

Sygn. akt I C 754/17

## WYROK

**W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Dnia 05 lipca 2018 r.

**Sąd Rejonowy w Gdyni, Wydział I Cywilny**

w składzie

Przewodniczący: SSR Adrianna Gołuńska-Lupina

Protokolant: st. sek. sąd. Małgorzata Świst

po rozpoznaniu w dniu 28 czerwca 2018r. w Gdyni

na rozprawie

sprawy z powództwa K. G. (1), P. G., K. G. (2) i O. G.

przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) SA w W.

o zapłatę

I. Zasądza od pozwanego (...) Zakładowi (...) na (...) SA w W. na rzecz powodów K. G. (1), P. G., K. G. (2) i O. G. kwotę po 37 809 zł. 17 gr. ( trzydzieści siedem tysięcy osiemset dziewięć złotych 17/100) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie od dnia 08 lutego 2016 roku do dnia zapłaty;

II. Zasądza od pozwanego (...) Zakładowi (...) na (...) SA w W. na rzecz powodów K. G. (1), P. G., K. G. (2) i O. G. kwotę 4800 zł. ( cztery tysiące osiemset złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu, natomiast w pozostałym zakresie kosztami procesu obciąża pozwanego;

Sygnatura akt: I C 754/17

## UZASADNIENIE

Powodowie K. G. (1), P. G., K. G. (2) i O. G. wnieśli pozew przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. domagając się zasądzenia na rzecz każdego z nich kwoty 37.809,17 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 8 lutego 2016r. do dnia zapłaty. W uzasadnieniu pozwu powodowie podnieśli, że ich mąż i ojciec R. G. przystąpił do umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z pozwanym, co było warunkiem przyznania kredytu hipotecznego. W dniu 8 lutego 2016r. ubezpieczony zmarł, zaś pozwany odmówił spełnienia świadczenia przewidzianego w umowie, powołując się na § 20 pkt 7 OWU i wskazując, że od 2001r. ubezpieczony leczony był z powodu nadciśnienia tętniczego, a w 2009r. rozpoznano u niego kardiomiopatię sercową. W ocenie powodów, powyższy zapis wzorca umownego stanowi klauzulę abuzywną i nie wiąże konsumenta i jego następców prawnych. Powodowie domagają się wypłaty świadczenia obliczonego stosownie do § 13 OWU.

(pozew k. 2-10v)

W odpowiedzi na pozew pozwany wniósł o oddalenie powództwa. Pozwany zaprzeczył, aby zapis § 20 pkt 7 OWU stanowił klauzulę abuzywną, albowiem zapis ten jest jednoznaczny, a ponadto określa główne świadczenie strony umowy. Ponadto, pozwany wskazał, że umowa grupowego ubezpieczenia na życie jest umową, w której nie dokonuje się oceny ryzyka i do ubezpieczenia przyjmowany jest każdy kredytobiorca w danej grupie, bez względu na wiek i stan zdrowia, co przy jednoczesnym, jednoznacznym wskazaniu, iż ubezpieczenie nie obejmuje następstw chorób

zdiagnozowanych przed zawarciem umowy powoduje, że przeprowadzenie ankiety medycznej nie miałyby znaczenia dla odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Nadto, pozwany wskazał, że ubezpieczony podejmując decyzję o kredycie winien rozważyć ofertę tego banku, która w najpełniejszy sposób spełni jego oczekiwania i jeśli zawarcie umowy kredytu z ubezpieczającym nie było dla niego korzystne to winien wybrać ofertę innego banku.

(odpowiedź na pozew k. 96-97v)

**Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

W dniu 2 sierpnia 2011r. K. G. (1) i R. G. zawarli z Bankiem (...) S.A. z siedzibą w W. umowę o kredyt hipoteczny nr KH/ (...) w celu sfinansowania zakupu domu jednorodzinnego na rynku wtórnym. W myśl § 3 umowy warunkiem wypłaty pierwszej transzy kredytu było dostarczenie do banku potwierdzenia przystąpienia R. G. do ubezpieczenia grupowego na życie w (...) S.A. na sumę ubezpieczenia nie niższą niż 180.000 zł. Zgodnie z treścią § 9 ust. 1 umowy kredytowej na zabezpieczenie spłaty kredytu wraz z odsetkami i innymi kosztami kredytobiorca ustanowił na rzecz banku m.in. cesję na bank praw z polisy ubezpieczeniowej na życie kredytodawcy R. G..

(okoliczności bezsporne ustalone w oparciu o umowę o kredyt hipoteczny nr KH/ (...) k. 43-45)

W dniu 3 sierpnia 2011r. R. G. przystąpił jako ubezpieczony do umowy grupowego ubezpieczenia na życie kredytoborców, zawartej pomiędzy Bankiem (...) S.A. z siedzibą w W. (jako ubezpieczającym) a (...) Zakładem (...) na (...) S.A. z siedzibą w W.. Przedmiotem ubezpieczenia było życie i zdrowie ubezpieczonego, a zakres ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności (...) S.A, a także niezdolność do pracy ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności (...) S.A. Suma ubezpieczenia została określona na kwotę 180.000 zł, a wysokość składki na kwotę 36 zł miesięcznie.

(okoliczności bezsporne ustalone w oparciu o deklarację przystąpienia z dnia 3 sierpnia 2011r. k. 17)

Zgodnie z § 20 pkt 8 Ogólnych Warunków Grupowego (...) /P. Hipotecznej w Banku (...) S.A. ( (...) 32; dalej: OWU) zatwierdzonych uchwałą nr UZ/104/2006 Zarządu (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z dnia 21 marca 2006r. ze zmianami wprowadzonymi uchwałą z dnia 19 grudnia 2006r. – (...) S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w następstwie chorób istniejących przed datą początku odpowiedzialności lub powstałych w okresie pierwszych 28 dni od daty początku odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do danego ubezpieczonego. W myśl § 1 pkt OWU choroby istniejące zdefiniowano jako choroby, w związku z którymi ubezpieczony zasięgał porad lekarskich, które były przedmiotem diagnostyki lub leczenia, ale także choroby, których obecność można stwierdzić w oparciu o historię choroby wynikającą z dokumentacji zgromadzonej w trakcie rozpatrywania roszczeń.

Już w czasie trwania stosunku prawnego, na mocy uchwały zarządu pozwanego z dnia 11 marca 2013r. powyższe postanowienie zostało zastąpione § 20 pkt 7, zgodnie z którym (...) S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w następstwie chorób istniejących. Wedle zmienionego § 1 pkt 2 OWU choroby istniejące to choroby istniejące przed początkiem odpowiedzialności lub rozpoznane w okresie pierwszych 28 dni od początku odpowiedzialności, z powodu których ubezpieczony zasięgał porad lekarskich lub które były przedmiotem przynajmniej jednej z okoliczności: leczenia i rehabilitacji, operacji, badań lub farmakoterapii, a także choroby nieleczone, których obecność wynika z danych zawartych w dokumentacji medycznej.

Zgodnie z § 13 OWU suma ubezpieczenia jest równa iloczynowi aktualnego udziału procentowego oraz aktualnego salda zadłużenia.

(okoliczności bezsporne ustalone w oparciu o Ogólne Warunki Grupowego (...) /P. Hipotecznej w Banku (...) S.A. k. 18-20, postanowienia dodatkowe do OWU k. 22)

Ogólne warunki ubezpieczenia nie podlegały negocjacom.

(dowód: zeznania świadka A. P. płyta CD k. 140)

Przy przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia na życie, pracownik Banku (...) S.A. – A. P. nie przeprowadzał wywiadu od R. G. dotyczącego stanu zdrowia ani nie żądał przedłożenia dokumentacji medycznej.

(dowód: zeznania świadka A. P. płyta CD k. 140, przesłuchanie powódki K. G. (1) płyta CD k. 140)

Przystąpienie do umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z pozwanym zakładem ubezpieczeń zaproponował ubezpieczonemu pracownik Banku (...) S.A. – A. P..

(dowód: przesłuchanie powódki K. G. (1) płyta CD k. 140)

Od 2001r. R. G. leczył się na nadciśnienie tętnicze i przyjmował leki. W 2009r. stwierdzono u niego także kardiomiopatię.

(dowód: dokumentacja medyczna k. 26-41, przesłuchanie powódki K. G. (1) płyta CD k. 140)

W dniu 8 lutego 2016r. w L. R. G. zmarł. W akcie zgonu jako przyczynę śmierci wskazano: ostrą niewydolność lewej komory, chorobę niedokrwienną serca, miażdżycę tętnic wieńcowych i nadciśnienie tętnicze.

(okoliczność bezsporna ustalona w oparciu o skrócony akt zgonu k. 16, brytyjski akt zgonu z tłumaczeniem na język polski k. 14-15)

Śmierć R. G. nastąpiła na skutek przewlekłych schorzeń układu sercowo – naczyniowego istniejących przed 2011r.

(dowód: pisemna opinia biegłej sądowej z zakresu kardiologii M. W. k. 150-151)

Spadek po R. G. nabyli z dobrodziejstwem inwentarza po 1/4 części: żona K. G. (1) oraz dzieci P. G., K. G. (2) i O. G..

(okoliczność bezsporna ustalona w oparciu o akt poświadczenia dziedziczenia sporządzony przez notariusza J. S. prowadzącą kancelarię notarialną w G., rep. A 3151/2016 k. 25)

Decyzją z dnia 20 kwietnia 2016r. pozwany odmówił ubezpieczającemu Bankowi (...) S.A. z siedzibą w W. wypłaty świadczenia z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie kredytobiorców kredytu hipotecznego na podstawie ówczesnego § 20 pkt 7 OWU (...), wskazując, że przyczyną zgonu ubezpieczonego była ostra niewydolność lewej komory serca w przebiegu choroby niedokrwiennej serca, miażdżycy tętnic wieńcowych oraz nadciśnienia tętniczego, a z dokumentacji medycznej wynika, że od 2001r. ubezpieczony był leczony z powodu nadciśnienia tętniczego, zaś w 2009r. rozpoznano u niego kardiomiopatię sercową.

(okoliczności bezsporne ustalone w oparciu o pismo pozwanego z dnia 20 kwietnia 2016r. k. 23)

Na podstawie umowy przelewu z dnia 21 września 2016r. Bank (...) S.A. z siedzibą w W. przelał nieodpłatnie na rzecz powodów K. G. (1), P. G., K. G. (2) i O. G. wierzytelność wobec (...) S.A. z siedzibą w W. z tytułu umowy ubezpieczenia na życie stwierdzonej polisą nr (...) zawartej przez R. G. wraz ze wszelkimi prawami do wypłaty świadczenia przysługującymi bankowi na dzień zawarcia umowy przelewu.

(okoliczność bezsporna ustalona w oparciu o umowę przelewu z dnia 21 września 2016r. k. 42)

Pismem z dnia 28 września 2016r. powodowie reprezentowani przez fachowego pełnomocnika – radcę prawnego wezwali pozwanego (...) Zakład (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. do spełnienia świadczenia z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie kredytobiorców kredytu hipotecznego w Banku (...) S.A. w terminie 14 dni od dnia doręczenia wezwania. W odpowiedzi, pismem z dnia 27 października 2016r. pozwany odmówił wypłaty świadczenia na podstawie ówczesnego § 20 pkt 7 OWU (...), wskazując, że przyczyną zgonu ubezpieczonego była ostra niewydolność lewej komory serca w przebiegu choroby niedokrwiennej serca, miażdżycy tętnic wieńcowych oraz nadciśnienia tętniczego,

a z dokumentacji medycznej wynika, że od 2001r. ubezpieczony był leczony z powodu nadciśnienia tętniczego, zaś w 2009r. rozpoznano u niego kardiomiopatię sercową.

(okoliczności bezsporne ustalone w oparciu o: wezwanie do spełnienia świadczenia z dnia 28 września 2016r. wraz dowodem nadania k. 46-50, pismo pozwanego z dnia 27 października 2016r. k. 51)

### **Sąd zważył, co następuje:**

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dowodów z dokumentów, dowodu z zeznań świadka A. P., dowodu z przesłuchania powódki K. G. (1) oraz dowodu z opinii biegłej sądowej z zakresu kardiologii.

Oceniając zebrany w niniejszej sprawie materiał dowodowy Sąd nie dopatrywał się żadnych podstaw do kwestionowania prawdziwości i wiarygodności wyżej wskazanych dokumentów. Podkreślić bowiem należy, iż dowody w postaci aktu poświadczenia dziedziczenia czy odpisu aktu zgonu mają charakter dokumentów urzędowych, które korzystają z domniemania autentyczności i domniemania zgodności z prawdą wyrażonych w nim oświadczeń, zaś w toku niniejszego postępowania żadna ze stron nie kwestionowała powyższych domniemań w trybie art. 252 kpc. Nadto, za w pełni wiarygodne należało uznać także wymienione powyżej dokumenty prywatne w postaci umowy kredytowej, deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie, OWU, korespondencji stron etc., albowiem autentyczność tych dokumentów nie była kwestionowana przez strony, zaś treść i forma powyższych dokumentów nie budzi także żadnych wątpliwości Sądu. Przedmiotowe dokumenty nie noszą bowiem żadnych śladów podrobienia, przerobienia ani innej ingerencji w ich treść.

Nadto, za wiarygodne Sąd uznał zeznania powódki K. G. (1) i świadka A. P.. Zdaniem Sądu zeznania wymienionych osób były szczere, spójne i logiczne, a nadto nie budzą też żadnych wątpliwości w świetle zasad doświadczenia życiowego.

Wreszcie, zdaniem Sądu, brak było również podstaw do kwestionowania dowodu z opinii biegłej sądowej z zakresu kardiologii. W ocenie Sądu opinia biegłej M. W. stanowi wiarygodny dowód w sprawie, albowiem została sporządzona w sposób rzetelny, profesjonalny i z zachowaniem należytych standardów. Wnioski do jakich doszła biegła są konkretne i jednoznaczne, a także zostały poparte wszechstronną analizą przedstawionej dokumentacji medycznej. Przedłożona opinia jest logiczna, spójna, a także nie budzi wątpliwości w świetle zasad doświadczenia życiowego i wiedzy powszechnej. Nadto, przedmiotowa opinia nie była kwestionowana przez żadną ze stron.

W niniejszej sprawie powodowie domagali się ostatecznie zapłaty na ich rzecz kwot po 37.809,17 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie z tytułu świadczenia w przypadku zgonu ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na życie kredytobiorców w Banku (...) S.A., podnosząc, że postanowienie wzorca umownego tj. § 20 pkt 8 OWU, zgodnie z którym (...) S.A. nie ponosi odpowiedzialności, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w następstwie chorób istniejących przed datą początku odpowiedzialności lub powstałych w okresie pierwszych 28 dni od daty początku odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do danego ubezpieczonego, stanowi niedozwolone postanowienie umowne. Jednocześnie, powodowie podnosili, że w drodze umowy cesji nabyli roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu ww. umowy ubezpieczenia. W tym stanie rzeczy podstawę prawną powództwa stanowiły przepisy art. 805 kc i art. 829 kc w zw. z art. 509 kc. Wedle art. 805 § 1 k.c. 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, zaś zgodnie z § 2 tegoż przepisu przy ubezpieczeniu osobowym 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. Z kolei zgodnie z art. 829 § 1 k.c. ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych wypadków – uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Rozstrzygnięcie niniejszej sprawy wymagało rozważania zarzutów powodów dotyczących abuzywności postanowień wzorca umownego dotyczących wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zgodnie z treścią art. 385<sup>1</sup> § 1 kc 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 (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. W myśl art. 385<sup>1</sup> § 3 kc niezgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Z kolei wedle art. 385<sup>2</sup> kc 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.

Dokonując oceny spornego postanowienia wzorca umownego pod kątem abuzywności, w pierwszej kolejności należy zauważyć, że ubezpieczony R. G. przystępował do grupowego ubezpieczenia na życie jako konsument w rozumieniu art. 22<sup>1</sup> kc, gdyż nie dokonywał tej czynności w prowadzonej działalności gospodarczej.

W świetle wymienionych powyżej przesłanek dla uznania postanowień ww. wzorca umownego za abuzywne konieczne było ustalenie, że nie zostały one uzgodnione indywidualnie. W myśl art. 385<sup>1</sup> § 3 kc niezgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Podkreślić przy tym należy, że zgodnie z treścią art. 385<sup>1</sup> § 4 kc ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na to powołuje, a więc w niniejszej sprawie na stronie pozwanej. Na podstawie zebranego w niniejszej sprawie materiału dowodowego Sąd doszedł do przekonania, że kwestionowane klauzule umowne nie były indywidualnie negocjowane. Taki wniosek wynika przede wszystkim z faktu, że przedmiotowa umowa jest umową adhezyjną, przygotowaną jednostronnie przez pozwanego. Bezspornie postanowienia dotyczące wyłączenia odpowiedzialności pozwanego zawarte zostały w OWU i zostały ukształtowane jeszcze przed przystąpieniem R. G. do ubezpieczenia. Jak wynika z treści przedłożonych dokumentów, Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą nr UZ/104/2006 Zarządu (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z dnia 21 marca 2006r. ze zmianami wprowadzonymi uchwałą z dnia 19 grudnia 2006r. Zatem, ubezpieczony był związany przedmiotowym wzorcem umownym na podstawie art. 384 kc. Jak wynika z załączonych do pozwu dokumentów, umowa była zawierana na standardowych formularzach, jakimi w swojej działalności posługuje się pozwane towarzystwo ubezpieczeń, a w formularzu nie było możliwości wyboru innego wariantu ubezpieczenia. O tym, że postanowienia wzorca umownego nie stanowiły przedmiotu negocjacji świadczą również zeznania powódki oraz świadka A. P., który wykonywał wszelkie czynności związane z przystąpieniem ubezpieczonego do umowy. Bez wątplenia zatem, pozwany nie przedstawił w toku niniejszego postępowania żadnego dowodu świadczącego o tym, iż kwestionowane przez powodów wzorce umowne w jakimkolwiek zakresie podlegały indywidualnym uzgodnieniom i istniała możliwość ich zmiany. Z tych przyczyn konsument nie miał żadnego wpływu na ich treść. W judykaturze podnosi się natomiast, że okoliczność, iż konsument znał treść danego postanowienia i rozumiał je, nie przesądza o tym, że zostało ono indywidualnie uzgodnione. Konieczne byłoby wykazanie, że konsument miał realny wpływ na konstrukcję niedozwolonego (abuzywnego) postanowienia wzorca umownego. Przyjęcie takiego wpływu byłoby możliwe przede wszystkim wówczas, gdyby konkretny zapis był z nim negocjowany (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 6 kwietnia 2011r., I ACa 232/11, L.). Wszelkie klauzule sporządzone z wyprzedzeniem będą klauzulami pozbawionymi cechy indywidualnego uzgodnienia i okoliczności tej nie niweczy fakt, że konsument mógł znać ich treść (por. wyrok Sądu Apelacyjnego Warszawa z dnia 15 maja 2012r., VI ACa 1276/11, L.). W świetle powyższego, dla ustalenia, czy umowa była indywidualnie negocjowana bez jakiegokolwiek znaczenia pozostaje fakt, czy ubezpieczony przed przystąpieniem do ubezpieczenia zapoznał się z treścią wzorców umownych, w szczególności warunków ubezpieczenia. Istotne było jedynie, czy konsument miał realny wpływ na treść kwestionowanych klauzul umownych, a takiego wpływu bez wątplenia nie miał.

Pozwany podnosił, że postanowienia określające przedmiot i zakres ubezpieczenia, w tym dotyczące wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, stanowią postanowienia określające główne świadczenia stron, a zważywszy na fakt, że przedmiotowe postanowienia zostały sformułowane w sposób jednoznaczny, to nie mogą zostać uznane za

abuzywne. W ocenie Sądu argumentacja pozwanego nie zasługuje na uwzględnienie. Zważyć należy, iż zgodnie z treścią art. 805 § 1 kc 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. W myśl art. 805 § 2 kc świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie:

- 1) przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku;
- 2) przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

Jak wskazał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 20 października 2006r. IV CSK 125/06 „według tzw. teorii świadczenia pieniężnego, świadczeniem zakładu ubezpieczeń jest zapłata określonej sumy pieniężnej, a tę zakład świadczy tylko wtedy, gdy zajdzie wypadek ubezpieczeniowy. Przy tej koncepcji ujawnia się losowy charakter umowy; widoczny jest też brak ekwiwalentności świadczeń, gdyż albo ubezpieczający spełniając swe świadczenie nie otrzyma nic w zamian, gdy do wypadku nie dojdzie, albo świadczenie zakładu ubezpieczeń z reguły znacznie przewyższy świadczenie ubezpieczającego, gdy wypadek się zdarzy. W żadnej zatem sytuacji nie wystąpi równowaga świadczeń stron ani czasowa zbieżność w ich spełnieniu. Według konkurencyjnej tzw. teorii ryzyka, zakład ubezpieczeń, zobowiązując się do ponoszenia ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie wypadku ubezpieczeniowego, "świadczy" ochronę ubezpieczeniową. Świadczeniem zakładu ubezpieczeń jest zatem udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, a ewentualnie - gdy do wypadku dojdzie - także świadczenie pieniężne. W ocenie Sądu Najwyższego (...) na gruncie przepisów kodeksu cywilnego o ubezpieczeniach należy się opowiedzieć za pierwszą z wymienionych teorii, znajdującą wyraźne oparcie w przepisie traktującym o zobowiązaniu zakładu ubezpieczeń do spełnienia świadczenia w razie zajścia określonego wypadku (art. 805 § 1 kc). Obowiązek świadczenia nie powstanie zanim nie nastąpi zdarzenie określone w umowie; gdy do wypadku dojdzie, zakład ubezpieczeń wykona swoje zobowiązanie, spełniając świadczenie w postaci zapłaty odszkodowania lub umówionej sumy (art. 805 § 2 kc)". W związku z powyższym należało uznać, że głównym świadczeniem strony pozwanej była wypłata określonego świadczenia w razie zgonu ubezpieczonego bądź jego niezdolności do pracy. Wobec tego nie można przyjąć, że kwestionowane przez powodów postanowienie wzorca umownego określa główne świadczenia strony. W konsekwencji może być on przedmiotem kontroli incydentalnej w świetle przepisu art. 385<sup>1</sup> kc i następných.

Dla uznania spornej klauzuli zawartej we wzorcu umownym za klauzulę abuzywną konieczne było także ustalenie, czy klauzula ta kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco narusza jego interesy. Jak wskazuje się w doktrynie w stosunkach z konsumentami szczególne znaczenie mają te oceny zachowań podmiotów w świetle dobrych obyczajów, które odwołują się do wartości takich jak: szacunek wobec partnera, uczciwość, szczerowość, zaufanie, lojalność, rzetelność i fachowość. Postanowienia umów, które kształtują prawa i obowiązki konsumenta, nie pozwalając na realizację tych wartości, będą uznawane za sprzeczne z dobrymi obyczajami. W szczególności w taki sposób kwalifikowane są wszelkie postanowienia, które zmierzają do naruszenia równorzędności stron stosunku, nierównomiernie rozkładając uprawnienia i obowiązki między partnerami umowy (por. M. Bednarek [w:] E. Łętowska (red.) System prawa prywatnego, t. 5, Warszawa 2006, s. 662-663; W. Popiołek [w:] K. Pietrzykowski (red.) Kodeks cywilny. Komentarz, t. I, 2005, art. 3851, nb 7; K. Zagrobelny [w:] E. Gniewek (red.) Kodeks cywilny. Komentarz, Warszawa 2008, art. 3851, nb 9). Sprzeczne z dobrymi obyczajami będą także działania, które zmierzają do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania u klienta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności (por. I. Wesołowska [w:] C. Banasiński (red.) Niedozwolone postanowienia umowne, w: Standardy wspólnotowe w polskim prawie ochrony konsumenta, Warszawa 2004, s. 180). Postanowienia umowy lub wzorca umownego rażąco naruszają interes konsumenta, jeżeli poważnie, znacząco odbiegają od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron. Pojęcie rażącego naruszenia interesów konsumenta nie może być sprowadzane tylko do wymiaru czysto ekonomicznego; należy też uwzględniać niewygodę organizacyjną, nierzetelność traktowania, wprowadzenie w błąd, naruszenie prywatności konsumenta (por. wyrok SN

z dnia 6 października 2004r., I CK 162/04, (...) 2005, Nr 12, poz. 136; wyrok SN z dnia 13 lipca 2005r., I CK 832/04, B. (...), Nr 11). W wyroku z dnia 13 lipca 2005r. I CK 832/04 Sąd Najwyższy stwierdził, że „w rozumieniu art. 385[1] § 1 kc "rażące naruszenie interesów konsumenta" oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym, natomiast "działanie wbrew dobrym obyczajom" w zakresie kształtowania treści takiego stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku". Natomiast ocena, czy dane postanowienie wzorca umowy, kształtując prawa i obowiązki konsumenta, „rażąco” narusza interesy konsumenta, uzależniona jest od tego, czy wynikająca z tego postanowienia nierównowaga praw i obowiązków stron (nierównowaga kontraktowa) na niekorzyść konsumenta jest istotna, znacząca (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 2 sierpnia 2017r., I ACa 263/17, L.).

W ocenie Sądu, kwestionowane klauzule wzorca umownego kształtują prawa i obowiązki konsumenta – ubezpieczonego w sposób niezgodny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Przede wszystkim należy zauważyć, że bezspornie przed przystąpieniem ubezpieczonego do stosunku ubezpieczenia, pozwany zaniechał obowiązku uzyskania od ubezpieczonego informacji o jego stanie zdrowia, czy to w drodze ankiety, czy też zażądania dokumentacji medycznej. Okoliczność ta jednoznacznie wynika z zeznań świadka oraz zeznań powódki. Jednocześnie, w OWU pozwany zastrzegł, iż nie ponosi odpowiedzialności, jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w następstwie chorób istniejących przed datą początku odpowiedzialności lub powstałych w okresie pierwszych 28 dni od daty początku odpowiedzialności (...) S.A. w stosunku do danego ubezpieczonego. W ocenie Sądu, dokonując takiego ograniczenia odpowiedzialności pozwany w sposób skrajny i radykalny zawęził zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, a jednocześnie zagwarantował sobie zysk w postaci comiesięcznej składki ubezpieczeniowej. Takie postępowanie bez wątplenia zasługuje na negatywną ocenę z punktu widzenia zgodności z dobrymi obyczajami. Jak wskazuje się w judykaturze postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia i postanowienia umowne nie mogą rozszerzać katalogu okoliczności, w których ubezpieczyciel będzie zwolniony od spełnienia swojego świadczenia, w szczególności o takie okoliczności, o które ubezpieczyciel nie zapytał zgodnie z art. 815 § 1 kc (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 8 stycznia 2015r., I ACa 762/14, L.). Zgodnie z treścią art. 815 § 1 kc ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. W rozpatrywanym przypadku pozwany w ogóle zrezygnował z przeprowadzania ankiety dotyczącej stanu zdrowia osoby zamierzającej przystąpić do grupowego ubezpieczenia na życie, powołując się na utrwaloną praktykę w tym względzie. Jednocześnie należy zgodzić się z poglądem prawnym Sądu Apelacyjnego w Szczecinie wyrażonym w wyroku z dnia 21 marca 2016r., I ACa 20/16, L., iż „przyjąć należy, że to na ubezpieczycielu, jako profesjonalnej stronie umowy ubezpieczenia, ciąży obowiązek uzyskania informacji dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego i jego oceny. Jeżeli ubezpieczyciel poprzestaje jedynie na przedłożeniu wyciągu ogólnych warunków ubezpieczenia, a odstępuje od podjęcia jakichkolwiek czynności zmierzających do ustalenia ryzyka ubezpieczeniowego, to (...) ewentualne okoliczności dotyczące ubezpieczonego istniejące przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie wpływają na zakres jego odpowiedzialności”. W przywołanym orzeczeniu, podobnie jak w niniejszej sprawie konsument - ubezpieczony nie był pytany o stan zdrowia na etapie przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie. Z tego względu – jak zaznaczył Sąd Apelacyjny w Szczecinie w uzasadnieniu powołanego powyżej wyroku – „nie można też od niego (konsumenta – przyp. Sąd) oczekiwać, aby dokonał za ubezpieczyciela oceny zakresu ewentualnej odpowiedzialności ubezpieczyciela przez pryzmat swojego stanu zdrowia i powiązania tego stanu z ewentualnymi wyłączeniami odpowiedzialności”. W przypadku odstąpienia przez zakład ubezpieczeń od oceny ryzyka związanego z przystąpieniem ubezpieczonego, kredytobiorcy do ubezpieczenia, konsument na etapie przystępowania do umowy ubezpieczenia na życie jest pozbawiony jasnej, konkretnej i pełnej informacji co do zakresu rzeczywistej ochrony ubezpieczeniowej. Zważywszy na fakt, że na konsumentce spoczywa obowiązek opłacania przez cały okres ubezpieczenia miesięcznej składki ubezpieczeniowej, takie ukształtowanie postanowień wzorca umownego należy uznać za naruszające interes konsumenta. W świetle postanowień § 20 OWU, pozwany ubezpieczyciel ograniczył swoją odpowiedzialność za wszelkie skutki schorzeń, na które chorował

ubezpieczony w przeszłości, niezależnie nawet od tego, czy ubezpieczony ma świadomość tych schorzeń. Zważyć bowiem należy, że w OWU nie określono żadnego przedziału czasowego zdiagnozowania i leczenia chorób przed przystąpieniem do ubezpieczenia, a zatem podstawę do wyłączenia odpowiedzialności może stanowić każda choroba lub problem zdrowotny zdiagnozowany przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Jak wskazał Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 19 czerwca 2013r., VI ACa 1494/12, L. „rozpoznanie choroby, która według tego postanowienia powoduje wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela mogło bowiem nastąpić również w okresie (np. wczesne dzieciństwo), którego ubezpieczony nie obejmuje swoją świadomością. Tak ukształtowane wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela jest zbyt daleko idące, a niemożliwość przewidzenia przez konsumenta w takiej sytuacji zajścia zdarzenia, rażąco narusza jego interesy”. Nadto, należy zauważyć, że schorzenia, na jakie ubezpieczony cierpiał przed przystąpieniem do umowy, powodują znaczne zwiększenie ryzyka zgonu. Jest bowiem okolicznością notoryjną, że choroby układu krążenia, stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów w Polsce. Z tego względu, w zasadzie już w dacie zawarcia umowy pozwany był zwolniony od odpowiedzialności. Zatem, w rzeczywistości pozwany nie ponosił żadnego ryzyka ubezpieczeniowego, a mimo to pobierał co miesiąc od ubezpieczonego składkę w wysokości 36 zł. Takie stanowisko znajduje potwierdzenie w judykaturze, gdzie wskazuje się, że „ubezpieczycielowi zawierającemu umowę mimo braku oceny stanu zdrowia ubezpieczonego, bez dokładnego rozpytania ubezpieczonego o stan zdrowia z powołaniem się na klauzulę wyłączającą odpowiedzialność ubezpieczyciela, a przy tym na klauzulę nie uzgodnioną indywidualnie nie przysługuje ochrona wobec brzmienia art. 385 § 1 kc, w tym wobec sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażącego naruszenia interesów konsumenta. Użycie wskazanego postanowienia umownego w połączeniu zaniechania oceny ryzyka ubezpieczeniowego skutkowało zawarciem umowy ubezpieczenia stwarzającej jedynie iluzoryczną ochroną ubezpieczonego, co należy uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami” (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 21 marca 2016r., I ACa 20/16, L.). W ocenie Sądu poprzez ukształtowanie warunków ubezpieczenia w opisany powyżej sposób ubezpieczyciel wykorzystuje słabszą pozycję konsumenta, który – po pierwsze wedle ówczesnych wymogów dotyczących zabezpieczenia spłaty kredytów hipotecznych obowiązujących w Banku (...) S.A. zmuszony był do przystąpienia do umowy grupowego ubezpieczenia zawartej już wcześniej przez kredytodawcę z pozwanym (jak zeznał świadek możliwość indywidualnego wyboru ubezpieczyciela została przewidziana dopiero w późniejszym okresie), a po drugie – przystępując do ubezpieczenia ubezpieczony zmuszony był ponosić koszty składki miesięcznej, choć rzeczywista ochrona ubezpieczeniowa była iluzoryczna. Bez wątpienia, gdyby pozwany przed przystąpieniem do ubezpieczenia przeprowadził wywiad co do stanu zdrowia osoby ubiegającej się o objęcie ubezpieczeniem, czy też zażądał przedłożenia kompletnej dokumentacji medycznej, można byłoby ocenić ryzyko ubezpieczeniowe. Bez wątpienia należała ocena stanu zdrowia ubezpieczonego przy przystąpieniu do ubezpieczenia, mogła prowadzić do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela, gdyby ryzyko było zbyt duże. Istotne jest przy tym, że ubezpieczony już na etapie zawierania umowy miałby jednoznaczną informację o zakresie ochrony ubezpieczeniowej, a tym samym posiadałby wiedzę, za skutki, których konkretnie schorzeń pozwany nie będzie ponosił odpowiedzialności. W takich okolicznościach konsument mógłby należycie ocenić, czy przystąpienie do umowy ubezpieczenia jest dla niego korzystne, czy też nie. W przedmiotowym przypadku konsument został pozbawiony możliwości dokonania takiej wszechstronnej oceny oraz podjęcia przemyślanej, rozważnej decyzji co do przystąpienia do ubezpieczenia. Jak wskazano w uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 19 czerwca 2013r., VI ACa 1494/12 „zgodnie z treścią przepisu art. 815 § 3 KC, w którym ustawodawca przewiduje wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela za skutki okoliczności, które nie zostały podane do jego wiadomości, a który to przepis stanowi także podstawę dla ustalenia stanu zdrowia ubezpieczonego w przypadku ubezpieczeń na życie, to oczywistym jest, że uregulowanie przewidziane w kwestionowanym postanowieniu odbiega in minus na niekorzyść ubezpieczonego. Niewątpliwym jest bowiem, że poprzez zadawanie ubezpieczonemu szczegółowych pytań dotyczących jego zdrowia umożliwia się mu co najmniej uświadomienie sobie istotności poszczególnych chorób dla skuteczności ochrony ubezpieczeniowej. Bez takiego ukierunkowania dotyczącego zarówno daty diagnozy jak i rodzaju schorzeń konsument może nie mieć świadomości, co do istotności przebytych chorób dla odpowiedzialności pozwanego w razie jego śmierci”. W przypadku zaniechania dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego poprzez odebranie od ubezpieczonego oświadczenia o stanie zdrowia, ubezpieczony nie ma takiej jednoznacznej informacji co do zakresu rzeczywistej ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie z treścią OWU w zasadzie każda zdiagnozowana lub leczona wcześniej choroba mogła skutkować odmową przyjęcia odpowiedzialności przez pozwanego, także takie schorzenia, które wystąpiły w okresie wczesnego dzieciństwa, a których wystąpienia konsument może nie



być świadomy. Zaniechanie oceny ryzyka ubezpieczeniowego powoduje znaczącą nierównowagę stron stosunku prawnego. Do ubezpieczenia mogą bowiem równie dobrze przystąpić osoby przewlekle chore, u których ryzyko śmierci na skutek wcześniejszych schorzeń jest bardzo wysokie. W takiej sytuacji zakład ubezpieczeń w zasadzie nie ponosiłby żadnego ryzyka ubezpieczeniowego, choć pobierałby składkę ubezpieczeniową. Jednocześnie, pozwany wykorzystał sytuację przymusową ubezpieczonych, którzy jako kredytobiorcy zmuszeni byli do zawarcia umowy z pozwanym, albowiem w przeciwnym razie nie otrzymaliby kredytu hipotecznego w Banku (...) S.A. Jednocześnie, uznać należało, że dysproporcja w określeniu praw i obowiązków jest rażąca. Ubezpieczony bowiem był uprawniony do opłacania składki ubezpieczeniowej, choć w zamian nie otrzymuje żadnego ekwiwalentu, gdyż jak wskazano powyżej ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez pozwany zakład ubezpieczeń jest iluzoryczna. Zatem, skoro podstawą wyłączenia odpowiedzialności pozwanej są okoliczności wynikające ze stanu zdrowia ubezpieczonego istniejące w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia lub przed tą datą, to ubezpieczyciel winien zadbać o rozpytania o te okoliczności, a skoro tego zaniechał, nie może korzystać z ochrony. Dodatkowo należy podnieść, że upływ trzech lat od zawarcia umowy wyklucza możliwość uchylenia się przez ubezpieczyciela od odpowiedzialności z powołaniem się na art. 815 § 3 KC. Przepis art. 834 KC ogranicza w czasie stosowanie podstaw wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela określonych w art. 815 § 3 KC (por. wyrok

Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 24 czerwca 2015 r., VI ACa 859/14, L.).

Reasumując, Sąd uznał, iż wyżej wskazane postanowienia wzorca umownego stanowią niedozwolone klauzule umowne, co zgodnie z przepisem art. 385<sup>1</sup> kc ma ten skutek, że takie postanowienia nie wiążą konsumenta. Oznacza to, że nie ma podstaw prawnych, aby odmówić spełnienia świadczenia wynikającego z przedmiotowej umowy grupowego ubezpieczenia na życie przewidzianego na wypadek śmierci ubezpieczonego. Jednocześnie, należy zauważyć, że wobec zawarcia z ubezpieczającym umowy przelewu powodowie nabyli prawo do tego świadczenia. Wysokość świadczenia została obliczona stosownie do postanowień § 13 OWU, zgodnie z którym suma ubezpieczenia jest równa iloczynowi aktualnego udziału procentowego oraz aktualnego salda zadłużenia. Roszczenie nie było kwestionowane przez pozwanego co do wysokości. Łączna wysokość świadczenia stanowi kwotę 151.236,68 zł, przyjmując jednak, że każde z powodów nabyło spadek po ubezpieczonym w udziale ¼ części, to należało – na mocy art. 805 kc., art. 829 kc i art. 509 kc – zasądzić od pozwanego na rzecz każdego z powodów kwotę 37.309,17 zł, stanowiącą ¼ całości świadczenia. Od powyższych kwot – na mocy art. 481 kc – Sąd zasądził ustawowe odsetki za opóźnienie od dnia 8 lutego 2016r. do dnia zapłaty.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 98 kpc w zw. z § 2 pkt. 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności adwokackie (Dz.U.2015.1800), Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powodów kwotę 4.800 zł, stanowiącą opłatę za czynności zawodowego pełnomocnika powoda – radcy prawnego. Jak wskazuje się w judykaturze współuczestnikom materialnym, reprezentowanym przez tego samego profesjonalnego pełnomocnika procesowego, sąd przyznaje zwrot kosztów w wysokości odpowiadającej wynagrodzeniu jednego pełnomocnika (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 lipca 2012r., II CZ 196/11, L.).