

UZASADNIENIE

FAKTY:

Powódka D. R. w dniu 22/11/2019 dostała od agenta ubezpieczeniowego przygotowaną tego samego dnia przez pozwanego Towarzystwo (...) S.A. w W. [wówczas działającego pod firmą (...) na (...) S.A. w W.”] informację o Grupowym (...). Zgodnie z tą informacją, **łączna wysokość wypłaty w wypadku** zajścia określonych zdarzeń ubezpieczeniowych [w rozumieniu warunków ogólnych Zespół] m.in. przy poważnym zachorowaniu – wersja 2 [21 jednostek chorobowych] – **m.in. nowotwór złośliwy wynosiła 16.000 PLN** [k. 10].

Dnia 22/11/2019 powódka złożyła deklarację przystąpienia do Umowy Grupowego (...) [dalej „umowa”]. Stronami umowy są pozwany jako ubezpieczyciel i J. R. [mąż powódki] jako ubezpieczający. Powódka jako uczestniczka od 26/11/2019 jest objęta ochroną ubezpieczeniową pozwanego, potwierdzoną polisą nr (...) [fakty bezsporne].

W pkt VII podpisanej przez powódkę deklaracji przystąpienia z 22/11/2019 widnieje przygotowana przez pozwanego adnotacja, że powódka potwierdziła otrzymanie **warunków ubezpieczenia, w tym w szczególności Ogólnych Warunków Ubezpieczenia** [k. 51v-52].

Powódka składając podpis pod deklaracją przystąpienia **nie potwierdziła otrzymania** Warunków Ogólnych Grupowego (...) / (...), w tym Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej (...) Ryzyka Poważnego Zachorowania Nr (...) [k. 53, 59].

Zgodnie z dokumentem uczestnictwa do polisy nr (...), zakresem ubezpieczenia objęte jest m.in. poważne zachorowanie – wersja 2 z sumą ubezpieczenia wynoszącą 16.000 PLN. Składka regularna wynosi 95,70 PLN miesięcznie. Ogólne Warunki Ubezpieczenia stanowią Warunki Ogólne Grupowego (...) nr (...) sygn. (...). Podano adres strony internetowej, na której udostępniono Ogólne Warunki Ubezpieczenia. Koszt ubezpieczenia przypadający na sumę ubezpieczenia za poważne zachorowanie – wersja 2 wynosi 30,94 PLN [k. 9, 11].

Postanowienia umowy nie były indywidualnie uzgodnione z powódką [domniemanie prawne].

W listopadzie 2020 r. u powódki stwierdzono nowotwór złośliwy tarczycy. Wielkość i ogniskowość nowotworu nie przekraczała średnicy 2 cm. Dnia 10/11/2020 powódce wycięto tarczycę w całości z centralnym układem chłonnym [k. 12-16, 22, 109-112, 163-168, 171-176].

W świetle § 1 pkt 3) **Warunków Ogólnych Grupowego (...) nr (...)** [dalej, także „OWU”], **Poważne Zachorowanie** – przewidziane w Tabeli 1a oraz Tabeli 1b tych Warunków Ogólnych schorzenie uczestnika, które wystąpiło w trakcie Ochrony Ubezpieczeniowej.

W Tabeli 1a, Grupie III, pkt 14 wymieniono **Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym**. Zgodnie z **Definicjami Poważnych Zachorowań, Nowotwór złośliwy w stadium inwazyjnym** – guz o charakterze złośliwym charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powodujący naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe – w rozumieniu OWU – do nowotworów złośliwych, oprócz nowotworów scharakteryzowanych powyżej, zalicz się także białaczki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą; rozpoznanie musi zostać postawione na podstawie wyniku badania histopatologicznego i być potwierdzone przez lekarza specjalistę.

Nie stanowią Poważnego Zachorowania w rozumieniu tej definicji m.in. nowotwory tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm i opisane jako (...) według klasyfikacji (...) [§ 8 pkt 1 ppkt 18 lit. d) OWU; k. 53-63].

Powódka 27/11/2020 zawnioskowała do pozwanego o wypłatę 16.000 PLN świadczenia ubezpieczeniowego za poważne zachorowanie. Pozwany decyzją z 07/01/2021 odmówił powódce wypłaty [fakty bezsporne].

Odpowiadając na decyzję pozwanego z 07/01/2021 powódka w reklamacji z 18/01/2021 zwróciła się o ponowne rozpatrzenie sprawy. Pozwany 19/01/2021 podtrzymał dotychczasowe stanowisko [fakty bezsporne].

DOWODY:

Stan faktyczny w zakresie faktów bezspornych ustalono zgodnie z art. 229 i 230 k.p.c. Domniemanie prawne wynika z art. 385¹ § 3 k.c. Pozwany nie obalił tego domniemanie. Poza tym posłużono się dowodami z dokumentów, które nie budziły wątpliwości i nie były kwestionowane przez strony.

Nadto faktyczne ustalenia poczyniono w oparciu o dowód z pisemnej opinii biegłego lekarza dr hab. n. med. K. W. z dnia 27/12/2021 [k. 109-112]. Oceniono ją jako rzetelną, jasną i wyczerpującą. Biegły w sposób kompleksowy i rzeczowy odniósł się do zadanych mu pytań. Pozostałe, pisemne opinie tego biegłego nie miały kluczowego znaczenia, z uwagi na ocenę prawną faktów z tej sprawy [k. 141-143, 203-205].

PRAWO:

Podstawę odpowiedzialności pozwanego przewidują przepisy odnoszące się do ubezpieczenia osobowego. W tym wypadku przedmiotem ubezpieczenia było życie powódki, w tym jej poważne zachorowanie. Umowa ubezpieczenia została zdefiniowana w art. 805 § 1 k.c. Przedmiot ochrony ubezpieczeniowej przy ubezpieczeniu osobowym określa art. 829 § 1 k.c.

(...) na życie dotyczą przede wszystkim śmierci osoby ubezpieczonej lub dożycia przez nią oznaczonego wieku. Wyliczenie wypadków ubezpieczeniowych typowych dla ubezpieczeń na życie ma jednak charakter przykładowy [świadczy o tym użycie przez ustawodawcę sformułowania "w szczególności"]. **W praktyce ubezpieczeniem na życie jest obejmowana szeroko rozumiana sytuacja życiowa ubezpieczonego, w szczególności zaś zdarzenia odnoszące się do jego sytuacji rodzinnej i stanu zdrowia.** Wypadki ubezpieczeniowe dotyczące różnorodnych zmian w sytuacji życiowej osoby ubezpieczonej to przede wszystkim: urodzenie dziecka, śmierć małżonka [owdowienie ubezpieczonego], śmierć rodziców [osierocenie ubezpieczonego], śmierć dziecka, śmierć teściów, pobyt w szpitalu, **poważne zachorowanie** itp. [M. G. (red.), Kodeks cywilny. Tom III. Komentarz. Art. 627–1088. Wyd. 3, W. 2022].

Przedmiotem sporu w prowadzonym postępowaniu była przede wszystkim kwestia, czy zdiagnozowany u powódki w okresie ubezpieczenia nowotwór złośliwy tarczycy można zakwalifikować jako poważne zachorowanie w rozumieniu § 3 pkt 3 w zw. z § 8 pkt 1 ppkt 18 OWU [k. 59, 62]. Pozwany utrzymywał, że nowotwór powódki nie jest poważnym zachorowaniem według postanowień OWU. Zgodnie z dokumentacją medyczną powódki jej nowotwór tarczycy miał średnicę mniejszą niż 2 cm. Fakt ten potwierdziła również pisemna opinia biegłego. W związku z czym w rozumieniu umownej definicji nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym, nowotwór powódki nie stanowił poważnego zachorowania [zob. § 8 pkt 1 ppkt 18 lit. d) OWU [k. 62]. Na tej podstawie pozwany wskazał, że jest zwolniony z odpowiedzialności względem powódki.

Natomiast powódka twierdziła, że wskazane postanowienia OWU stanowią klauzule nieuczciwe w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. [k. 5]. Pozwany zaprzeczył temu twierdzeniu [k. 32v, 36v-37].

Przeprowadzono incydentalną kontrolę postanowień wzorca umownego, zawartych w § 3 pkt 3 w zw. z § 8 pkt 1 ppkt 18 OWU [k. 59, 62] pod kątem ich ewentualnej nieuczciwości [abuzywności].

Definicja klauzuli nieuczciwej zawarta jest w art. 385¹ § 1 k.c.

Powódka przystępowała do umowy jako konsumentka, w rozumieniu przepisu art. 22¹ k.c., który wyznacza zakres zastosowania unormowań konsumenckich zawartych m.in. w Kodeksie cywilnym, w tym w art. 385¹ k.c. Pozwany tego nie zakwestionował.

Postanowienia przedmiotowej umowy nie były uzgodnione z powódką indywidualnie. Stanowiły wyłącznie konsekwencję uprzedniego przystąpienia powódki do umowy ubezpieczenia grupowego. Wzorec umowy został przygotowany przez pozwanego i zaakceptowany przez ubezpieczającego [męża powódki]. **Stanowi o tym art. 385¹ § 3 zd. 2 k.c.** Aktywność powódki sprowadziła się jedynie do zaakceptowania oferty przygotowanej przez pozwanego dla powódki jako uczestniczki ubezpieczenia. Zauważyć również należy, że w toku postępowania pozwany nie powoływał kontr-dowodów na odparcie zarzutu nieindywidualnego uzgodnienia spornych postanowień umowy. Tym samym pozwany nie wypełnił spoczywającego na nim ciężaru dowodu – stosownie do art. 385¹ § 4 k.c. Domniemanie prawne z tym związane nie zostało przez niego obalone.

Kolejny etap kontroli należało poprzedzić udzieleniem odpowiedzi na pytanie, czy postanowienie umowy objęte § 3 pkt 3 w zw. z § 8 pkt 1 ppkt 18 OWU określa główne świadczenie jednej ze stron, a jeśli tak, to czy zostało sformułowane w sposób jednoznaczny.

W związku z powyższym wyjaśnić należało pojęcie „świadczenia głównego” oraz „świadczenia ubocznego”. Na potrzeby wykładni pojęcia "świadczenia głównego" właściwym jest posiłkowe sięganie do wypracowanego w doktrynie rozróżnienia na świadczenia główne i uboczne. Za główne uznawane są więc świadczenia stron objęte postanowieniami przedmiotowo istotnymi danej umowy [essentialia negotii], czyli świadczenia, które zmierzają do osiągnięcia celu umowy i pozwalają na identyfikację określonego typu stosunku prawnego [K. Z. (w:) E. G. (red.), Kodeks cywilny. Komentarz, W. 2004, s. 909; M. S., „Klauzule abuzywne w polskim prawie ochrony konsumenta”, Z. 2005, s. 179-180].

Warto w związku z tym odwołać się, także do ukształtowanego w tym zakresie orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej. Zgodnie z nim postanowienia umowy określające główne świadczenie stron, to te, "które określają podstawowe świadczenia w ramach danej umowy i które z tego względu charakteryzują tę umowę" [wyrok (...) z 30/04/2014, Á. K. i H. R. v. (...), C-26/13, (...) -282, pkt 61]. "Warunki, które wykazują charakter posiłkowy względem warunków definiujących samą istotę stosunku umownego, nie mogą być objęte pojęciem "głównego przedmiotu umowy" w rozumieniu tego przepisu" [wyrok (...) z 23/04/2015 w sprawie C-96/14, J.-C. V. H. v. (...) SA, pkt 33 i 37].

Zawarte w § 3 pkt 3 w zw. z § 8 pkt 1 ppkt 18 OWU postanowienie nie dotyczyło świadczenia głównego, a jedynie posiłkowo je charakteryzowało. Opisany warunek w postaci zaistnienia zdefiniowanego w OWU rodzaju poważnego zachorowania miał względem świadczenia głównego jedynie charakter uzupełniający [posiłkowy]. Nie kształtował zatem istoty umowy. Wobec tego nie określał wymiaru świadczenia głównego.

Pozostaje ostatnie pytanie, czy zakwestionowane przez powódkę postanowienie umowy kształtuje jej prawa i obowiązki, w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, jako wymóg niezbędny obok problematyki rażącego naruszenia jej interesów [doprowadzenia do „znaczącej nierównowagi wynikających z umowy, praw i obowiązków stron ze szkodą dla konsumenta”].

Wskazać trzeba, że „dobre obyczaje” to reguły postępowania niesprzeczne z etyką, moralnością i aprobowanymi społecznie obyczajami. Za sprzeczne z dobrymi obyczajami można uznać, także działania zmierzające do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności, a więc działanie potocznie określane jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające od przyjętych standardów postępowania. **Pojęcie „interesów konsumenta” należy rozumieć szeroko, nie tylko jako interes ekonomiczny, mogą tu wejść w grę, także inne aspekty: zdrowia konsumenta** [i jego bliskich], jego czasu zbędnie traconego, dezorganizacji toku życia, przykrości, zawodu itp. Pełnię treści tych pojęć, w szczególności w stosunkach umownych między profesjonalistą a konsumentem, nadaje judykatura. Przykładowo, w wyroku z 13/07/2005 [I CK 832/04, (...) 2006, Nr 2, s. 86] Sąd Najwyższy wskazał, że rażące **naruszenie interesów**

konsumenta istotnie można rozumieć jako nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym. Natomiast działanie wbrew dobrym obyczajom [w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego] oznacza tworzenie przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku. Tak w szczególności kwalifikowane są wszelkie postanowienia, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy. Właśnie brak równowagi kontraktowej jest najczęściej wskazywanym przejawem naruszenia dobrych obyczajów w drodze zastosowania określonych klauzul umownych [por. wyrok SN z 13/07/2005, I CK 832/04, „Prawo Bankowe” 2006, Nr 3, s. 8]. Jednocześnie należy uwzględnić nie tylko interesy o wymiarze ekonomicznym, ale inne, zasługujące na ochronę dobra konsumenta, jak jego czas, prywatność, poczucie godności osobistej czy satysfakcja z zawarcia umowy o określonej treści [por. M. B. [w:] System prawa prywatnego, t. 5, W. 2006, s. 663]. Sprzeczne z dobrymi obyczajami są zatem, przykładowo, działania wykorzystujące niewiedzę, naiwność czy brak doświadczenia konsumenta, naruszające zasadę równorzędności stron umowy, zmierzające do dezinformacji, wywołujące błędne przekonanie konsumenta. Chodzi więc o działania określane jako nieuczciwe, nierzetelne i odbiegające na niekorzyść konsumenta od przyjętych standardów postępowania.

Postanowienia OWU wyłączające odpowiedzialność pozwanego za wystąpienie poważnego zachorowania u uczestniczki ubezpieczenia [powódki] w postaci złośliwego nowotworu tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm jest po pierwsze sprzeczne z dobrymi obyczajami, a po drugie narusza interesy konsumenta.

W zgodzie ze sporządzoną opinią biegłego sądowego z zakres onkologii klinicznej i hematologii, wielkość guza nowotworowego [w tym jego średnica] nie jest jedyną, ale należy do jednych z ważniejszych cech nowotworu świadczących o jego inwazyjności i stopniu zaawansowania oraz decydujących o sposobie leczenia i rokowaniu. Cecha ta jest mierzalna za pomocą różnych technik obrazowania radiologicznego. Także w wyniku bezpośredniego badania histopatologicznego po jego usunięciu z ciała chorego, w tym za pomocą oceny makroskopowej [linijka] i mikroskopowej. **Szczególnie zwraca uwagę opinia biegłego według, której z punktu widzenia złożoności biologicznych cech nowotworu i organizmu chorego, których wzajemne oddziaływanie decyduje o skuteczności leczenia i przewidywalnym rokowaniu, nie można twierdzić, że nowotwór o średnicy mniejszej niż 2 cm jest lżejszym rodzajem nowotworu. W dodatku biegły zwraca uwagę, że nowotwór tarczycy o średnicy poniżej 2 cm może być zachorowaniem również poważnym, jak w wypadku nowotworu tarczycy o średnicy powyżej 2 cm.**

Uzależnienie poważności zachorowania w wypadku złośliwego nowotworu w stadium inwazyjnym od jego średnicy [wielkości] jest nieuczciwe.

Dla przeciętego konsumenta [zainteresowanego ofertą ubezpieczeń na życie], nie mającego rozeznania w medycynie, nie była możliwa ocena OWU w aspekcie przewidzianych tam umownych definicji poważnego zachorowania w powiązaniu z nowotworem złośliwym w stadium inwazyjnym. Analizowane postanowienie wzorca umownego kształtuje prawa i obowiązki konsumentki, w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, bo godzi w równowagę kontraktową stron. OWU w żaden sposób, nie wyjaśnia konsumentce z jakich przyczyn nowotwór tarczycy o średnicy mniejszej niż 2 cm nie stanowi poważnego zachorowania. Pozwany tłumaczy, że wyłączenie z definicji poważnego zachorowania konkretnego rodzaju raka tarczycy zostało oparte o aktualną klasyfikację stopnia zaawansowania nowotworu – (...) [k. 123v]. Tyle tylko, że pozwany w czasie przystąpienia przez powódkę do ubezpieczenia nie przedstawił jej takiej, aktualnej klasyfikacji, tj. według stanu na 22/11/2019 [data przystąpienia]. W zgromadzonej w sprawie dokumentacji ubezpieczeniowej próżno szukać takiego zestawienia dotyczącego nowotworów tarczycy. Mało tego pozwany na potrzeby sporządzenia i wykonywania umowy ubezpieczenia posługuje się pojęciem klasyfikacji stopnia zaawansowania nowotworu – (...). Jednak w OWU brak jest wyjaśnienia konsumentce, co kryje się pod tą nazwą [zob. § 1 OWU, k. 55 i 59].

Z tych względów, wynikająca z analizowanego postanowienia umownego, nierównowaga praw i obowiązków – na niekorzyść powódki uzasadnia stwierdzenie, że zostało ukształtowane w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Nadto skala owej dysproporcji jest na tyle kluczowa, że przesądza o naruszeniu interesów powódki [art. 385¹ § 1 k.c.].

Zauważyć należy, że przy wykładni woli stron umowy ubezpieczenia wszelkie wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela **powinny być zarówno w ogólnych warunkach ubezpieczenia, jak i umowie jednoznacznie i wyraźnie określone, tak, by ubezpieczający już w chwili zawierania umowy wiedział jednoznacznie, jakie zdarzenia nie są objęte ubezpieczeniem**. Z tego punktu widzenia niedopuszczalne jest niejednoznaczne formułowanie zakresu odpowiedzialności i wyłączeń, **odsyłanie do** aktów prawnych czy **regulacji niezwiązanych do umowy, używanie niejasnych sformułowań, umieszczanie wyłączeń w takiej formie i w takich miejscach ogólnych warunków lub umowy, że ich poszukiwanie i odniesienie do przedmiotu umowy jest utrudnione**. Wszystkie tego rodzaju uchybienia powinny być brane pod uwagę na korzyść ubezpieczającego przy wykładni woli stron umowy ubezpieczenia i powinny prowadzić do przyjęcia takiej jego woli oraz treści umowy ubezpieczenia, do jakiej zawarcia doszłoby zgodnie z wolą ubezpieczającego, gdyby wspomnianych uchybień nie było [zob. wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 13/06/2019, V CSK 4/18].

Z taką sytuacją stykamy się w tej sprawie. Pozwany w OWU odsyła do międzynarodowych klasyfikacji nowotworów [nieznanych powszechnie] niedołączonych do umowy ubezpieczenia i niewyjaśnionych w OWU oraz w pozostałych załącznikach do umowy.

Wskazać ponadto należy, że przy formułowaniu ogólnych warunków umowy ubezpieczenia zachowana powinna być bardzo staranna i precyzyjna redakcja zawartych w nich postanowień, zwłaszcza, co do zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Dotyczy to zarówno formy tych postanowień, jak również systematyki i terminologii. Ujemne skutki wadliwie opracowanych ogólnych warunków ubezpieczeń, polegające na możliwości dowolnej ich interpretacji, powinny obciążać ubezpieczyciela, jako profesjonalistę i autora tych warunków. W takim wypadku odpowiedzialność ubezpieczyciela – mimo określonych zapisów zawartych w warunkach ubezpieczenia – może być w praktyce znacznie szersza niż to ubezpieczyciel zakładał. Ponadto należy pamiętać, że umowa ubezpieczenia pełni funkcję ochronną i przy wykładni jej postanowień nie można tracić z pola widzenia tego jej zasadniczego celu [wyrok Sądu Najwyższego z 09/10/2002, IV CKN 1421/00].

Jak podniósł Sąd Najwyższy w wyroku z 26/01/2006 [V CSK 90/05], poszukiwanie przez zakład ubezpieczeń per fas et nefas możliwości uchylecia się od świadczenia na rzecz ubezpieczonego jest nie tylko niezgodne z celem ubezpieczenia, lecz także stanowi akt nielojalności i złej wiary, który nie zasługuje na ochronę prawną.

W takim stanie rzeczy odmowę wypłaty powódce świadczenia należy uznać za działanie sprzeczne z poczuciem sprawiedliwości. Godzi ono w zasady uczciwości obowiązującej w stosunkach cywilnoprawnych oraz w reguły rzetelnego postępowania w relacjach społecznych. Ewentualny wyrok oddalający żądanie powódki należałoby postrzegać jako niesłuszny.

W tym stanie rzeczy postanowienia § 3 pkt 3 w zw. z § 8 pkt 1 ppkt 18 OWU we wskazanym zakresie nie wiązało powódki. Natomiast zarówno powódka, jak i pozwany są związani treścią umowy w pozostałej części [zob. art. 385¹ § 2 k.c.].

Należało uznać, iż pozwany jest zobowiązany do zapłaty powódce świadczenia. W okresie odpowiedzialności ubezpieczeniowej doszło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci zdiagnozowania u powódki poważnego zachorowania – nowotworu złośliwego tarczycy w stadium inwazyjnym. Stosownie do Tabeli 1a OWU pozwany zobowiązał się do wypłacenia świadczenia w wypadku wystąpienia nowotworu złośliwego w stadium inwazyjnym w wysokości 100% sumy ubezpieczenia. Zgodnie z polisą suma ubezpieczenia wynosi 16.000 PLN.

Powódka twierdziła również, iż przed zawarciem umowy pozwany nie umożliwił jej zapoznania się z OWU [k. 4]. Pozwany temu zaprzeczył, twierdząc że przed przystąpieniem do umowy doręczono powódce OWU [k. 32, 33v-34].

Stosownie do art. 384 k.c. doręczenie wzorca umownego drugiej stronie przed zawarciem umowy następuje, gdy wzorzec utrwalony na papierze lub na innym materialnym nośniku zostaje fizycznie wręczony, w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego pełną treścią. Oznacza to również konieczność zapewnienia jego czytelności i kompletności. Nie jest doręczeniem ustne poinformowanie o treści wzorca ani poinformowanie o istnieniu wzorca umownego i odesłanie do miejsca, w którym można się z nim zapoznać. **Rzeczywiste doręczenie wzorca umownego nie może zostać zastąpione potwierdzeniem przez drugą stronę umowy, że wzorzec został jej doręczony. Nie wywołują więc skutków prawnych klauzule umowne stwierdzające, że wzorzec został doręczony, jeżeli rzeczywiście nie miało to miejsca. Jeżeli wzorzec umowy nie został doręczony prawidłowo, a strony zawarły umowę, jej skutki nie będą kształtowane przez wzorzec** [M. Z. (red.), Kodeks cywilny. Komentarz. Wyd. 2, W. 2019].

W podpisanej przez powódkę deklaracji przystąpienia z 22/11/2019 zawarte było oświadczenie zgodnie, z którym powódka miała potwierdzić otrzymanie warunków ubezpieczenia, w tym w szczególności Ogólnych Warunków Ubezpieczenia [pkt VII, akapit czwarty deklaracji, k. 52]. Z tej podpisanej przez powódkę treści deklaracji pozwany wywodził twierdzenie, że powódka przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia na życie otrzymała Ogólne Warunki Ubezpieczenia [k. 34]. Z takim twierdzeniem nie można się zgodzić. Na podstawie tego oświadczenia nie sposób ustalić, jakie konkretne warunki ubezpieczenia, w tym Ogólne Warunki Ubezpieczenia powódka miałyby otrzymać. Aby taką umowną klauzulę można było uznać za skuteczną OWU musiałyby być dostatecznie zindywidualizowane. W tym wypadku oświadczenie powinno brzmieć, w ten sposób, że powódka składając podpis pod deklaracją przystąpienia potwierdza otrzymanie Warunków Ogólnych Grupowego (...) / (...), w tym Warunków Ogólnych Umowy Dodatkowej (...) Ryzyka Poważnego Zachorowania Nr (...) [k. 53, 59].

W zawartym w deklaracji oświadczeniu warunki ubezpieczenia nie są indywidualnie oznaczone, tj. brak: nazwy, symbolu, daty itp. Takie oświadczenie o otrzymaniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia (nr (...)) zawarte jest we wniosku J. R. – ubezpieczającego [męża powódki] z 22/11/2019 o zawarcie umowy o grupowe ubezpieczenie na życie. Jednak pod tym oświadczeniem widnieje wyłącznie podpis ubezpieczającego [k. 50]. **Powódka nie podpisała analogicznej treści oświadczenia.**

W związku z tym powódka ma rację, twierdząc że przed przystąpieniem w dniu 22/11/2019 pozwany nie doręczył jej OWU. Wskazanie powódce w polisie adresu strony internetowej z OWU jest niewystarczające. Wynika z tego tylko tyle, że pozwany udostępnił OWU powódce po przystąpieniu przez nią do umowy ubezpieczenia. Niemniej powódka nie miała wglądu do OWU wcześniej. W skutek czego pozwany nie sprostął ustawowemu obowiązkowi z art. 384 k.c. Powódkę z pozwanym wiąże tylko umowa grupowego ubezpieczenia na życie potwierdzona polisą. Z uwagi na nedoręczenie powódce OWU, pozwany nie może powoływać się na wynikające z OWU ograniczenia jego odpowiedzialności ubezpieczeniowej względem powódki. Jego obowiązek wypłaty na jej rzecz świadczenia w wysokości 16.000 PLN wynika z polisy i jej załącznika. W razie poważnego zachorowania [objętego zakresem ubezpieczenia] pozwany ma wypłacić powódce 16.000 PLN sumy ubezpieczenia. Nie może budzić wątpliwości fakt, że złośliwy nowotwór tarczycy stanowi poważne zachorowanie.

Podsumowując, w sprawie mamy zbieg dwóch prawnych podstaw przemawiających za uwzględnieniem powództwa. Po pierwsze niezwiązanie powódki spornymi postanowieniami OWU, które uznano za nieuczciwe. W drugiej kolejności przy założeniu, że OWU nie zawiera nieuczciwych klauzul – nie wiąże ono powódki jako jej nedoręczone przed przystąpieniem do umowy.

Mając na uwadze powyższe uwagi w pkt. I wyroku zasądzono od pozwanego na rzecz powódki 16.000 PLN.

Analizując natomiast żądanie pozwu w zakresie odsetek należy zaznaczyć, iż kwestię tę reguluje art. 817 § 1 w zw. z art. 481 § 1 k.c. Pozwany nie kwestionował twierdzenia powódki w zakresie daty wymagalności roszczenia [k. 2]. W związku z czym zasądzone odsetki zgodnie z żądaniem pozwu, tj. od 08/01/2021 do dnia zapłaty.

Twierdzenie powódki o nierozpatrzeniu przez pozwanego wniosku o wypłatę świadczenia w terminie 30 dni, nie miało znaczenia dla rozstrzygnięcia tej sprawy [k. 4]. Nie można nie zgodzić się z pozwanym w tym aspekcie [k. 34v-35]. Termin spełnienia świadczenia przez ubezpieczyciela reguluje ww. art. 817 § 1 k.c. Przywołany przez powódkę art. 8 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym nie odnosi się do wniosku z 27/11/2020 o wypłatę świadczenia z tytułu poważnego zachorowania. Fakt, że pozwany decyzję w przedmiocie wypłaty świadczenia wydał 07/01/2021, nie oznacza iż rozpatrzył wniosek zgodnie z wolą powódki, tj. przyjął odpowiedzialność za jej poważne zachorowanie. Skutek tego jest tylko taki, że pozwany od 29/12/2020 jest w zwłoce ze spełnieniem świadczenia na rzecz powódki. W dodatku pozwany na reklamację powódki z 18/01/2021 odpowiedział w terminie, tj. w piśmie z 19/01/2021.

O kosztach procesu orzeczono na podstawie art. 98 k.p.c. Pozwany przegrał sprawę w całości. W konsekwencji jest on zobowiązany do zwrotu powódce całości poniesionych kosztów procesu. Na zasądzone koszty składają się: 1000 PLN opłaty sądowej od pozwu [k. 7], 17 PLN opłaty skarbowej od pełnomocnictwa [k. 8] i 3600 PLN wynagrodzenia adwokata [§ 2 pkt 5 w zw. z § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22/10/2015 w sprawie opłat za czynności adwokackie].

W toku procesu powstały nieuiszczone koszty sądowe w łącznej wysokości 1230,19 PLN, obejmujące brakującą część wynagrodzenia biegłego [k. 117, 209]. Obowiązkiem ich poniesienia, stosownie do art. 113 ust. 1 w zw. z art. 83 ust. 2 ustawy z 28/07/2005 o kosztach sądowych w sprawach cywilnych należało obciążyć pozwanego. Jako przegrywający sprawę jest obowiązany uiścić na rzecz Skarbu Państwa – tutejszego Sądu kwotę 804,70 PLN. Pobrana kwota wynika z faktu, że na 1000 PLN zaliczki pozwanego pozostało 425,49 PLN [k. 134, 148]. W związku z czym o tę kwotę niewykorzystanej zaliczki pomniejszono kwotę nieuiszczonych kosztów sądowych [1230,19 – 425,49 = 804,70]. Stąd rozstrzygnięcie jak w pkt III wyroku.

ZARZĄDZENIE

(...)

(...)

□