

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 marca 2016 r.

Sąd Okręgowy w Poznaniu Wydział II Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący: SSO Ewa Blumczyńska (spr.)

Sędzia: SO Danuta Silska

Sędzia: SR del. Sylwester Książdz

Protokolant: starszy prot.sąd. Justyna Klimek

po rozpoznaniu w dniu 17 marca 2016 r. w Poznaniu

na rozprawie

sprawy z powództwa D. B.

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

o zapłatę

na skutek apelacji wniesionej przez pozwanego

od wyroku Sądu Rejonowego w Trzciance

z dnia 8 lipca 2015 r.

sygn. akt I C 326/15

oddala apelację.

Danuta Silska Ewa Blumczyńska Sylwester Książdz

UZASADNIENIE

Powódka D. B. wniosła przeciwko (...) Towarzystwu Ubezpieczeń Spółka Akcyjna (...) z siedzibą w W. o zasądzenie na jej rzecz kwoty 1.500,- zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 9 kwietnia 2014r. oraz kosztów postępowania z tytułu umowy ubezpieczenia.

Pozwany (...) Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. (...) z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa i zasądzenie od powódki na swoją rzecz kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu pozwany kierując się ogólnymi warunkami ubezpieczenia, powołując się na § 13 ust. 1, § 13 ust. 3 pkt 4 oraz § 7 ust. 3 podniósł, że skoro powódka podwyższyła wartość sumy ubezpieczenia, to pomimo opłacenia składki, przez okres sześciu miesięcy nie może otrzymać wypłaty świadczeń z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia z uwagi na karencję.

Wyrokiem z dnia 08 lipca 2015r. Sąd Rejonowy w Trzciance :

1. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 1.500,- (jeden tysiąc pięćset) złotych z odsetkami w wysokości ustawowo określonej od dnia 9 kwietnia 2014 roku,

2. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 30,- (trzydzieści) złotych tytułem zwrotu kosztów sądowych.

Z ustaleń faktycznych Sądu Rejonowego wynikało, że w dniu 28 lutego 2013r. powódka D. B. zawarła z (...) Towarzystwem Ubezpieczeń S.A. (...) z siedzibą w W. umowę grupowego ubezpieczenia na życie (...) o numerze (...) na okres od dnia 1 marca 2013r. do dnia 28 lutego 2014r., która obejmowała m.in. ubezpieczenie z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ojczyrna ubezpieczonego lub zgonu rodziców lub macochy/ojczyrna małżonka ubezpieczonego. Wysokość świadczenia określona została na kwotę 1.000,-zł. Ponadto, że podpisując umowę powódka zaakceptowała treść ogólnych warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (...). W dniu 5 lutego 2014r. powódka zawarła z pozwanym kolejną umowę ubezpieczenia o numerze (...) na okres od dnia 1 marca 2014r. do dnia 28 lutego 2015r. Umowa ta, jak i uprzednia, przewidywała ubezpieczenie m.in. z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ojczyrna ubezpieczonego lub zgonu rodziców lub macochy/ojczyrna małżonka ubezpieczonego, ale podwyższona została wysokość świadczenia z tytułu zgonu rodziców lub macochy/ojczyrna ubezpieczonego oraz zgonu rodziców lub macochy/ojczyrna małżonka ubezpieczonego z uprzedniej kwoty 1.000,- zł do kwoty 1.500,- zł. oraz, że również w tym przypadku, podpisując umowę, powódka zaakceptowała treść ogólnych warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (...).

W związku ze śmiercią dnia 16 marca 2016r. teścia P. B. powódka w dniu 1 kwietnia 2014r. zwróciła się do pozwanego o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego. W odpowiedzi pozwany pismem z dnia 9 kwietnia 2014r. powołując się na § 13 ust 3 pkt 4, § 13 ust. 5 oraz § 7 ust 3 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (...) odmówił powódce wypłaty świadczenia. Od wskazanej decyzji powódka wniosła odwołanie, które również nie zostało uwzględnione.

Pismem z dnia 26 listopada 2014r. powódka wezwała pozwanego do zapłaty kwoty 1.500 zł. w terminie 7 dni od doręczenia wezwania pod rygorem skierowania sprawy na drogę sądową.

Przy powyższych ustaleniach faktycznych Sąd Rejonowy zważył, co następuje :

Spór w niniejszej sprawie dotyczył tzw. okresu karencji. Powódka, przedłużając umowę ubezpieczenia uważała, że skoro podpisała z pozwanym kolejną umowę i opłaciła składkę w pełnej, określonej polisą składki, to przysługuje jej ochrona ubezpieczeniowa.

W tym kontekście Sąd Rejonowy wskazał, że zgodnie z art. 805 § 1kpc 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 oraz, że świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku, a przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej (§ 2 pkt 1 i 2). Nadto, że w myśl art. 385⁽¹⁾ §1kc postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne) oraz, że nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Poza tym, że regulacja zawarta w art. 385⁽¹⁾kc ma charakter szczególny wobec ogólnych przepisów, które stosuje się do kształtowania przez kontrahentów treści umowy (np. art. 58kc, art. 353⁽¹⁾kc czy art. 388kc). Nadto, że w myśl § 13 ust. 3 pkt 4 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (...) niezależnie od świadczeń, o których mowa w ust.1 i 2 oraz 3 § 13, po upływie sześciu miesięcy, licząc od daty początku odpowiedzialności pozwanego w stosunku do ubezpieczonego wypłacane są świadczenia z tytułu zgonu rodziców małżonka ubezpieczonego. Okresy ograniczenia odpowiedzialności, o których mowa w § 13 o.w.u. nie

mają zastosowania w stosunku do ubezpieczonego, któremu ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w ramach kontynuowanej umowy przez kolejny okres roczny (§ 13 ust. 5 o.w.u.). Zgodnie z § 7 ust. 3 Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie (...) przez kontynuowanie umowy ubezpieczenia rozumie się zawarcie przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia z dniem bezpośrednio następującym po dniu zakończenia okresu trwania poprzedniej umowy oraz przy zachowaniu niezmienionej wysokości sumy ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia oraz wysokości poszczególnych świadczeń

Mając na uwadze powyższe Sąd Rejonowy uznał, iż zastosowane przez pozwanego postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia są niedozwolone w rozumieniu przepisu art. 385¹ §1kc. z uwagi na rażące naruszanie interesów pozwanej jako konsumenta w sferze ekonomicznej, związanej z uzyskaniem niepełnowartościowego świadczenia, pomimo opłacania składki w pełnej wysokości. Nadto, że pozwany postąpił w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami bowiem wykorzystując swoją uprzywilejowaną pozycję, zaoferował powódce warunki umowy naruszające zasadę ekwiwalentności świadczeń stron. Przy tym, że rażąca jest okoliczność, że pozwany odmówił wypłaty świadczenia i to nawet w wysokości 1.000 zł, to jest w wysokości wynikającej z poprzedniej umowy ubezpieczenia, która została przedłużona umową z dnia 5 lutego 2014r. W konkluzji, że postanowienia ogólnych warunków umowy zaproponowane powódce przez pozwanego i następnie przez nią przyjęte, kształtują prawa i obowiązki powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jej interesy, stąd jako niedozwolone postanowienia umowne jej nie wiążą.

W świetle tej oceny Sąd Rejonowy orzekł jak w pkt 1 wyroku. Jako podstawę orzeczenia o odsetkach wskazał art. 481 §1 i 2kc podając, że powódka domagała się zasądzenia odsetek począwszy od dnia 9 kwietnia 2014r. Decyzją z dnia 9 kwietnia 2014r. pozwany odmówił powódce wypłaty świadczenia, a zatem od tego dnia pozwany pozostaje w opóźnieniu w spełnieniu świadczenia. Nadto, że nie ma racji pozwany, twierdząc, że powódka wezwaniem do zapłaty odroczyła mu termin płatności i w związku z tym nie może domagać się odsetek za okres wcześniejszy bowiem powódka nie określiła w wezwaniu od kiedy mają być liczone odsetki oraz, że już wcześniej przeszła całą procedurę związaną z dochodzeniem swojego roszczenia od ubezpieczyciela.

Jako podstawę orzeczenia o kosztach procesu Sąd Rejonowy podał art. 98 § 1 kpc, obciążając nimi pozwanego jako stronę przegrywającą proces wskazując, że na koszty procesu złożyła się opłata uiszczona przez powódkę w wysokości 30 zł.

Apelację od powyższego rozstrzygnięcia złożył pozwany zarzucając :

I. naruszenie przepisu postępowania, tj. art. 233 § 1 k.p.c. mające wpływ na treść orzeczenia przez:

1) dokonanie oceny dowodów w sposób dowolny, nie zaś swobodny oraz pominięcie okoliczności zawarcia przez powódkę umowy ubezpieczenia na podstawie tych samych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia po raz drugi, co doprowadziło Sąd I instancji do błędnego uznania, że regulacje umowy ubezpieczenia rażąco naruszają interesy powódki jako konsumenta w sferze ekonomicznej, oraz kształtują interesy powódki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, podczas gdy powódka zawierając umowę ubezpieczenia, po raz kolejny na tych samych zasadach, miała pełną świadomość i wiedzę co do odstępstw w niej zawartych, w konsekwencji czego Sąd I instancji błędnie uznał roszczenie powódki za zasadne;

2) poprzez dokonanie oceny dowodów w sposób dowolny, nie zaś swobodny, co doprowadziło Sąd I instancji do błędnego uznania, że powódka w wezwaniu do zapłaty nie odroczyła pozwanemu terminu płatności świadczenia, podczas gdy, jak wynika z treści pisma odroczenia zapłaty powódka dokonała, w konsekwencji czego Sąd I instancji błędnie uznał, że pozwany pozostaje w opóźnieniu spełnienia świadczenia, od dnia 9 kwietnia 2014 r. i od tego terminu zasądził powódce odsetki;

II. naruszenie przepisów prawa materialnego w postaci art. 385 1 § 1 k.c. poprzez jego zastosowanie a w konsekwencji błędne uznanie, że zapisy § 13 ust 1 i ust 3 pkt 4 OWU oraz § 7 ust 3 OWU rażąco naruszają interesy powódki jako konsumenta

i kształtują jej prawa w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami;

Przy powyższych zarzutach apelujący wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez oddalenie powództwa w całości i orzeczenie o kosztach procesu w tym kosztach zastępstwa procesowego według norm przepisanych za obie instancje.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje :

Apelacja okazała się bezzasadna.

Odnosząc się do zarzutu naruszenie prawa procesowego w postaci art. 233

§ 1 kpc niezbędnym jest zaznaczenie, że okoliczności faktyczne nie były sporne między stronami.

W ich kontekście niewątpliwym pozostało, że strony łączyły dwie umowy ubezpieczenia na życie (...). Pierwsza zawarta w dniu 28 lutego 2013r. obejmowała okres od 01 marca 2013r. do 28 lutego 2014r. oraz druga zawarta w dniu 05 lutego 2014r. obejmowała okres od 01 marca 2014r. do 28 lutego 2015r. Obie dotyczyły ubezpieczenia m.in. z tytułu zgonu macochy/ojczyrna małżonka ubezpieczonego. Powódka w obu przypadkach podpisała umowę, co dawało podstawę do wniosku, że zaakceptowała warunki zawarte w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie(...). Poza tym, że umowa nie była z nią indywidualnie uzgadniana. Przy pierwszej umowie wysokość świadczenia określona została na kwotę 1 000 zł. Druga umowa przewidywała wypłatę świadczenia w kwocie 1 500 zł.

Także nie kwestionowanym było, że w dniu 16 marca 2016r. zmarł teść powódki, o czym powódka poinformowała pozwanego pisemnie w dniu 01 kwietnia 2014r domagając się wypłaty świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.

Wobec nie kwestionowania tych ustaleń, które dla przedmiotu rozstrzygnięcia były wystarczające Sąd odwoławczy przyjął je za własne i zarazem miarodajne do rozpoznania zarzutu naruszenia prawa materialnego w postaci art. 385¹ § 1 kc.

Na wstępie tych rozważań niezbędnym jest zaznaczenie, że powołany przepis art. 385¹ § 1 k.c. zawierający klauzulę generalną, dotyczącą niedozwolonych postanowień umownych, odnosi się do wszelkich umów konsumenckich, niezależnie od tego, czy przy ich zawieraniu przedsiębiorca posługiwał się wzorcem umowy. Nie ulega zatem wątpliwości, że przepis ten znajduje zastosowanie także przy umowach ubezpieczenia. Także poza sporem winno pozostać, że w ramach sądowej kontroli umów musi być dokonana ocena, czy określone postanowienie umowne zawiera cechy postanowienia niedozwolonego, to jest - niezgodnione indywidualnie z konsumentem - kształtuje jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Przesłanka braku indywidualnego uzgodnienia została przez ustawodawcę bliżej określona w przepisie art. 385¹ § 3 k.c., który nakazuje uznać za niezgodnione indywidualnie „te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu”.

W orzecznictwie Sądu Najwyższego wypracowane zostały kryteria według których powinno się oceniać abuzywność postanowień wzorców umownych w rozumieniu tego przepisu. Zgodnie z zawartymi w tych orzeczeniach wskazaniem, przez działanie wbrew dobrym obyczajom należy rozumieć wprowadzenie do wzorca klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron, zaś rażąco naruszenie interesów konsumenta jako nieusprawiedliwione dysproporcje na jego niekorzyść praw i obowiązków wynikających z umowy.

Treść przedmiotowej polisy ubezpieczeniowej stanowiącej dowód zawarcia przez powódkę umowy ubezpieczenia dawała niewątpliwą podstawę do przyjęcia, że do ubezpieczenia mają zastosowanie Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie (...) (zwane w dalszej części uzasadnienia OWU) - określające w § 13 warunki ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. W ust.3 tego przepisu przewidziano okres 6 miesięcy karencji przez okres pierwszych 6 miesięcy obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej w odniesieniu m.in. do śmierci teściów. Przy tym w ust. 5 tego przepisu przyjęto, że okresy ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela nie mają zastosowania w stosunku do ubezpieczonego, któremu ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest w ramach kontynuowanej umowy przez kolejny

roczny okres. Przez kontynuację umowy ubezpieczenia – zgodnie z § 7 ust.3 OWU – rozumie się zawarcie umowy przez ubezpieczonego z dniem bezpośrednio następującym po zakończeniu okresu trwania poprzedniej umowy przy zachowaniu niezmienionej wysokości sumy ubezpieczenia, wariantu ubezpieczenia oraz wysokości poszczególnych świadczeń.

Apelujący argumentował, że zapisy dotyczące karencji, są powszechną praktyką ubezpieczeniową a ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w pierwszych miesiącach od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ograniczać ryzyko przystępowania do ubezpieczenia osób, które w momencie zawarcia umowy mogą mieć świadomość, że tego rodzaju wypadek ubezpieczeniowy nastąpi np. ubezpieczony ma już objawy choroby, która stanowi poważne zachorowanie, bądź ubezpieczony jest pewny że w niedalekiej przyszłości nastąpi inne zdarzenie ubezpieczeniowe. Przy tym, że brak karencji w odniesieniu do tego rodzaju sytuacji spowodowałby przyjęcie przez ubezpieczyciela odpowiedzialności w odniesieniu do ryzyk pewnych, co byłoby - zdaniem apelującego - sprzeczne z istotą umowy ubezpieczenia wyrażoną w art. 805 kc., która zakłada niepewność stron co do zajścia przewidzianego w umowie wypadku oraz, że niestosowanie przez Towarzystwo karencji skłaniałoby ww. osoby do zawierania umów ubezpieczenia, ponieważ miałyby one pewność otrzymania wysokiego świadczenia w zamian za zapłatę składki w niewielkiej wysokości.

Odnosząc powyższe argumenty do przedmiotu sprawy wskazać należy, że niewątpliwym pozostało, że element zachowania niezmienionej wysokości sumy ubezpieczenia nie został podtrzymany w umowie zawartej od 01 marca 2014r. w stosunku do poprzedniej umowy obejmującej okres od 01 marca 2013r. do 28 lutego 2014r., co w świetle uregulowania zawartego w OWU oznacza brak spełnienia elementu „ciągłości” umowy a w konsekwencji stanowi podstawę do odmowy wypłaty przez pozwanego świadczenia z tytułu zgonu teścia powódki.

Niemniej Sąd odwoławczy nie podważając, chociażby z uwagi na charakter zdarzenia ubezpieczeniowego - zasadności uprawnienia ubezpieczyciela do kreowania umowy w której przewidywany jest okres karencji, czyli nie podlegający ubezpieczeniu wskazuje, że w takiej sytuacji niezbędnym wymogiem jest uregulowanie w sposób nie krzywdzący ubezpieczonych kwestii wysokości składek ubezpieczeniowych. W wyroku z dnia 13 lipca 2005 r. (I CK 832/04, Pr. Bank. 2006, nr 3, s. 8) Sąd Najwyższy stwierdził bowiem, że „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.” Nie może być bowiem akceptowana sytuacja, że ubezpieczyciel w stosunku do ubezpieczających kontynuujących przedmiot ubezpieczenia, mając na uwadze jedynie swój interes ekonomiczny całkowicie pomija kwestię faktycznego braku ochrony ubezpieczeniowej swoich klientów w okresie karencji. Przy tym nie powinno ulegać wątpliwości, że ewentualnie uzasadnionym mogłoby być stosowanie tego ograniczenia odnośnie podwyższonej kwoty ubezpieczenia w stosunku do określonej w poprzedniej umowie. Jednak niezbędnym w takiej sytuacji byłoby określenie innej wysokości składki w odniesieniu do składki pobieranej za okres ubezpieczenia, objętego pełnym świadczeniem kwoty ubezpieczenia. Zgodnie bowiem z uregulowaniem zawartym w art. 813 kc „składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela”. Stąd niewątpliwym jest, że uiszczanie przez powódkę składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości przy kontynuacji na analogicznych, co do przedmiotu ubezpieczenia warunkach poprzedniej umowy winno skutkować przyjęciem pełnej ochrony ubezpieczeniowej a odstępowanie od tego powodować analizę pod kątem naruszenia istotnych interesów konsumenta.

Zatem dokonując oceny kryteriów sprecyzowanych postanowieniami OWU zawartymi w § 13 ust. 5 i § 7 ust. 3 w świetle art. 385¹ § 1 i 3 k.c, który określa przesłanki i skutki uznania klauzuli za niedozwoloną, Sąd odwoławczy podzielił ocenę Sądu Rejonowego, że winny być one kwalifikowane jako postanowienia niedozwolone a w kontekście sankcjonowane jako nie mające mocy wiążącej, przy zachowaniu skuteczności pozostałej części umowy i OWU. Zakaz bowiem stosowania niedozwolonych postanowień umownych sformułowany w art. 385¹ k.c nie ma wpływu na skuteczność umowy i OWU w pozostałym zakresie i szczególna regulacja dla umów konsumenckich nie przewiduje możliwości oceny, czy bez tych postanowień strony zawarłyby umowę.

W kontekście powyższego niezasadny okazał się zarzut apelacyjny naruszenia prawa materialnego, w tym również uwzględnienia żądania zasądzenia odsetek na podstawie art. 481 § 1 kc od dnia 09 kwietnia 2014r. Od dnia wydania

bowiem w niniejszym terminie decyzji pozwany wyraził swoje stanowisko odnośnie odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego i od tego dnia pozostawał w zwłoce z jego wypłatą. Natomiast określenie przez powódkę terminu na jego wypłatę odnosiło się do kwestii wytoczenia powództwa i brak jest podstaw, że tym samym powódka określiła kolejny termin na realizację świadczenia.

W konkluzji stwierdzić należy, że apelacja okazała się bezzasadna, co skutkowało jej oddaleniem na podstawie art. 385 kpc. Przy tym wynik postępowania odwoławczego skutkowało brakiem rozstrzygnięcia odnośnie kosztów tegoż postępowania. Powódka bowiem nie poniosła jakichkolwiek kosztów postępowania odwoławczego a pozwanemu, jako stronie apelację przegrywającej koszty są nienależne.

SSO Danuta Silska SSO Ewa Blumczyńska del.SSR Sylwester Książdz
