym u niego nadciśnieniem tętniczym.

Sąd ustalił, co następuje:

Powód (...)w T. w dniu 4 marca 2013 r. zawarł z pozwaną (...) S.A. w P. umowę agencyjną nr (...). Na mocy przedmiotowej umowy powód był uprawniony do pośredniczenia przy zawieraniu i wykonywaniu umów ubezpieczenia w imieniu, na rzecz pozwanej w zakresie udzielonego umocowania (§ 3 umowy agencyjnej). Jednym z typów umów ubezpieczenia, którą zawierać mógł powód były grupowe (...) (załącznik nr 4 do umowy agencyjnej).

dowód: umowa agencyjna (k.14-17), załączniki (k.18-19verte), upoważnienie agenta (k.20.)

W dniu 5 września 2014 r. powód (...)w T. zawarł z A. Ć. (1) umowę kredytu gotówkowego (...). Zabezpieczeniem kredytu była m. in. umowa ubezpieczenia ryzyka śmierci A. Ć. (1). Ochrona ubezpieczeniowa była świadczona przez pozwaną (...) S.A. w P. w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, do której A. Ć. (1) przystąpił w dniu 5 września 2014 r. Integralną część umowy stanowiły Szczegółowe Warunki Grupowego (...) Na (...). Przedmiotem ochrony w ramach zawartej umowy było życie ubezpieczonego A. Ć. (1) (§ 5 lit. a swu). Zgodnie z § 6 ust 1 (...) pozwana w przypadku zajścia wypadku ubezpieczeniowego w postaci śmierci ubezpieczonego, zobowiązana była wypłacić świadczenie w wysokości odpowiadającej sumie niezaspokojonych rat kapitałowych przypadających zgodnie z harmonogramem spłat, w dniu zajścia wypadku ubezpieczeniowego, z wyłączeniem zaległych rat, jakichkolwiek odsetek, kar umownych ani kosztów związanych z zawarciem czy obsługą kredytu. W § 18 ust. 1 lit f swu (tyt. Wyłączenia w ochronie ubezpieczeniowej) przyjęto, że w odniesieniu do ryzyka śmierci Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w okresie trzech lat od przystąpienia do ubezpieczenia i był konsekwencją bezpośrednią lub pośrednią choroby istniejącej i zdiagnozowanej przed objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

dowód: umowa agencyjna (k.14-17), załączniki (k.18-19verte), upoważnienie agenta (k.20), deklaracja (k.24), ogólne warunki (k.25-27).

W dniu 6 grudnia 2014 r. kredytobiorca A. Ć. (1) zmarł. Przyczyną zgonu był nagły zawał mięśnia sercowego. Zmarły A. Ć. (1) nie miał choroby migotania przedsionek oraz przewlekłego nadciśnienia tętniczego. U zmarłego A. Ć. (1) występowały w tym zakresie okresowe zaburzenia niewymagające intensywnego leczenia i dalszej diagnostyki. W dacie śmierci A. Ć. (1) kwota zadłużenia wynosiła 65 663,89 zł. Wnioskiem z dnia 13 stycznia 2015 r. powód (...)w T. wystąpił do pozwanej (...) S.A. w P. o zapłatę kwoty 65 663,89 zł. W wyniku prowadzonego postępowania likwidacyjnego pozwana odmówiła przyjęcia odpowiedzialności i wypłaty świadczenia z tyt. śmierci A. Ć. (1).

dowód: zeznania świadek M. K. (k.99-101), karta zgonu (k. 28), kopia dokumentacji medycznej (k.39-69), kopia karty informacyjnej (k.70-71), harmonogram spłat (k.29-30), zaświadczenie (k.31), wniosek o wypłatę (k.35-36), pismo pozwanego (k.32), odwołanie (k.33), pismo pozwanego (k.34).

Powyższe ustalenia poczynione zostały w oparciu o powołane dowody z dokumentów, które Sąd uznał za wiarygodne w całości. Należy podkreślić, że powołana dokumentacja, pomimo iż pochodziła z różnych źródeł przedstawiała spójny obraz przebiegu wydarzeń, który był prawdopodobny w świetle zasad logicznego rozumowania i doświadczenia życiowego.

Sąd uwzględnił również zeznania świadka M. K. (k. 99-101) w ocenie Sądu zeznaniom ww. świadka należało dać wiarę, jako że w sposób spójny przedstawiały one okoliczności istotne dla rozstrzygnięcia przedmiotowej sprawy i zastosowały w zgodzie z dowodami z dokumentów.

Sąd oddalił wnioski o dowód z opinii biegłego sądowego złożony w różnym zakresie przez obie strony albowiem nie miał znaczenia dla rozstrzygnięcia w sprawie żaden z nich. Dokumentacja medyczna oraz zeznania lekarza prowadzącego zmarłego ubezpieczonego, wystarczająco wskazały stan zdrowia ubezpieczonego przed zgonem. Świadek wskazała też na jakiej podstawie jako przyczynę zgonu wskazała zawał i z czego to wynika. Rozstrzygnięcie w sprawie zależało od ceny prawnej umowy i ogólnych warunków

Sąd zważył, co następuje:

Powództwo wytoczone w niniejszej sprawie przez (...)w T. przeciwko (...) S.A. w P. zasługiwało na uwzględnienie w całości.

Okoliczności sprawy związane z zawarciem umowy kredytu przez A. Ć. (1) z powodem jak i przystąpienie A. Ć. (2) do umowy grupowego ubezpieczenia na życie kredytobiorców zgodnie z deklaracją z dnia 5 września 2015 r. nie były sporne. Spór pomiędzy stronami dotyczył w zasadzie wyłącznie kwestii związanych z ustaleniem przyczyny zgonu A. Ć. (2) jak i kwestii prawnych, tj. dotyczących obowiązywania § 18 ust. 1 lit. f Szczegółowych Warunków Grupowego (...).

Sąd w pierwszej kolejności wskazuje, iż to na pozwanej spoczywał ciężar dowodu w zakresie przesłanek uchylających jej odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia. W okresie ubezpieczenia doszło do zgonu A. Ć. (2) - bezsporne. Pozwana, która powoływała okoliczności uzasadniające odmowę wypłaty świadczenia, winna była je wykazać. W ocenie Sądu pozwana tego nie uczyniła. Pozwana stała na stanowisku, że przyczyną śmierci A. Ć. (1) był zawał mięśnia sercowego wywołany zatorom tętnicy, co w konsekwencji doprowadziło do niewydolności krążeniowo-oddechowej, co z kolei miało świadczyć o zasadności odmowy wypłaty świadczenia w oparciu o § 18 ust. 1 lit. f Szczegółowych Warunków Grupowego (...).

Świadek M. K. (lekarz rodziny, u której leczył się zmarły A. Ć. (1)) powołana na okoliczność ustalenia przyczyn śmierci A. Ć. (1) wskazała, że przyczyną zgonu był nagły zawał mięśnia sercowego. Dodała również, że zmarły A. Ć. (1) nie miał choroby migotania przedsionków oraz przewlekłego nadciśnienia tętniczego. Przyznała wprawdzie, że u zmarłego A. Ć. (1) występowały w tym zakresie okresowe zaburzenia jednak nie wymagały one intensywnego leczenia i dalszej diagnostyki. Stwierdziła też, że jako przyczynę zgonu w domu podaje się tylko albo zawał, albo przewlekłą chorobę śmiertelną np. nowotwór. Tylko sekcja zwłok może wskazać dokładniejsze przyczyny, ale może się też zdarzyć, że nawet sekcja zwłok nie ujawni dokładnej przyczyny. Zatem mając powyższe na uwadze, uznać należy że pozwana nie dowiodła w jakikolwiek sposób aby faktyczną przyczyną zgonu mogła być choroba przez nią wskazywana. Należy wskazać, że zgodnie z treścią art. 6 k.c. ciężar udowodnienia faktu spoczywa na stronie, która z tego faktu wywodzi skutki prawne. W ocenie Sądu pozwana warunkom tym nie sprostała.

Abstrahując jednak od powyższego należy wskazać, że art. 815 k.c. stanowi, że ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie

zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne (§ 1). W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w paragrafach poprzedzających spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek (§ 2¹). Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia paragrafów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym (§ 3).

Dodatkowo, w umowach ubezpieczenia na życie, jeżeli do wypadku doszło po upływie trzech lat od zawarcia umowy, ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej (art. 834 k.c.), przy czym przepis ten ma charakter semi-imperatywny, gdyż umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić powyższy termin. Nie mogą go jednak niewątpliwie wydłużyć. Wszystkie trzy zacytowane wyżej paragrafy art. 815 k.c. stanowią ius cogens.

Uregulowanie zawarte w art. 815 k.c. i zmodyfikowane przez art. 834 k.c. w zakresie ubezpieczeń na życie niewątpliwie wiąże się z potrzebą oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela. Ma umożliwić mu podjęcie decyzji co do udzielenia ochrony a także kalkulacji składki. Przyjmuje się, że ubezpieczający lub ubezpieczony musi podać do wiadomości ubezpieczyciela wyłącznie te okoliczności, o które był pytany. Ujemne konsekwencje błędnie lub nieprecyzyjnie sformułowanego pytania albo braku określonego pytania ponosi zatem wyłącznie ubezpieczyciel. Zwrócenie się z pytaniem o określoną okoliczność przesądza zarazem, że jest ona istotna dla oceny wielkości ubezpieczonego ryzyka oraz że ubezpieczający powinien udzielić ubezpieczycielowi wszystkich posiadanych informacji o niej. W doktrynie podkreśla się, że w procesie dokonywanego przed zawarciem umowy ubezpieczenia oceny ryzyka, chodzi nie tylko o decyzję ubezpieczyciela, czy osobę deklarującą zamiar objęcia jej ochroną ubezpieczeniową przyjąć do ubezpieczenia na zwykłych warunkach ubezpieczenia czy też na warunkach specjalnych lub w ogóle odmówić przyjęcia do ubezpieczenia, ale również o deklarację okoliczności, które w świetle warunków umowy ubezpieczenia wyłączają lub ograniczają prawo do świadczenia ubezpieczyciela.

W niniejszej sprawie pozwany, który oferował ubezpieczenia na życie i związane z nimi ubezpieczenia dodatkowe, gdzie przedmiotem ochrony jest zdrowie, zaniechał jakichkolwiek kroków w celu pozyskania informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych przed objęciem ich ochroną. Mimo to, w ogólnych warunkach ubezpieczenia zawarł klauzule szeroko ograniczające jego odpowiedzialność. Ta praktyka budzi zasadnicze wątpliwości. Podważa ona bowiem sens art. 815 § 1 in fine i § 3 k.c. Sens całej regulacji zdaje się bowiem sprowadzać nie tylko do umożliwienia ubezpieczycielowi oceny ryzyka, ale także przejawia się w tym, że ubezpieczyciel zwraca klientowi uwagę na okoliczności, które mogą mieć znaczenie dla zakresu odpowiedzialności.

Pozwany tymczasem odstępuje od jakichkolwiek ustaleń co do stanu zdrowia ubezpieczonych przed objęciem ich ubezpieczeniem, co więcej wzbudza w przyszłych ubezpieczonych przekonanie, że stan ich zdrowia nie ma znaczenia dla udzielenia ochrony ubezpieczeniowej. Jednocześnie w ogólnych warunkach ubezpieczenia szeroko wyłącza swoją odpowiedzialność, używając nader ogólnych sformułowań. Istotne w tej sprawie wyłączenie brzmi następująco:

„§ 18 ust 1 lit f w odniesieniu do ryzyka śmierci Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy nastąpił w okresie trzech lat od przystąpienia do ubezpieczenia i był konsekwencją bezpośrednią lub pośrednią choroby istniejącej i zdiagnozowanej przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową”.

W ocenie Sądu, możliwość tak ogólnikowego wyłączenia odpowiedzialności i to bez zapytania ubezpieczonego lub ubezpieczającego o konkretne schorzenia, jest sprzeczne z treścią art. 815 k.c. a także art. 834 k.c. Ubezpieczyciel, zamiast zadać sobie trud rozeznania w sytuacji zdrowotnej ubezpieczonego, poprzestał na ogólnym wyłączeniu odpowiedzialności za zdarzenia, które pozostają w związku ze stanem zdrowia ubezpieczonego sprzed daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodnie z treścią tych przepisów oraz zgodnie z orzecznictwem Sądu Najwyższego, to, że pozwany nie zapytał ubezpieczonego, lub zawarł umowę mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania (art.

815 § 1 k.c. zd. trzecie) nie może rodzić ujemnych skutków dla ubezpieczonego. W przeciwnym wypadku całe ryzyko, że wypadek wynikał z chorób istniejących przed dniem zawarcia umowy, obciążałoby drugą stronę i to bezterminowo, tj. również wówczas, gdy wypadek ubezpieczeniowy nastąpiłby po wielu latach kontynuowania umowy i opłacania składek. Z tego względu budzi uzasadnione wątpliwości zgodność z art. 815 k.c. takich postanowień ogólnych warunków umów, które pozwalają ubezpieczycielowi bez zadania pytań o okoliczności istotne dla oceny ryzyka wyłączyć jego odpowiedzialność za przyszłe skutki tych okoliczności, szczególnie w ubezpieczeniach, w których przedmiotem ochrony jest życie lub zdrowie. Skoro bowiem przepisy Kodeksu cywilnego określają przesłanki, jakie muszą być spełnione, aby ubezpieczyciel mógł odmówić wypłaty odszkodowania (jak art. 815 § 3 k.c.), to uznać należy, że postanowienia o.w.u. i postanowienia umowne nie mogą rozszerzać katalogu okoliczności, w których ubezpieczyciel będzie zwolniony od spełnienia swojego świadczenia, w szczególności o takie okoliczności, o które ubezpieczyciel nie zapytał zgodnie z art. 815 § 1 k.c.

Z uwagi na wyjątkową ogólnikowość § 18 ust 1 lit f Szczegółowych Warunków Grupowego (...) narusza też niewątpliwie art. 385¹ § 1 k.c.

Analizowany § 18 ust 1 lit f zwalnia pozwanego od odpowiedzialności za śmierć kredytobiorcy będącej następstwem chorób lub stanów istniejących przed początkiem jego odpowiedzialności. Wynika z tego, że pozwany uwalnia się od odpowiedzialności nawet wówczas, gdy ubezpieczony nie wiedział o chorobie w chwili rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej (skoro mowa o chorobach istniejących a nie o chorobach rozpoznanych). Pozwany uwalnia się przy tym od odpowiedzialności niezależnie od tego, ile czasu upłynęło od nawiązania stosunku ubezpieczenia do dnia wystąpienia zgonu. Pozwany dopuszcza zatem taką sytuację, że przez wiele lat będzie pobierał od ubezpieczonego konsumenta składkę, a następnie uchylił się od odpowiedzialności podnosząc zarzut, że śmierć kredytobiorcy jest skutkiem rozwijającej się od lat choroby.

Samo doświadczenie życiowe pozwala przyjąć, że stan chorobowy niejednokrotnie rozwija się przez lata, by finalnie doprowadzić niektórych ubezpieczonych do śmierci. Dotyczy to szeregu schorzeń. Pozwany akceptuje zatem taką sytuację, że przez wiele lat będzie pobierał składki od przewlekle chorych ubezpieczonych, aby finalnie po kilku, kilkunastu, a może nawet kilkudziesięciu latach odmówić wypłaty składki, wskazując że początki choroby, która ostatecznie doprowadziła do niezdolności do pracy, istniały już przez przystąpieniem do ubezpieczenia.

Gdyby pozwany zadał sobie trud ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonych, to automatycznie zwracałby ich uwagę na fakt, że nie ubezpiecza skutków pewnych rozpoznanych stanów chorobowych. Umożliwiłaby wówczas podjęcie im świadomej konsumenckiej decyzji, co do tego, czy zamierzają z tak ograniczonego ubezpieczenia skorzystać. Pozwany nie tylko nie zasięgnął takich informacji, ale swoje zaniechanie prezentował jako zaletę, jednocześnie nie uprzedzając, że stan zdrowia ubezpieczonego w chwili przyjęcia go do ubezpieczenia wprawdzie nie rzutuje na zawarcie umowy, ale bardzo może rzutować na rzeczywistą możliwość uzyskania w przyszłości świadczenia z umowy ubezpieczenia. Pozwala to przyjąć, że pozwany nierzetelnie prezentował swoją ofertę. Także ogólne warunki ubezpieczenia zostały skonstruowane w ten sposób, że przeciętnie wnikliwy ubezpieczony, gdyby nawet mu te warunki udostępniono przed złożeniem deklaracji, mógł przeoczyć istotne ograniczenie odpowiedzialności pozwanego..

Taki sposób skonstruowania Szczegółowych Warunków Grupowego (...) w połączeniu z zaniechaniem uzyskiwania informacji od ubezpieczonym na podstawie art. 815 k.c. umożliwia pozwanemu czerpanie zysków z umów zawartych z osobami przewlekle chorymi, w różnych stadiach chorób, bez ponoszenia ryzyka związanego z tym, że w części przypadków choroby te doprowadzą ubezpieczonego po latach do zgonu.

W ten sposób pozwany maksymalizuje swoje zyski ze składek z tytułu ubezpieczeń grupowych, oferując je bez wahania nawet osobom z takimi schorzeniami, które z dużym prawdopodobieństwem mogą doprowadzić do śmierci. Jednocześnie pozwany zmniejsza koszty swojej działalności (brak potrzeby zatrudniania pracowników, którzy analizowałiby informacje o stanie zdrowia przekazane przez ubezpieczonych i ocenialiby ryzyko) oraz minimalizuje ryzyko spełnienia świadczeń z umowy ubezpieczenia.

W ten sposób pozwany w istocie przerzuca własne ryzyko na ubezpieczonych: nie żąda informacji o stanie zdrowia zgodnie z art. 815 k.c., a jednocześnie zastrzega sobie możliwość oceny stanu zdrowia ubezpieczonego ex post, już po wystąpieniu wypadku ubezpieczeniowego i wyłączenia na tej podstawie swojej odpowiedzialności.

Zgodnie z art. 385¹ § 1 k.c. za niedozwolone uznaje się postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Jak już wyżej wyjaśniono, postanowienie § 18 ust. 1 lit f Szczegółowych Warunków Grupowego (...) nie jest postanowieniem określającym główne świadczenie pozwanego. Niewątpliwie nie zostało też z powodów indywidualnie uzgodnione. Zbadać zatem trzeba, czy spełnione są pozostałe przesłanki, a mianowicie, czy ukształtowane w ten sposób prawa i obowiązki pozostają w sprzeczności z dobrymi obyczajami oraz czy rażąco naruszają interesy konsumenta. W ocenie Sądu przedstawione fakty przemawiają za udzieleniem pozytywnej odpowiedzi w obu tych przypadkach. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności. Tak właśnie należy ocenić sam sposób sformułowania Szczegółowych Warunków Grupowego (...), w których nie zawarto żadnego odniesienia do zawierającego zasadnicze ograniczenie § 18 ust. 1 lit f.

Jako sprzeczne z dobrymi obyczajami ocenić trzeba także przerzucenie ryzyka ubezpieczeniowego na konsumenta, stanowiące przy tym próbę uchylenia się od rygorów art. 815 § 3 k.c. oraz art. 815 § 1 zd. trzecie k.c. Takie postępowanie należy uznać za nierzetelne.

Nie budzi też wątpliwości, że § 18 ust. 1 lit. f rażąco narusza interesy konsumenta, ponieważ po pierwsze wyklucza odpowiedzialność nawet za takie choroby, o których konsument mógł nie wiedzieć w dacie zawarcia umowy (posługuje się terminem choroby istniejącej), po drugie w ubezpieczeniu, którego sens wyraża się w zapewnieniu wieloletniej ochrony, ubezpieczyciel zwalnia się od odpowiedzialności bez względu na to, w jaki czas po nawiązaniu stosunku ubezpieczenia nastąpił wypadek ubezpieczeniowy, a zatem także bez względu na to, przez ile lat czerpał zyski z uiszczanych przez konsumenta składek. W przyjętym przez pozwanego modelu, to ubezpieczony ponosi przez cały okres ubezpieczenia ryzyko zajścia trudnego do przewidzenia przez medycynę zdarzenia w postaci rozwinięcia się istniejącej choroby aż do stanu niezdolności do pracy. Przy czym pozwany nie zadaje sobie trudu, by uświadomić konsumentowi istnienie tych poważnych ograniczeń odpowiedzialności.

Trzeba w tym miejscu jasno wskazać, że nie budzi wątpliwości sama możliwość stosowania przez ubezpieczycieli różnego rodzaju postanowień wyłączających lub ograniczających zakres ich odpowiedzialności ubezpieczeniowej. Jednak w przypadku, gdy przedmiotem ubezpieczenia jest życie czy zdrowie, a same umowy przedłużane są na okresy wieloletnie, ogólne wyłączenie odpowiedzialności za śmierć mający związek z jakąkolwiek chorobą, uznane musi być za rażąco naruszające interesy konsumenta.

Jednocześnie praktyka ogólnego ograniczania odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku związku wypadku ze stanem zdrowia ubezpieczonego na datę rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, połączona z niewykonywaniem przez ubezpieczyciela przysługującego mu prawa do żądania informacji o stanie zdrowia przed zawarciem umowy, wywołuje zastrzeżenia także co do zgodności z art. 815 § 3 k.c. w zw. z art. 815 § 1 i § 2¹ k.c.

Mając na uwadze powyższe Sąd doszedł do przekonania, że sporna klauzula jest abuzywna, gdyż rażąco narusza interesy konsumenta a także pozostaje w sprzeczności z dobrymi obyczajami. Niewątpliwie jest, że na gruncie ubezpieczeń na życie wykształciła się już powszechna praktyka, że ubezpieczony zapoznaje się przed zawarciem umowy z listą chorób, które wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela (okoliczność powszechnie znana). Pozwala to przystępującym do ubezpieczenia racjonalnie ocenić ofertę ubezpieczenia i ewentualnie podjąć decyzję o nieprzystąpieniu do ubezpieczenia. Analizowana klauzula czyni odstępstwo od tej powszechnej praktyki i wbrew dobremu obyczajowi, jakim jest precyzyjne i niebudzące wątpliwości konsumenta określenie warunków umowy,

w szczególności dotyczących wyłączenia odpowiedzialności, w sposób bardzo ogólny i niedokładny określa owo wyłączenie, czym rażąco narusza interesy majątkowe konsumenta. W ocenie Sądu ubezpieczyciel, który ma zdecydowaną przewagę w relacjach z konsumentem, w tym także z tej racji, że jego wzorce umów tworzone są przez sztab prawników, powinien zgodnie z dobrym obyczajem tak kształtować te stosunki, aby ubezpieczony konsument miał prawo na etapie zawierania umowy świadomie podjąć decyzję o ubezpieczeniu w tym także, aby wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela były maksymalnie precyzyjne i nie wywołujące wątpliwości interpretacyjnych.

Zatem biorąc pod uwagę wyżej poczynione rozważania, Sąd uznał dochodzone przez powódkę roszczenie za w pełni zasadne i w związku z tym w punkcie 1 wyroku zasądzono na rzecz powódki od pozwanej kwotę 65 663,89 zł wraz z ustawowymi odsetkami liczonymi od dnia 16 września 2015 r. do dnia zapłaty.

O kosztach postępowania orzeczono w punkcie 2 wyroku na podstawie art. 98 k.p.c. zgodnie, z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony (koszty procesu). Na łączną kwotę kosztów postępowania złożyły się kwoty: 17,00 zł tytułem opłaty od pełnomocnictwa, 3 284,00 zł tytułem opłaty od pozwu, 3 600,00 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego ustalona zgodnie z §6 pkt. 6 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności adwokackie oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez adwokata ustanowionego z urzędu (Dz. U. z dnia 3 października 2002 r. ze zm.), co daje łączną kwotę 6 901,00 zł.

SSR Jolanta Brzęk