

Sygn. akt I C 300/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 26 czerwca 2019 r.

Sąd Rejonowy dla Łodzi Widzewa w Łodzi Wydział I Cywilny

w składzie:

Przewodniczący: Sędzia SR Emilia Racięcka

Protokolant: aplikant aplikacji sędziowskiej Jakub Zegarlicki

po rozpoznaniu w dniu 12 czerwca 2019 r. w Łodzi

na rozprawie

sprawy z powództwa: M. K.

przeciwko: A. Towarzystwu (...) S.A.

o zapłatę:

1. oddala powództwo w całości;
2. nie obciąża powoda obowiązkiem zwrotu kosztów procesu pozwanemu.

Sygn. akt I C 300/18

UZASADNIENIE

W pozwie z dnia 11 maja 2018 roku powód M. K., reprezentowany przez fachowego pełnomocnika w osobie radcy prawnego, wniósł o zasądzenie od pozwanego A. Towarzystwo (...) S.A. kwoty 1.500 złotych tytułem części świadczenia przysługującego powodowi z tytułu umowy ubezpieczenia o numerze (...) wraz z odsetkami za opóźnienie od dnia 16 lutego 2018 roku do dnia zapłaty oraz o zasądzenie zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu pozwu wskazano, że powód postanowił zawrzeć umowę ubezpieczenia na życie i poważne zachorowanie. W tym celu w dniu 5 czerwca 2017 roku spotkał się agentem A. G. R., który omówił z nim warunki ubezpieczenia i wypełnił ankietę. Podczas drugiego spotkania w dniu 14 czerwca 2017 roku powód otrzymał teczkę z dokumentami. Z informacji w nich zawartych i przekazanych ustnie przez agenta wnioskował, że choroba nadciśnieniowa, na którą choruje, powoduje wzrost wysokości składki ubezpieczeniowej, ale nie ogranicza listy poważnych zachorowań, z którymi związana jest wypłata świadczenia. W dniu 12 grudnia 2017 roku powód doznał zawału serca, a następnie złożył wniosek o wypłatę świadczenia. Pozwany odmówił wypłaty kwoty ubezpieczenia. W ocenie powoda odmowa wypłaty świadczenia była nieuzasadniona, gdyż – z uwagi na niedoręczenie powodowi przed zawarciem umowy Ogólnych Warunków Ubezpieczenia zgodnie z art. 384 § 1 k.c. – klauzula ograniczająca odpowiedzialność pozwanego nie wiąże drugiej strony. Nadto, powód wskazuje, że powyższe uregulowanie OWU powinny zostać uznane za niedozwolone postanowienie umowne ze względu na fakt, że kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Co więcej, powód wskazuje także na dalej idący zarzut, podnosząc, iż zgodnie z art. 807 w zw. z art. 815 k.c. postanowienia powyższe jako sprzeczne z przepisami prawa są nieważne. W sytuacji bowiem, gdy powód poinformował pozwanego o swojej chorobie, to unormowanie zawarte w § 3 ust. 3 pkt 2 OWU PZ sprawiałoby, że art. 815 k.c. stawałby się normą pustą. Termin

początkowy naliczania odsetek związany jest z datą sporządzenia pisma, w który pozwany odmówił wypłaty należnego odszkodowania.

/pozew k. 3-10/

W odpowiedzi na pozew z dnia 10 lipca 2018 roku pozwany, reprezentowany przez fachowego pełnomocnika w osobie radcy prawnego, wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie na rzecz pozwanego zwrotu kosztów procesu.

W uzasadnieniu podniesiono, że A. podjęła decyzję o odmowie wypłaty świadczenia z uwagi na brzmienie § 3 ust. 3 pkt 2 OWU PZ i treść dokumentacji medycznej uzyskanej od pozwanego wskazującej na rozpoznanie u niego nadciśnienia tętniczego. Strona pozwana wskazała, że powód dwukrotnie otrzymał OWU PZ 2016, co zostało za każdym razem przez niego potwierdzone. Pierwszy raz miało to miejsce w chwili złożenia wniosku w postaci elektronicznej, zaś drugi raz w momencie otrzymania potwierdzenia odbioru pakietu ubezpieczeniowego (to jest z chwilą doręczenia powodowi oświadczenia o przyjęciu oferty wraz z kontrofertą pozwanego). Pozwany wyjaśnił, że fakt podwyższenia składki ubezpieczeniowej na etapie zawierania umowy nie oznaczał automatycznego rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej ponad zakres wynikający standardowo z ogólnych warunków. Nadciśnienie tętnicze podnosi bowiem ryzyko zachorowania także na inne, poza zawałem serca, schorzenia. Pozwany nie miał obowiązku, na podstawie art. 811 § 1 k.c., informować powoda o wyłączeniu ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zawału serca, gdyż wyłączenie to nie stanowiło postanowienia odbiegającego na niekorzyść od treści złożonej oferty (zakres ochrony ubezpieczeniowej nie uległ w żaden sposób zmianie).

/odpowiedź na pozew k. 38-42/

W piśmie procesowym z dnia 18 października 2018 roku powód podtrzymał swoje stanowisko i zakwestionował fakt otrzymania, że otrzymał od pozwanego OWU PZ dwukrotnie. Podnosi, że sam fakt złożenia oświadczenia we wniosku nie dowodzi tego, że warunki te zostały doręczone w sposób pozwalający na wprowadzenie ich postanowień do treści stosunku prawnego wiążącego strony. Natomiast następcze doręczenie OWU PZ wraz z pakietem dokumentów jest działaniem spóźnionym. Nadto wskazuje, że nieprzekazanie w sposób jasny, jednoznaczny lub we właściwym czasie istotnych informacji dotyczących produktu ubezpieczeniowego stanowi przypadek nieuczciwej praktyki rynkowej w rozumieniu art. 4 i 6 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym.

/pismo powoda k. 99-101/

W piśmie procesowym z dnia 31 grudnia 2018 roku pozwany wskazał, że podczas wypełniania dokumentów powód był zobowiązany do zapoznania się, a następnie zaakceptowania niezbędnych zgód i oświadczeń, w tym oświadczenia o fakcie otrzymania OWU oraz zapoznania się z ich treścią. Finalna akceptacja wniosku przez ubezpieczającego odbywa się na podstawie numeru PIN otrzymanego na numer telefonu SMS-em. Następnie na adres mejlowy przesyłany jest wypełniony wniosek wraz z pozostałą dokumentacją. Odnosząc się do zarzutu dotyczącego nieuczciwych praktyk rynkowych, pozwany wskazuje, że zakaz wprowadzania konsumenta w błąd zawarty w ustawie nie określa sposobu ani chwili, w której zatajenie miałyby mieć miejsce (tak jak art. 384 k.c.).

/pismo pozwanego k. 104-105/

Do zamknięcia rozprawy strony pozostały przy swoich stanowiskach. W piśmie procesowym z dnia 18 czerwca 2019 roku, stanowiącym głos do protokołu rozprawy, powód wskazał, że ubezpieczyciel i jego agent nie mają interesu ekonomicznego w tym, aby zapewnić potencjalnemu klientowi możliwość szerokiego i swobodnego zapoznania się z ograniczeniami i wyłączeniami odpowiedzialności towarzystwa. Podniósł, że agent nie pokazywał powodowi ekranu komputera ani nie zostawił żadnych dokumentów, a także nie sposób uznać, że powód skutecznie wyraził zgodę na elektroniczną formę komunikacji z nim.

/protokół rozprawy k. 120-124, pismo procesowe k. 125-128/

Sąd Rejonowy ustalił, co następuje:

Powód M. K. w dniu 5 czerwca 2017 roku w celu zawarcia umowy ubezpieczenia spotkał się w swoim domu z G. R. oraz O. R., którzy reprezentowali A. Towarzystwo (...) S.A. W trakcie tego spotkania G. R., na podstawie informacji przekazywanych mu przez powoda, wypełnił wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz ankietą medyczną. Dokument był sporządzany w formie elektronicznej na komputerze agenta. G. R. nie pokazywał powodowi ekranu komputera. Powód informował o swoim nadciśnieniu tętniczym, zaś agent wskazał na możliwość podwyższenia składki przez ubezpieczyciela po weryfikacji wniosku przez centralę. W domu była obecna także żona powoda.

/wniosek k. 63-66, zeznania G. R. k. 109v-111,

zeznania O. R. k. 111-111v, zeznania W. K. k. 120v-122,

zeznania M. K. k. 122v-123v/

Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia zawierał podstawowe dane dotyczące powoda oraz informacje dotyczące ubezpieczenia m.in. wysokość składki ubezpieczeniowej (w kwocie 256,42 zł miesięcznie). W zakres ochrony wchodziła umowa główna ubezpieczenia na życie i umowy dodatkowe, w tym ubezpieczenie od poważnego zachorowania. W "Ankiecie dodatkowej – Zdrowie" wskazano, że powód chorował na nadciśnienie tętnicze oraz wymieniono nazwy stosowanych przez niego leków. Wniosek w części końcowej zawierał oświadczenie o treści: "Oświadczam, że przed złożeniem niniejszego wniosku otrzymałam/-em wymienione powyżej ogólne warunki ubezpieczenia, podstawowe informacje dotyczące ubezpieczenia, załączniki i pozostałe dokumenty wymienione powyżej. Zapoznałam/em się z ich treścią, w tym w szczególności z zakresem ubezpieczenia i je akceptuję".

/wniosek k. 63-66/

W trakcie spotkania powód udostępnił agentowi numer telefonu oraz adres mailowy. W celu potwierdzenia sporządzenia wniosku na numer telefonu powoda został wysłany poprzez wiadomość SMS wygenerowany przez system kod PIN, który następnie M. K. podał agentowi. Sam wniosek nie był podpisywany.

/zeznania G. R. k. 109v-111, zeznania O. R. k. 111-111v,

zeznania M. K. k. 122v-123v, zeznania M. K. k. 122v-123v/

W dniu 5 czerwca 2017 roku na skrzynkę e-mailową powoda (mariuszo108@gmail.com) została wysłana wiadomość zatytułowana "Potwierdzenie złożenia wniosku – ubezpieczenie (...)". Tą drogą zostały przesłane powodowi dokumenty dotyczące zawartej umowy, w tym Ogólne Warunki Ubezpieczenia Uniwersalnego – (...) (OWU) oraz Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy (...) w razie Poważnego Zachorowania (OWU PZ).

/wydruk ze skrzynki e-mailowej k. 106, zeznania G. R. k. 109v-111,

zeznania O. R. k. 111-111v/

Zgodnie z § 3 ust. 3 pkt 2 Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy (...) w razie Poważnego Zachorowania (OWU PZ): "świadczenie ubezpieczeniowe w razie poniższych poważnych zachorowań nie zostanie wypłacone, jeżeli przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego rozpoznano: 2) chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę – w przypadku zawału serca".

/dokument Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia

w razie Poważnego Zachorowania k. 59-62/

W dniu 14 czerwca 2017 roku powód ponownie spotkał się z G. R. i O. R. w miejscu swojego zamieszkania. Agent przyjął od powoda dopłatę do składki oraz przekazał mu teczkę z dokumentami, tzw. Pakiet Ubezpieczeniowy. Powód podpisał

potwierdzenie odbioru pakietu ubezpieczeniowego. Dokument ten zawierał oświadczenie o treści analogicznej do treści oświadczenia zawartego we wniosku (wyżej przytoczonej).

/potwierdzenie odbioru pakietu ubezpieczeniowego k. 68-71,

zeznania G. R. k. 109v-111, zeznania O. R. k. 111-111v,

zeznania W. K. k. 120v-122, zeznania M. K. k. 123v/

W zbiorze dokumentów Pakietu Ubezpieczeniowego znajdowała się m.in. Polisa potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia nr (...) Ubezpieczenie Uniwersalne Nowa Perspektywa, List do Ubezpieczonego oraz Oświadczenie o Zmianie Warunków Ubezpieczenia. Dokumenty te wskazywały na zmianę wysokości składki z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia (w kwocie 262,53 zł miesięcznie). Wśród dokumentów znajdowały się również Ogólne Warunki Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa (OWU) oraz Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania (OWU PZ).

/polisa k. 13, list k. 15, oświadczenie k. 16, zeznania G. R. k. 109v-111,

zeznania O. R. k. 111-111v/

Zgodnie z § 3 ust. 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa (OWU), jeżeli Towarzystwo zaproponuje ubezpieczającemu zawarcie umowy na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku ubezpieczeniowego (kontroferta) uważa się, że kontroferta zostaje przyjęta a umowa zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu, to jest minimum 7 dni od dnia doręczenia kontroferty. W przypadku powoda okres na złożenie sprzeciwu był określony na 14 dni.

Stosownie zaś do § 4 ust. 2 Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania (OWU PZ) jeżeli Towarzystwo przyjmie ofertę ubezpieczającego złożoną jednocześnie z wnioskiem ubezpieczeniowym o zawarcie głównej umowy ubezpieczenia, dodatkową umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą zawarcia głównej umowy ubezpieczenia.

/dokument Ogólne Warunki Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa k. 53-59,

dokument Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia

w razie Poważnego Zachorowania k. 59-62, bezsporne/

W dniu 12 grudnia 2017 roku powód doznał zawału serca.

/dokumentacja medyczna – karta informacyjna k. 19-20, 76-77,

zeznania W. K. k. 121v, zeznania M. K. k. 122v/

W związku z tym zdarzeniem powód złożył przez internet wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania. Decyzją z dnia 16 lutego 2018 roku pozwany odmówił wypłaty świadczenia z uwagi na fakt, że przez rozpoczęciem choroby ubezpieczeniowej M. K. leczył się na nadciśnienie tętnicze

/wniosek k. 77-75, decyzja k. 21, 82, zeznania W. K. k. 122/

Powód złożył reklamację od powyższej decyzji wnosząc o wypłatę świadczenia w wysokości równej sumie ubezpieczenia z tytułu poważnego zachorowania, to jest w kwocie 150.00 zł. Decyzją z dnia 26 marca 2018 roku pozwany - po ponownej analizie dokumentacji – podtrzymał decyzję o odmowie wypłaty świadczenia.

/reklamacja k. 22-23, 78, decyzja k. 24, 81/

Sąd dokonał **ustaleń faktycznych** na podstawie powołanych wyżej dowodów, w tym: zgromadzonych w sprawie dokumentów związanych z zawartą umową i procesem hospitalizacji powoda, przesłuchania M. K. oraz świadków: żony powoda W. K. i przedstawicieli A. G. R. i O. R.. W toku postępowania żadna ze stron nie podważała autentyczności oraz treści zgromadzonych w sprawie dokumentów, dlatego też Sąd przyjął fakty z nich wynikające za udowodnione. Z uwagi zaś na fakt, iż kluczowe dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy były ustalenia dotyczące doręczenia powodowi ogólnych warunków umowy ubezpieczenia, Sąd uznał za konieczne dopuszczenie także dowodu z przesłuchania powoda oraz wskazanych wyżej świadków. Powyższe zeznania w pewnym zakresie uzupełniają się i potwierdzają ustalony wyżej przebieg zdarzeń. Sąd oczywiście zwrócił uwagę na fakt, iż występują pewne rozbieżności, do których odnieść się w dalszej części. Rozbieżności te mogą oczywiście wynikać bądź z zatarcia się określonych faktów w pamięci zeznających bądź też z celowego podawania informacji niezgodnych z rzeczywistością. W pierwszej kolejności należy odnieść się do przebiegu pierwszego spotkania. Sąd przyjął, iż powód nie widział ekranu komputera, gdyż wskazał na to sam M. K., jak również W. K. i G. R.. O. R. twierdził co prawda, że ekran komputera jest pokazywany klientom, jednakże nie potrafił potwierdzić, czy w przypadku powoda też tak było. W dalszej kolejności Sąd musiał przyjąć, iż nie zostało udowodnione czy OWU w formie papierowej zostały przyniesione na pierwsze spotkanie. Choć G. R. wskazał, że posiadał przy sobie dokumenty w formie zarówno elektronicznej, jak i papierowej, które położył na stole, to jednak stanowczo zaprzeczyli temu powód i W. K., ale również świadek O. R. nie był pewien, czy podczas spotkania faktycznie mieli przy sobie wydrukowane dokumenty. Ten ostatni nadmienił dodatkowo, że w razie takiej potrzeby zawsze mogą je pobrać z internetu. Wątpliwości mogło również budzić to, czy G. R. przeczytał powodowi oświadczenie klienta o otrzymaniu OWU zawarte w sporządzonym elektronicznie wniosku. Sam agent wskazał, że czyta klientom wszystkie pozycje zawarte we wniosku. Powód natomiast po okazaniu mu zgód podczas rozprawy zaprzeczył, że były odczytane lub zaprezentowane mu do zapoznania. Sytuacji nie wyjaśniają również zeznania W. K., bowiem podała ona, że nie pamięta szczegółów rozmowy męża z agentem, jeżeli chodzi o oświadczenia. Również w tym przypadku Sąd nie może stanowczo przesądzić, jaki był rzeczywisty przebieg rozmowy. Wykazane natomiast zostało, że powód przekazał agentowi swój numer telefonu i adres e-mail. G. R. wskazał, że sporządzony przez niego wniosek nie jest podpisywany przez klienta, lecz akceptowany poprzez podanie kodu PIN przysyłanego na numer telefonu. Powód potwierdził, że złożenie wniosku odbyło się w tej formie. Również na samym wniosku nie ma żadnych podpisów, ani nawet miejsca na ich złożenie. Przedstawiciel A. podał również, że uprzedził powoda, iż dokumenty zostaną do niego wysłane drogą elektroniczną. M. K. na rozprawie potwierdził, że na wniosku jest wskazany jego adres mailowy, przyznał także, że prawdopodobnie podawał go agentowi. Utrzymywał jednak, iż nie otrzymał tą drogą żadnych dokumentów. Stoi to jednak w sprzeczności z wydrukiem, który dostarczył pozwany, z którego wynika, że w dniu 5 czerwca 2017 roku do powoda został wysłany e-mail zatytułowany "Potwierdzenie złożenia wniosku – ubezpieczenie Nowa Perspektywa". Sąd przyjął, iż powód drogą elektroniczną otrzymał jednak dokumenty, a wśród nich OWU i OWU PZ, najpóźniej właśnie we wskazanym e-mailu i mając do nich dostęp mógł się z nimi zapoznać. Podczas drugiego spotkania – co potwierdziły wszystkie przesłuchiwane osoby – powód otrzymał teczkę z dokumentami. Sam powód przyznał, iż znajdowały się tam: potwierdzenie odbioru pakietu, wniosek z ankietą medyczną, polisa i "trzy czy cztery książeczki, w których były warunki ubezpieczeń do różnych produktów, które składały się na to ubezpieczenie". Zatem to, że wówczas powód otrzymał OWU i OWU PZ, pozostaje poza sporem. Powód przyznał także, iż nie przeczytał tych dokumentów, gdyż uważał, że wszystko już zostało mu wyjaśnione przez agenta. Jeżeli chodzi o poinformowanie powoda o możliwości wniesienia sprzeciwu, M. K. stwierdził, że "na drugim spotkaniu nie padła informacja, że mogę odstąpić od umowy". Przeciwną wersję zaprezentowali przedstawiciele A.. Nie sposób obecnie definitywnie rozstrzygnąć tej kwestii, wobec czego tą okoliczność należało uznać za nieudowodnioną przez pozwanego. Sąd przyjął jednak, że okres na złożenie sprzeciwu w przypadku powoda wynosił 14 dni od dnia otrzymania pakietu ubezpieczeniowego, bowiem okoliczność ta – wskazana przez pozwanego w piśmie procesowym – nie została zaprzeczona przez powoda i wskazany termin jest jednocześnie zgodny z minimum wymaganym przez OWU.

Sąd Rejonowy zważył, co następuje:

Podstawę prawną powództwa stanowi art. 805 § 1 k.c., który stanowi, że przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Zgodnie z § 2 pkt 2 w/w przepisu, świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (przy ubezpieczeniu osobowym).

Zgodnie z art. 384 § 1 k.c., ustalony przez jedną ze stron wzorzec umowy, w szczególności ogólne warunki umów, wzór umowy, regulamin, wiąże drugą stronę, jeżeli został jej doręczony przed zawarciem umowy. W przypadku posługiwania się wzorcem w formie elektronicznej, ubezpieczyciel powinien udostępnić go drugiej stronie przed zawarciem umowy w taki sposób, aby mogła ona wzorzec ten przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności (§ 4). Integralną część umowy dodatkowej ubezpieczenia od poważnego zachorowania zawartej między stronami, stanowiły zatem Ogólne Warunki Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa (OWU) oraz Ogólne Warunki Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia w razie Poważnego Zachorowania (OWU PZ). W tych ogólnych warunkach ubezpieczenia strona pozwana zobowiązała się wypłacić świadczenie w razie poważnego zachorowania ubezpieczonego określonego w Tabelach Poważnych Zachorowań, które wystąpiło w czasie ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie z pkt 40 tabeli zawał serca stanowi jedną z takich chorób. Jednocześnie jednak pozwany wyłączył swoją odpowiedzialność za to zdarzenie w przypadku, gdy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego rozpoznano chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze lub cukrzycę (§ 3 ust. 3 pkt 2 OWU PZ).

Strony w toku procesu nie kwestionowały samego faktu zajścia w życiu M. K. zdarzenia (zawał serca), które może być zakwalifikowane jako poważne zachorowanie w rozumieniu umowy ubezpieczeniowej, jak również tego, że powód cierpiał na nadciśnienie tętnicze, co z kolei stanowi przesłankę do ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Osią sporu w niniejszym procesie jest okoliczność, czy postanowienia zawarte w OWU i OWU PZ wiązały powoda czy też nie. Aby przesądzić tą kwestię należało w pierwszej kolejności ustalić przede wszystkim to:

1. czy, kiedy i w jaki sposób M. K. został doręczony przez pozwanego wzorzec umowy w postaci OWU i OWU PZ;
2. kiedy doszło do zawarcia umowy pomiędzy M. K. a A. Towarzystwo (...) S.A.

Sąd w toku procesu ustalił, że powód bezsprzecznie otrzymał OWU i OWU PZ w postaci e-maila zatytułowanego "Potwierdzenie złożenia wniosku – ubezpieczenie Nowa Perspektywa" w dniu 5 czerwca 2017 roku na swoją skrzynkę mejlową (mariusz0108@gmail.com). Powód sam wskazał agentowi ten adres, a więc musiał mieć świadomość, że ubezpieczyciel będzie się komunikował z nim również tą drogą. Po raz drugi M. K. dostał OWU i OWU PZ w dniu 14 czerwca 2017 roku, kiedy G. R. przyniósł mu do domu teczkę z dokumentami, tzw. Pakiet Ubezpieczeniowy. Powód sam przyznał, że nie zapoznawał się dokładnie z dokumentami, jak również nie wiedział dokładnie co podpisuje. Sąd, bazując na doświadczeniu życiowym, zdaje sobie sprawę z tego, że konsumenci często nie zapoznają się ze wszystkimi postanowieniami umowy, zwłaszcza tymi zawartymi we wzorcu umownym, czy to z uwagi na brak czasu czy też skomplikowane prawnicze sformułowania w nich zawarte. Ustawodawca wymaga jednakże jedynie doręczenia wzorca umownego, gdyż zabezpiecza to w wystarczającym stopniu możliwość zapoznania się w każdym czasie konsumenta z tymi postanowieniami. Powód podnosił, iż w toku spotkania nie zostały zaprezentowane wszystkie ważne dla niego aspekty umowy. Jednakże z uwagi na pewność obrotu prawnego i możliwości dowodowe pierwszoplanowe znaczenie muszą mieć postanowienia zawarte w dokumencie. Sam ustawodawca przesądził w treści art. 809 § 1 k.c., że ubezpieczyciel każdorazowo zobowiązany jest potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia. Przechodząc zaś do kwestii określenia czasu zawarcia umowy należy wskazać, iż w okolicznościach przedmiotowej sprawy, umowa została zawarta 14 dni po doręczeniu powodowi pakietu ubezpieczeniowego, a więc 28 czerwca 2017 roku. Zgodnie bowiem z art. 811 § 2 k.c. (zawierającego wyjątek od regulacji zawartej w art. 809 § 2 k.c.) w braku sprzeciwu umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu. Odpowiednik tego przepisu znajduje się także w § 3 ust. 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa (OWU). Powód zatem w toku procesu niezasadnie przyjmował, iż umowa została zawarta wcześniej, podczas gdy w dniu 5 czerwca 2017 roku doszło jedynie do złożenia oferty przez powoda, zaś w dniu

14 czerwca 2017 roku doręczono mu kontrofertę sporządzoną przez pozwanego. Nie można utożsamiać tych dwóch terminów z momentem zawarcia umowy. Przyjąć zatem należy, że wzorce umowne zostały doręczone powodowi przed zawarciem umowy i miał on czas i realną możliwość, aby się z nimi zapoznać, a zatem wymóg zawarty w art. 384 § 1 k.c. został spełniony.

Powód – na wypadek uznania, że postanowienia OWU i OWU PZ wiązały powoda – powoływał się na treść art. 385¹ § 1 k.c., który stanowi, że postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (tzw. niedozwolone postanowienia umowne). Zgodnie z art. 385² k.c. oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny. W ocenie Sądu § 3 ust. 3 pkt 2 OWU PZ wskazujący na przypadki ograniczające odpowiedzialność ubezpieczyciela nie może być potraktowany jako niedozwolona klauzula umowna. Przepis ten precyzyjnie wskazuje w jasny i zrozumiały sposób trzy przypadki, przy zaistnieniu których świadczenie nie zostanie wypłacone. Jednocześnie wprowadzenie tego rodzaju ograniczenia jest racjonalnie uzasadnione znacznym podwyższeniem ryzyka ubezpieczeniowego. Przedsiębiorca oferując swoim klientom umowę ubezpieczenia ma prawo określić, jakie ryzyko jest w stanie ponieść i wskazać sytuacje, w których zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej jest dla niego ekonomicznie nieopłacalne. Nie można bowiem oczekiwać od drugiej strony umowy, aby nałożyła na siebie odpowiedzialność za absolutnie każdy przypadek poważnej choroby ubezpieczonego, nawet wówczas gdy jego wystąpienie jest wysoce prawdopodobne bądź graniczące z pewnością (a więc w przypadku, gdy element losowości zdarzenia zaczyna odgrywać mniejszą rolę). Tego typu regulacji nie sposób potraktować jako nadużycia przez przedsiębiorcę silniejszej pozycji kontraktowej przez ukształtowanie treści klauzul bez uwzględnienia usprawiedliwionego interesu drugiej strony. Uwzględnienie interesów konsumenta nie może bowiem powodować naruszenia usprawiedliwionego interesu przedsiębiorcy w prowadzonej działalności gospodarczej. W orzecznictwie przyjmuje się, że przedsiębiorca traktujący konsumenta w sposób sprawiedliwy i słuszny kształtuje postanowienia wzorca w taki sposób, że mógłby racjonalnie spodziewać się, iż konsument przyjąłby je w drodze negocjacji indywidualnych. Odnosząc to do niniejszej sprawy należy wziąć pod uwagę fakt, że pozwany w dalszym ciągu obejmował powoda ochroną na wypadek 38 innych chorób (poza zawałem serca i udarem mózgu) określając sumę ubezpieczenia na 150.000 zł w zamian za składkę w wysokości 109,80 zł miesięcznie (część składki przypadająca na dodatkową umowę ubezpieczenia w razie poważnego zachorowania). Nie sposób przyjąć, iż tego rodzaju postanowienia w sposób rażący godzą w równowagę kontraktową stron. Pozwany ponadto w toku zawierania umowy pozyskał również od powoda informacje o jego stanie zdrowia, a więc powód miał świadomość, iż jego choroba wpływa na kształt zawieranego stosunku zobowiązaniowego. Zaniechanie tego obowiązku mogłoby rzeczywiście wprowadzać u klienta mylne przekonanie o braku znaczenia tego aspektu dla zakresu ochrony.

Odniesć należy się również do kolejnego zarzutu powoda, sprowadzającego się do stwierdzenia, że postanowienie zawarte w § 3 ust. 3 pkt 2 OWU PZ jako sprzeczne z prawem jest nieważne (art. 807 k.c.) z uwagi na treść art. 815 k.c. i fakt, że powód poinformował pozwanego o swojej chorobie. W ocenie Sądu powód błędnie interpretuje treść art. 815 § 3 k.c. Przepis ten wskazuje, że ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Nie można jednakże drogą wykładni a contrario rozumieć tej regulacji w ten sposób, że - w przypadku poinformowania ubezpieczyciela o określonych okolicznościach - jego odpowiedzialność zostaje rozszerzona na wypadki pierwotnie nieobjęte ochroną. Nie taki jest sens i cel tego przepisu. Funkcją art. 815 § 3 k.c. jest ochrona ubezpieczyciela przed zatajeniem przez kontrahenta pewnych istotnych informacji pozostających w kręgu zainteresowania tego pierwszego. Norma ta działa zatem jednokierunkowo – zawęża w określonych przypadkach odpowiedzialność ubezpieczyciela, ale nie kreuje dodatkowych podstaw tej odpowiedzialności nieprzewidzianych w umowie. Nie ma zatem racji powód wskazując w piśmie procesowym, iż: “to, że ubezpieczyciel nie zapytał ubezpieczonego lub zawarł umowę mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, nie niosłoby dla ubezpieczyciela żadnych negatywnych skutków. Całe ryzyko, że choroba wynikać będzie z chorób istniejących przed dniem zawarcia umowy obciążałoby drugą stronę i to bezterminowo”. Po pierwsze, w takim przypadku ubezpieczyciel ponosi niewątpliwą stratę zawierając umowę nie mając świadomości o zwiększonym ryzyku,

zaś ubezpieczony korzysta z tego, iż płaci składkę w niższej wysokości. Po drugie, ubezpieczyciel – jak już była o tym mowa wyżej – może wskazać w umowie te poważne zachorowania, które chce objąć ochroną, i przypadki, które z tej ochrony wyłącza mając na uwadze rachunek ekonomiczny, którym kieruje się każdy przedsiębiorca.

Sąd, rozpatrując niniejszą sprawę, nie dopatrywał się również żadnych nieprawidłowości, jeśli chodzi o złożenie kontroferty przez pozwanego. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu (art. 811 § 1 k.c.). Tak też się stało w niniejszej sprawie, bowiem informacja powoda o nadciśnieniu tętniczym wpłynęła jedynie na podwyższenie składki (o czym został wprost poinformowany na piśmie), nie miała natomiast żadnego znaczenia na modyfikację ograniczeń odpowiedzialności pozwanego zawartych w OWU PZ. Wzorzec umowy – z natury swojej - miał taką samą treść zarówno w momencie składania oferty przez powoda, jak i w chwili doręczenia mu kontroferty pozwanego. Zmiana dotyczyła jedynie wysokości składki określonej w umowie podstawowej, która jest dostosowywana w odniesieniu do każdego konkretnego klienta. Rację ma pozwany, że nadciśnienie tętnicze jest czynnikiem, które podnosi ryzyko zachorowań także na inne, poza zawałem serca czy udarem, schorzenia, stąd też podwyższenie składki znajduje swoje racjonalne uzasadnienie.

Podsumowując powyższe rozważania, należy stwierdzić, iż nie ma żadnych przeszkód, aby oceniać ustalony stan faktyczny w kontekście unormowań zawartych w OWU i OWU PZ. Wskazać zatem należy, że zawał serca stanowi jedno z poważnych zachorowań wymienionych w tabeli załączonej do OWU PZ (pkt 40), przy czym w § 3 ust. 3 pkt 2 zawarto wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w sytuacji, gdy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej u ubezpieczonego rozpoznano m.in. nadciśnienie tętnicze. W toku procesu ustalono, że powód w dniu 12 grudnia 2017 roku doznał zawału serca i zdarzenie to zgłosił pozwanemu zakładowi ubezpieczeń. Stwierdzono także, że powód cierpiał na nadciśnienie tętnicze i poinformował o tym ubezpieczyciela w ankiecie medycznej stanowiącej integralną część wniosku. Wobec powyższego pozwany zasadnie odmówił wypłaty świadczenia M. K., a zatem powództwo należało oddalić w całości.

Mimo nieuwzględnienia powództwa w całości Sąd nie obciążył powoda obowiązkiem zwrotu na rzecz pozwanego kosztów tego procesu uznając, że skomplikowany i niejednoznaczny charakter sprawy, usprawiedliwił przekonanie powoda o zasadności jego roszczenia, co uzasadnia zastosowanie art. 102 k.p.c. Uwzględnieniu podlegały także trudna sytuacja zdrowotna powoda oraz porównanie jego stanu majątkowego z sytuacją pozwanego – dużego zakładu ubezpieczeń. W tych realiach obciążanie M. K. obowiązkiem zwrotu kosztów procesu stałoby w opozycji do elementarnego poczucia sprawiedliwości.