

Sygn. akt VI ACa 816/13

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 11 grudnia 2013 r.

Sąd Apelacyjny w Warszawie VI Wydział Cywilny w składzie:

Przewodniczący - Sędzia SA – Agata Zając

Sędzia SA – Wanda Lasocka

Sędzia SA – Aldona Wapińska (spr.)

Protokolant: – sekr. sądowy Beata Pelikańska

po rozpoznaniu w dniu 11 grudnia 2013 r. w Warszawie

na rozprawie sprawy z powództwa Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów

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

o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone

na skutek apelacji pozwanego

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

z dnia 7 marca 2013 r., sygn. akt XVII AmC 3480/12

I oddala apelację;

II zasądza od (...) S.A. w W. na rzecz Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwotę 270 (dwieście siedemdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu za drugą instancję.

VI ACa 816/13 U Z A S A D N I E N I E

Wyrokiem z dnia 7 marca 2013 r. Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie z powództwa Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów przeciwko (...) S.A. w W.:

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

"Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, zwalnia lekarzy prowadzących w kraju stałego miejsca zamieszkania i za granicą z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyraża zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej przedstawicielom (...)";

2. zasądził od pozwanego na rzecz powoda tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego kwotę 360 zł;

3. nakazał pobrać od pozwanego na rzecz Skarbu Państwa - Sądu Okręgowego w Warszawie tytułem nieuiszczonej opłaty od pozwu, od której powód był zwolniony, kwotę 600 zł ;

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

Podstawą rozstrzygnięcia Sądu Okręgowego były następujące ustalenia:

Pozwany (...) S.A. prowadzi działalność gospodarczą, której przedmiotem jest działalność ubezpieczeniowa bezpośrednia i reasekuracyjna. W ramach tej działalności posługuje się w obrocie z konsumentami wzorcem umownym „Ogólne Warunki Ubezpieczenia Bezpieczne Podróże” (dalej OWU BP), proponowanym konsumentom przez pozwanego przy zawieraniu umów ubezpieczenia turystycznego. Częścią tej umowy jest postanowienie o następującej treści: "Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, zwalnia lekarzy prowadzących w kraju stałego miejsca zamieszkania i za granicą z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyraża zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej przedstawicielom (...)".

Pozwany nie zaprzeczył prawdziwości wzorca, ani treści kwestionowanego pozwem zapisu, wobec tego – zgodnie z art. 230 k.p.c. – Sąd pierwszej instancji uznał te fakty za przyznane.

Oceniając żądanie powoda w aspekcie przesłanek określonych w art. 385¹ § 1 k.c. Sąd Okręgowy wskazał, iż zakwestionowane postanowienie umowy nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron.

Główne świadczenia pozwanego z tytułu zawartych umów polegają bowiem na spełnieniu określonego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, zaś konsumenta na zapłacie składki. Zdaniem tego Sądu przesłanka braku indywidualnego uzgodnienia nie może w niniejszej sprawie mieć znaczenia wobec abstrakcyjnego charakteru kontroli postanowienia wzorca umownego. Sąd nie bada w tym postępowaniu konkretnych stosunków istniejących pomiędzy kontrahentami, ale wzorzec i treść hipotetycznych stosunków, jakie powstałyby pomiędzy pozwanym a potencjalnym konsumentem. Kontrola ta ma charakter oceny ex ante i obejmuje wzorzec, nie zaś konkretną umowę. Istotny jest zatem fakt, że pozwany wprowadził oceniany wzorzec do obrotu poprzez wystąpienie z ofertą zawarcia umowy z wykorzystaniem go.

W ocenie Sądu pierwszej instancji dla uznania postanowienia wzorca umowy za niedozwolone przesłanki sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażącego naruszenia interesów konsumenta muszą zachodzić równocześnie. Z reguły rażące naruszenie interesu konsumenta jest naruszeniem dobrych obyczajów, ale nie zawsze zachowanie sprzeczne z dobrymi obyczajami rażąco narusza ten interes. Aby naruszenie interesów konsumenta było rażące, musi być ono doniosłe czy też znaczące.

Sąd Okręgowy wskazał, iż poprzez dobre obyczaje rozumie się pewien powtarzalny wzorzec zachowań, który jest aprobowany przez daną społeczność lub grupę. Są to pozaprawne normy postępowania, którymi przedsiębiorcy winni się kierować. Ich treści nie da się określić w sposób wyczerpujący, ponieważ kształtowane są przez ludzkie postawy uwarunkowane zarówno przyjmowanymi wartościami moralnymi, jak i celami ekonomicznymi oraz związanymi z tym praktykami życia gospodarczego. Zdaniem tego Sądu dobre obyczaje to, w szczególności, normy postępowania zakazujące nadużywania w stosunku do słabszego uczestnika obrotu posiadanej przewagi ekonomicznej.

Natomiast interesy konsumenta należy rozumieć szeroko, nie tylko jako interes ekonomiczny, ale też każdy inny, chociażby niewymierny. Zaliczyć tu można również dyskomfort konsumenta, spowodowany takimi okolicznościami jak strata czasu, naruszenie prywatności, niedogodności organizacyjne, wprowadzenie w błąd oraz inne uciążliwości, jakie mogłyby powstać na skutek wprowadzenia do zawartej umowy ocenianego postanowienia. Przy określaniu stopnia naruszenia interesów konsumenta należy stosować nie tylko kryteria obiektywne (np. wielkość poniesionych czy groźących strat), lecz również względy subiektywne związane bądź z przedsiębiorcą (np. renomowana firma), bądź z konsumentem (np. seniorzy, dzieci). Konieczne jest zbadanie, jaki jest zakres groźących potencjalnemu konsumentowi strat lub niedogodności.

W ocenie Sądu Okręgowego w niniejszej sprawie 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 stanowi przejaw nadużycia przez zakład ubezpieczeń przewagi

ekonomicznej w stosunku do konsumenta. Na podstawie tego postanowienia umownego – przez sam fakt zawarcia umowy ubezpieczenia – zakład ubezpieczeń zyskuje dostęp do wszelkiej dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego. Sąd pierwszej instancji wskazał, iż wielokrotnie są to informacje wrażliwe, których upublicznienie może być dla konsumenta wstydlive, zaś dobre obyczaje nakazują, by nikogo nie narażać na nieprzyjemne i krępujące doznania z błahych powodów, jakim będzie w szczególności decyzja zawarcia umowy ubezpieczenia turystycznego. Jest to sprzeczne z dobrymi obyczajami, które wymagają także, by ingerencje w sferę prywatności człowieka miały miejsce tylko o tyle, o ile jest to niezbędne i wyłącznie w zakresie, w jakim jest to niezbędne. Naruszenie interesu konsumenta przejawia się przede wszystkim w sferze prywatnej. Zastosowanie kwestionowanego postanowienia może doprowadzić bowiem do poważnych konsekwencji w sferze psychicznej i emocjonalnej konsumenta, co w relacji między przedsiębiorcą, a konsumentem nie powinno to mieć miejsca.

Sąd Okręgowy podkreślił, iż konieczne jest także dokonanie analizy, jak wyglądałyby prawa i obowiązki konsumenta w sytuacji braku analizowanej klauzuli. Jeżeli bowiem przepisy ogólne stawiają konsumenta w lepszej sytuacji niż postanowienia proponowanej umowy, to w zasadzie postanowienia te należy uznać za niedozwolone. Odstępstwo od tej zasady możliwe jest tylko, o ile zmiana jest uzasadniona specyfiką wzajemnych świadczeń lub jest kompensowana innymi postanowieniami wzorca. Zgodnie zaś z art. 22 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Natomiast w myśl ust. 3 tego artykułu wystąpienie zakładu ubezpieczeń o informację, o której mowa w ust. 1, uzależnione jest od pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia albo jej przedstawiciela ustawowego. Z ustawy wynika zatem możliwość zasięgnięcia przez zakład ubezpieczeń :

1. informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego;
2. informacji o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia;
3. informacji o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia;
4. informacji o przyczynie śmierci ubezpieczonego.

W myśl § 1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji – zakres informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia obejmuje:

1. informacje o przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona,
2. informacje o przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach,
3. informacje o wynikach przeprowadzonych konsultacji.

W ocenie Sądu pierwszej instancji zakwestionowany zapis umowny pozwanego jest nieostry, gdyż nie wymienia sytuacji, w których wymagana jest zgoda za zwolnienie od tajemnicy lekarskiej. Sąd Okręgowy uznał, iż nie jest

możliwa taka sytuacja, w której konsument daje przedsiębiorcy nieograniczony dostęp do swoich danych osobowych (wrażliwych) jedynie z tego względu, że przystępuje do umowy ubezpieczenia, zwłaszcza gdy jest to umowa ubezpieczenia turystycznego, a nie na życie. Skoro sam pozwany podkreśla, że zgoda ta jest wymagana jedynie w razie likwidacji szkody, to – zdaniem Sądu pierwszej instancji – nie ma przeciwwskazań, by zgoda była wyrażana z zastrzeżeniem, że jest ważna jedynie w razie zaistnienia szkody (dookreślenie klauzuli).

Sąd Okręgowy uznał za nietrafne powoływanie się przez pozwanego na przyspieszenie w ten sposób procedury likwidacji szkody. Dokładniejsze określenie w przedmiotowym zapisie sytuacji, w której wymagana jest zgoda, odniosłoby taki sam czasowy skutek, a nie naruszałoby interesów konsumenta i nie godziłoby w dobre obyczaje. Z przepisów rozporządzenia wynika, iż zwolnieniem z tajemnicy lekarskiej nie są ujęte wszelkie informacje dotyczące konsumenta, a ich zakres jest precyzyjnie określony – czego brakuje w zakwestionowanym postanowieniu. O ile więc nie ulega wątpliwości, że ubezpieczyciel powinien móc uzyskać dostęp do danych stanowiących tajemnicę lekarską w przypadku zgłoszenia przez ubezpieczonego roszczenia o wypłatę świadczenia ze względu na zaistnienie wydarzenia ubezpieczeniowego w postaci choroby lub zgonu, o tyle – zdaniem Sądu pierwszej instancji – nie ma powodu, by ponad miarę rozszerzać ów dostęp do danych wrażliwych podlegających szczególnej ochronie. Jak długo zatem nie dochodzi do szkody, nie ma powodu by udostępniać niezwykle wrażliwe dane ubezpieczycielowi.

Mając na uwadze powyższe Sąd pierwszej instancji uznał, iż treść kwestionowanej klauzuli stanowi niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. oraz wypełnia przesłanki klauzuli abuzywnej określonej w art. 385³ pkt 2 k.c. i na podstawie art. 479⁴² § 1 k.p.c. zakazał jego wykorzystywania w obrocie z udziałem konsumentów. O publikacji prawomocnego wyroku w Monitorze Sądowym i Gospodarczym na koszt strony pozwanej zarządzono na podstawie art. 479⁴⁴ k.p.c.

O kosztach postępowania Sąd Okręgowy orzekł w oparciu o przepis art. 98 k.p.c. , zgodnie z wynikiem procesu. Przyznane stronie powodowej koszty stanowią wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w wysokości 360 zł - ustalone na podstawie § 14 ust. 3 pkt. 2 w zw. z § 2 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. nr 163. poz. 1349 ze zm.). Z uwagi na wynik sprawy, orzeczenie o nakazaniu pobrania od strony pozwanej opłaty od pozwu zapadło w oparciu o przepis art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. nr 167 poz. 1398 ze zm.).

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

- a) naruszenie art. 385¹ §1 k.c. poprzez przyjęcie, że przedmiotowy zapis OWU kształtuje prawa i obowiązki konsumentów (ubezpieczonych) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, naruszając rażąco interes konsumenta;
- b) naruszenie art. 385¹ §1 k.c. w związku z art. 65 k.c. i 56 k.c. oraz art. 22 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz §1 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17.05.2012 r. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie.

Zdaniem apelującego – wbrew ustaleniu sądu – przedmiotowa klauzula nie musi być dookreślona bowiem wywołuje skutki wynikające z zacytowanych przepisów prawa. Bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa mają bowiem zastosowanie niezależnie od tego czy zostaną powtórzone w przedmiotowej klauzuli OWU. Jeśli zaś przedmiotowy zapis byłby sprzeczny z prawem, to nie może być abuzywny (tak : uchwała Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2011 r., III CZP 119/10, OSNC 2011/9/95). Ponadto – zdaniem apelującego – Sąd pierwszej instancji powinien dokonać oceny zakwestionowanego postanowienia z uwzględnieniem całego otoczenia prawnego, ustalić cały kontekst umowy, a nie ograniczyć się jedynie do literalnego brzmienia konkretnego postanowienia. Apelujący podniósł, iż wykładnia i ocena postanowienia zawartego w § 3.9 OWU została dokonana z naruszeniem art. 65 k.c., 56 k.c. oraz art. 22 u.d.u. poprzez przyjęcie, że postanowienie to wyznacza zakres danych na temat stanu zdrowia, jakie może pozyskiwać pozwany, a także sytuacje, w jakich to pozyskiwanie jest dopuszczalne. Tymczasem zakwestionowane postanowienie w ogóle się do tej kwestii nie odnosi, w szczególności nie wskazuje, że konsument wyraża zgodę na udostępnianie

danych wrażliwych w nieograniczonym zakresie, bądź w szerszym zakresie, niż wynika to z ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Zdaniem pozwanego Sąd pierwszej instancji błędnie zatem przyjął, iż nieuregulowanie w tym postanowieniu granic udzielanej zgody oznacza, iż pozwany uzyskuje nieograniczony dostęp do danych wrażliwych konsumenta, skoro granice te wynikają bezpośrednio z bezwzględnie wiążących przepisów prawa. Jakakolwiek działalność pozwanego musi się bowiem mieścić w granicach wyznaczonych ustawą o działalności ubezpieczeniowej i być z nią zgodna. Bezprzedmiotowym jest natomiast powtarzanie w umowie przepisów tej ustawy regulujących kwestię zasięgania informacji medycznych o ubezpieczonym kliencie. Ze specyfiki ubezpieczeń turystycznych wynika zaś, iż pozyskiwanie danych medycznych dotyczących ubezpieczonego będzie miało miejsce jedynie na wypadek wystąpienia szkody. Wówczas niekiedy istnieje konieczność podejmowania szybkich decyzji, gdy weryfikacja prawa do świadczenia musi się odbyć niemal natychmiast po zdarzeniu, zatem ubezpieczony udzielając raz takiej zgody poprzez akceptację OWU ma pewność, iż nie zostanie narażony na konieczność wyłożenia we własnym zakresie środków pieniężnych na pokrycie kosztów leczenia i dyskomfort oraz stres związany z niepewnością uzyskania ochrony ubezpieczeniowej. Gdyby zaś ubezpieczyciel występował o zgodę dopiero w razie zajścia wypadku, przedłużyłoby to istotnie czas reakcji na zdarzenie ubezpieczeniowe. W ocenie pozwanego zatem to brak przedmiotowej klauzuli czyni sytuację ubezpieczonego gorszą. Apelujący powołał się także na podobne postanowienia zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczeń innych zakładów ubezpieczeń, powszechnie stosowane przy zawieraniu umów ubezpieczenia turystycznego.

Wskazując na powyższe apelujący wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa w całości oraz o zasądzenie od powoda na rzecz pozwanego kosztów procesu za obie instancje, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych, ewentualnie – w razie nie uwzględnienia powyższego wniosku – o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy Sądowi Okręgowemu w Warszawie do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia.

Powód Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wnosił o oddalenie apelacji i zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda kosztów postępowania za obie instancje według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie.

Przede wszystkim zauważyć należy, iż w żadnym fragmencie uzasadnienia zaskarżonego wyroku Sąd pierwszej instancji nie stwierdził, że postanowienie stosowane przez pozwanego jest sprzeczne z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności przepisami iuris cogentis. Natomiast Sąd ten uznał, iż kwestionowane postanowienie jest abuzywne bowiem kształtuje obowiązki konsumenta w sposób naruszający dobre obyczaje. Sąd Apelacyjny ocenę powyższą w pełni podziela.

Pozwany wychodzi z założenia, iż przepis art. 22 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U.2013.950 j.t.) ogranicza możliwość zwolnienia personelu medycznego z zachowania tajemnicy objętych nią informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta – jedynie do sytuacji w przepisie tym wskazanych. Tymczasem jest to pogląd błędny. Możliwość rozporządzania danymi przez konsumenta w szerszym zakresie niż przewiduje to art. 22 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej wynika wprost z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U.2012.159 j.t.). Artykuł 9 ust. 1 tej ustawy stanowi, iż pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia. W myśl zaś ustępu 2 tego artykułu

pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Natomiast z ustępu 3 wynika, iż pacjent lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do wyrażenia zgody na udzielenie informacji wymienionych w ust. 2 innym osobom. Z kolei art. 13 tej ustawy przewiduje, iż pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Artykuł 14 ustawy o prawach pacjenta statuuje natomiast obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związane

z pacjentem, w szczególności ze stanem jego zdrowia, przez osoby wykonujące zawód medyczny. Jednakże ust. 2 tego artykułu przewiduje zwolnienia z obowiązku zachowania tych informacji w tajemnicy w szczególności jeśli pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy (art. 14 ust. 2 pkt 3 tej ustawy). Zgodnie zaś z art. 26 ust. 3 podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych udostępnia dokumentację medyczną m.in. również zakładom ubezpieczeń, za zgodą pacjenta (pkt 7). Powyższe oznacza, iż konsument będący pacjentem może rozporządzać dowolnie danymi związanymi ze stanem jego zdrowia. Jest uprawniony udostępnić owe dane dowolnemu gronu osób, zatem nie ma przeszkód, by ich udostępnienie lub upoważnienie osoby trzeciej do ich udostępnienia było przedmiotem umowy. Z tej przyczyny zakwestionowane postanowienie nie może być uznane za sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa i jako takie – nie podlegające ocenie pod kątem abuzywności (por. cyt. wcześniej uchwała Sądu Najwyższego z dnia 13 stycznia 2011 r., III CZP 119/10, OSNC 2011/9/95, Biul.SN 2011/1/6).

Skoro konsument może dysponować swoimi danymi dotyczącymi stanu zdrowia poprzez wyrażenie zgody na udzielenie informacji lub udostępnienie dokumentacji medycznej innym podmiotom - w tym zakładowi ubezpieczeń – istotne jest, aby taka zgoda została wyrażona w sposób w pełni świadomy. Jeśli więc stosowne postanowienie umowy nie zostało wynegocjowane indywidualnie, lecz jest zawarte we wzorcu umownym, który musi zostać zaakceptowany przez każdą osobę zamierzającą zawrzeć ubezpieczenie turystyczne, wówczas w oczywisty sposób podlega – na ogólnych zasadach - ocenie z punktu widzenia dobrych obyczajów.

Nie jest słuszny zarzut pozwanej, jakoby SOKiK dokonał wykładni postanowienia w oderwaniu od jej otoczenia prawnego. Sąd powołał się na art. 22 u.d.u. oraz wydane do niej rozporządzenie. Określają one tryb oraz zakres udzielania zakładom ubezpieczeń informacji o zdrowiu ubezpieczonych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą. Zdaniem Sądu Apelacyjnego ten sposób i zakres uzyskiwania informacji powinien być wystarczający dla zakładu ubezpieczeń – gdyż na ich podstawie można ustalić należne ubezpieczonemu świadczenie. Zakres informacji, który ubezpieczyciel może uzyskać na podstawie tego przepisu u.d.u., jest wystarczająco szeroki, by zrealizować określone przez ustawodawcę cele, do których zakład ubezpieczeń może wykorzystać przekazane informacje. Są to mianowicie: (1) ocena ryzyka ubezpieczeniowego, (2) weryfikacja danych o stanie zdrowia, które ubezpieczony przekazał, (3) ustalenie prawa do świadczenia i jego wysokości; (4) ewentualnie informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego (z wyłączeniem wyników badań genetycznych).

Trafnie zauważa jednak powód w odpowiedzi na apelację, iż należy odróżnić reżim wprowadzony ustawą od reżimu umownego. Istnienie szczególnego, opartego na ustawie uprawnienia zakładu ubezpieczeń nie wyklucza prawa każdego człowieka do rozporządzania informacjami o swym stanie zdrowia. Każdy ma prawo, by dotyczące go dane wrażliwe były chronione. Jeśli uzna to za stosowne, może je udostępnić komukolwiek (choćby zakładowi ubezpieczeń) w dowolnym zakresie i w dowolny sposób. Jak wskazano wyżej – zwolnienie lekarzy z tajemnicy zawodowej i upoważnienie ich do przekazania informacji i dokumentacji medycznej jest zgodne z prawem. Jednakże takie upoważnienie nie powinno być zawarte we wzorcu umownym oferowanym konsumentowi przez przedsiębiorcę, zwłaszcza gdy jest sformułowane tak jak zakwestionowany § 3.9 OWU (...); czyli bez ograniczenia zakresu danych (np. o dane genetyczne, co ustawa wyłącza), bez ograniczenia celu ich zbierania (ustalenie prawa do świadczenia) i zdarzenia, z którym byłyby związane (nastąpienie określonego w umowie zdarzenia ubezpieczeniowego). Na podstawie zakwestionowanego postanowienia pozwany może zwrócić się do dowolnego lekarza w kraju i za granicą w każdym momencie, w dowolnym celu (także bez celu) i o wszelkie informacje dotyczące zdrowia konsumenta. Przyjmując nawet pogląd pozwanego, że kwestionowane postanowienie ma na celu spełnienie ustawowego wymogu zgody na pozyskanie danych jedynie w granicach, w jakich jest to prawnie dopuszczalne, to zauważyć należy, że zostało ono sformułowane wyjątkowo nieadekwatnie do założonego celu, gdyż mowa jest w nim o bezwarunkowym i nieograniczonym zwolnieniu lekarzy z tajemnicy zawodowej. Istota kontroli abstrakcyjnej polega na tym, by ocenić wszelkie możliwe scenariusze, również i te zakładające brak dobrej woli po stronie przedsiębiorcy stosującego umowę. Nie można bowiem wykluczyć, iż pracownicy pozwanego będą chcieli uzyskać informacje wykraczające poza zakres przewidziany w art. 22 u.d.u. i niewątpliwie taka treść postanowienia może im to umożliwić. Wprawdzie przepis art. 19 ust. 1 u.d.u. stanowi, iż zakład ubezpieczeń i osoby w nim zatrudnione lub osoby i podmioty, za pomocą

których zakład ubezpieczeń wykonuje czynności ubezpieczeniowe, są obowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej poszczególnych umów ubezpieczenia, jednakże – jak wskazano powyżej – przy abstrakcyjnej kontroli wzorca należy rozważać wszelkie możliwe sytuacje, w których może być postawiony konsument poprzez działanie przedsiębiorcy. Nawet zakładając, iż nie doszłoby do ujawnienia wrażliwych danych o konsumentcie w sposób sprzeczny z prawem, to nie można pomijać treści art. 19 ust. 2, w myśl którego zakaz, o którym mowa w ust. 1, nie dotyczy informacji udzielanych na wnioski:

- 1) sądu lub prokuratury, o ile są niezbędne w toczącym się postępowaniu;
- 2) Policji, jeżeli jest to konieczne do skutecznego zapobieżenia przestępstwu, jego wykrycia albo ustalenia sprawców i uzyskania dowodów, na zasadach i w trybie określonym w art. 20 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2011 r. Nr 287, poz. 1687, z późn. zm.);
- 3) komornika sądowego w związku z toczącym się postępowaniem egzekucyjnym lub zabezpieczającym;
- 4) organu nadzoru, w zakresie wykonywania ustawowych zadań;
- 5) Najwyższej Izby Kontroli, o treści umów ubezpieczenia zawartych przez jednostki objęte kontrolą;
- 6) Generalnego Inspektora Kontroli Skarbowej lub dyrektora urzędu kontroli skarbowej, w zakresie i na zasadach określonych w odrębnych przepisach;
- 7) Generalnego Inspektora Informacji Finansowej, w zakresie wykonywania przez niego zadań określonych w ustawie z dnia 16 listopada 2000 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2010 r. Nr 46, poz. 276, z późn. zm.);
- 8) Generalnego Inspektora Ochrony Danych Osobowych, w zakresie wykonywania przez niego zadań określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.);
- 9) Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w zakresie wykonywania przez niego zadań określonych w przepisach o ochronie konkurencji i konsumentów;
- 10) komisji do rozpatrywania roszczeń z tytułu szkód wyrządzonych przez wojska obce w zakresie wykonywania przez nią zadań określonych w ustawie z dnia 23 września 1999 r. o zasadach pobytu wojsk obcych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz zasadach ich przemieszczania się przez to terytorium (Dz. U. Nr 93, poz. 1063, z późn. zm.);
- 11) dyrektora izby celnej, w związku z prowadzoną przez organ celny:
 - a) sprawą o przestępstwo skarbowe lub o wykroczenie skarbowe przeciwko, będącej osobą fizyczną, stronie umowy ubezpieczenia, o ile informacje mają związek z tą sprawą,
 - b) sprawą o przestępstwo skarbowe popełnione przy wykonywaniu czynności związanych z działalnością osoby prawnej lub spółki handlowej nieposiadającej osobowości prawnej, będącej stroną umowy ubezpieczenia, o ile informacje mają związek z tą sprawą;
- 12) centralnej ewidencji pojazdów, w rozumieniu ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym, w zakresie umów ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych za szkody powstałe w związku z ruchem tych pojazdów;
- 13) Rzecznika Praw Obywatelskich, w zakresie wykonywania ustawowych zadań, w związku z podjętą interwencją;
- 14) Rzecznika Ubezpieczonych, w zakresie wykonywania ustawowych zadań, w związku z podjętą interwencją;

- 15) Ubezpieczeniowego Funduszu Gwarancyjnego, w zakresie wykonywania ustawowych zadań;
- 16) Polskiego Biura Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, w zakresie wykonywania ustawowych zadań;
- 17) Polskiej Izby Ubezpieczeń, w zakresie zadań, o których mowa w art. 220 ust. 2 pkt 7;
- 18) banku upoważnionego do dokonywania czynności obrotu dewizowego, w zakresie ustalenia istnienia wymagalnego zobowiązania stanowiącego podstawę do przekazania za granicę waluty obcej;
- 19) biegłego rewidenta, w zakresie wykonywania ustawowych zadań;
- 20) ubezpieczającego, ubezpieczonego, a w przypadku zgłoszenia nastąpienia zdarzenia, z którym umowa wiąże odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń - także uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia;
- 21) innego zakładu ubezpieczeń, z którym zawarto umowę reasekuracji lub koasekuracji, w zakresie umów ubezpieczeń ryzyk objętych tą umową;
- 21a) zakładu reasekuracji, z którym zawarto umowę reasekuracji, w zakresie umów ubezpieczenia ryzyka objętych tą umową reasekuracji;
- 22) innego zakładu ubezpieczeń, w zakresie niezbędnym dla przeciwdziałania przestępczości ubezpieczeniowej lub stosowania taryfy w zależności od długości okresu bezszkodowego, lub ustalania proporcjonalnej odpowiedzialności, w przypadku zawarcia umów ubezpieczenia obowiązkowego na ten sam okres w co najmniej dwóch zakładach ubezpieczeń, lub dla potrzeb ustalenia odpowiedzialności, jeżeli ten sam przedmiot ubezpieczenia w tym samym czasie jest ubezpieczony od tego samego ryzyka w dwóch lub więcej zakładach ubezpieczeń na sumy, które łącznie przewyższają jego wartość ubezpieczeniową;
- 23) podmiotu przetwarzającego, na zlecenie zakładu ubezpieczeń, dane dotyczące ubezpieczających, ubezpieczonych, uposażonych lub uprawnionych z umów ubezpieczenia oraz administrujących indywidualnymi kontami jednostek uczestnictwa w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym;
- 24) zleceniobiorców czynności określonych w art. 3 ust. 4 pkt 1-6 oraz ust. 5 w zakresie, w jakim dotyczą one zleconych czynności;
- 25) innych podmiotów, których uprawnienie do żądania informacji wynika z przepisów innych ustaw.

Wątpliwym jest, aby konsument zawierając umowę ubezpieczenia turystycznego zdawał sobie sprawę z tego rodzaju skutków prawnych swojego oświadczenia, zawartego w ogólnych warunkach ubezpieczenia, o wyrażeniu zgody na zwolnienie lekarzy z obowiązku zachowania tajemnicy – tj. iż informacje dotyczące jego stanu zdrowia mogą być wykorzystane nie tylko dla celów określonych w art. 22 u.d.u., ale także mogą być udostępnione tak szerokiemu kręgowi podmiotów o jakich mowa jest w art. 19 ust. 2 tej ustawy. Ze względu na obszerność OWU może budzić także obawę, czy przed zawarciem umowy konsument zdołał się zapoznać z treścią tych warunków i taką zgodę wyraził w sposób świadomy. Biorąc więc pod uwagę wszystkie powyższe okoliczności należy przyjąć, iż zakwestionowane postanowienie w sposób rażąco narusza interesy konsumentów i jest sprzeczne z dobrymi obyczajami, co nakazuje uznać je za postanowienie abuzywne.

Oczywistym jest, iż zakład ubezpieczeń powinien mieć możliwość uzyskania informacji od placówek leczniczych (w tym także zagranicznych), co jest szczególnie istotne przy ubezpieczeniach turystycznych. Prawidłowe sformułowanie postanowienia uwzględniające słuszny interes zakładu ubezpieczeń, nie powinno jednak naruszać przy tym dobrych obyczajów – powinno pozostawać proporcjonalne do założonego celu. Nie powinno stanowić większej trudności sformułowania zgody na wystąpienie zakładu ubezpieczeń o informację tak, by nie była ona abuzywna, choćby poprzez odniesienie się wprost w postanowieniu do odpowiedniego przepisu ustawy.

Trzeba mieć także na względzie to, iż w przypadku ubezpieczeń turystycznych potrzeba analizy dokumentacji medycznej może powstać dopiero na etapie likwidacji szkody. Ta okoliczność tym bardziej podkreśla abuzywny charakter postanowienia wzorca umownego, na podstawie którego pozwany może żądać informacji i dokumentacji w każdym momencie, a nie dopiero po nastąpieniu szkody i zgłoszeniu roszczenia. Jakkolwiek uzyskanie przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zgody ubezpieczonego na wystąpienie do placówek podmiotów wykonujących działalność leczniczą, może w efekcie przyspieszyć postępowanie likwidacyjne, a w niektórych przypadkach - w ogóle umożliwić jego prowadzenie (np. gdy nie ma możliwości porozumienia się z poszkodowanym ubezpieczonym), nie można zgodzić się ze sposobem i formą jej uzyskania oraz faktem nieograniczonego w czasie i zakresie, bezwarunkowego dostępu do danych medycznych. Słusznie Sąd pierwszej instancji zauważył, że inne sformułowanie postanowienia (w szczególności, gdyby miało być jedynie zgodą, o której mowa w art. 22 ust. 3 u.d.u.) odniosłoby dokładnie ten sam efekt czasowy, nie narażając jednak uzasadnionych interesów konsumenta na szwank.

Odnosząc się do twierdzeń pozwanego, iż inne zakłady ubezpieczeń stosują podobne postanowienia wzorców umów, zauważyć należy, iż pozwany dokonał błędnej interpretacji użytego przez Sąd Najwyższy określenia „ogólny wzorzec zachowań przedsiębiorców wobec konsumentów”. Nie chodzi bowiem o rozpowszechnienie danej praktyki (która może być naganna, bądź wręcz sprzeczna z prawem, ale korzystna dla przedsiębiorców), lecz o ogólne wzorce postępowania, jak uczciwość, rzetelność, dobra wiara. Fakt, że inne zakłady ubezpieczeń stosują podobną klauzulę nie może sam w sobie być dowodem, że nie jest ona abuzywna. Gdyby bowiem kwestionowanego wzorca nie byłoby w obrocie gospodarczym z konsumentami – prywatność ubezpieczonego byłaby lepiej chroniona i zakład ubezpieczeń nie mógłby na tej podstawie z nieuzasadnionych powodów uzyskać dostępu do wrażliwych danych. Wobec powyższego – zgodnie z wytycznymi SN – należy uznać, że postanowienie ma charakter abuzywny, bowiem może potencjalnie – a właśnie potencjalny a nie faktyczny sposób wykorzystania postanowienia wzorca jest przedmiotem analizy w kontroli abstrakcyjnej – wywoływać znacznie szersze skutki niż przewidują to odpowiednie przepisy prawa. SOKiK dokonał zatem właściwej oceny przedmiotowej sprawy, zarówno pod względem faktycznym, jak i prawnym, uznając, że postanowienie wzorca umowy stosowanego przez pozwanego należy zakwalifikować jako niedozwolone postanowienia umowne.

Mając na uwadze, iż Sąd pierwszej instancji nie dopuścił się naruszenia przepisów wskazanych przez pozwanego w apelacji - Sąd Apelacyjny na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację pozwanego jako bezzasadną, o kosztach postępowania za drugą instancję orzekając na podstawie art. 98 § 1 i 3 oraz art. 99 k.p.c.