



**Rzecznik  
Ubezpieczonych**

[www.rzu.gov.pl](http://www.rzu.gov.pl)

# **Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej**

Raport Rzecznika Ubezpieczonych

Warszawa, luty 2012

## 1. Wprowadzenie.

Fundamentem prawa umów jest zasada swobody ich zawierania. Zgodnie z tą zasadą, wyrażoną w przepisie art. 353<sup>1</sup> k.c., strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swojego uznania byleby treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku prawnego, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. W obrocie z konsumentami swoistego rodzaju dopełnieniem i uszczegółowieniem tej zasady są przepisy kodeksu cywilnego o niedozwolonych postanowieniach umownych. Z jednej strony kładą one nacisk na przestrzeganie przez stronę umowy - kontrahenta zasad rzetelności, staranności i uczciwego postępowania, z drugiej zaś chronią interes słabszej strony stosunku prawnego - konsumenta. Przepisy te umożliwiają skorzystanie z jednego z najważniejszych instrumentów ochrony zbiorowych praw konsumentów jakim jest abstrakcyjna kontrola wzorca umowy prowadzona przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w trybie przepisów kodeksu postępowania cywilnego o postępowaniu o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Celem tej instytucjonalnej formy kontroli wzorców umownych jest zapewnienie prawidłowego funkcjonowania mechanizmu podejmowania decyzji przez słabszą stronę umowy (uczestnika obrotu) i jak zostało wskazane ochrona przed negatywnymi skutkami stosowanych postanowień dla interesów konsumentów.

Od 2002 r. ogólne warunki ubezpieczenia są przedmiotem kontroli prowadzonej przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów. W dacie sporządzenia niniejszego opracowania do rejestru klauzul abuzywnych prowadzonego przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wpisanych zostało 80 postanowień wzorców umowy z zakresu działalności ubezpieczeniowej. Po raz pierwszy klauzula abuzywna stosowana w ogólnych warunkach ubezpieczenia została wpisana do rejestru klauzul abuzywnych w 2004 r. W latach następnych do rejestru zostały wpisane odpowiednio: w 2005 r. – 3 klauzule, w 2007 r. – 14 klauzul, w 2008 r. – 31 klauzul, w 2009 r. – 14 klauzul, w 2010 r. – 9 klauzul.

Oczywiście można dyskutować, czy jest to dużo, czy nie na tle ogólnej liczby wpisów do rejestru. Zwolennicy oceny tych danych przez ich czysto statystyczne ujęcie mogą bronić stanowiska, że liczba dotychczasowych wpisów na tle łącznej liczby klauzul abuzywnych wpisanych do rejestru lub ogólnych warunków ubezpieczenia stosowanych w działalności ubezpieczeniowej, powoduje, że występowanie zjawiska abuzywności w działalności ubezpieczeniowej nie ma waloru problemu rynkowego. W ocenie Rzecznika Ubezpieczonych skalę problematyki badać należy nie przez samą liczbę wpisów do rejestru, lecz przez powszechność występowania określonego postanowienia w produktach ubezpieczeniowych i skutki jakie niesie dla interesów konsumentów usług ubezpieczeniowych. Stwierdzić na pewno można, iż wzorce umowne stosowane przez ubezpieczycieli nie są wolne od wad.

Obserwacje Rzecznika Ubezpieczonych pozwalają także na sformułowanie wniosku, że proces dostosowywania treści o.w.u. po wpisie danej klauzuli do rejestru nie ma jednolitego charakteru. Dostrzegalna jest praktyka stosunkowo szybkiego eliminowania z treści o.w.u. postanowień o podobnej treści. Aczkolwiek zdarzają się incydentalne przypadki, w których określone postanowienie zbieżne z postanowieniem abuzywnym, stosowane jest przez dłuższy czas od chwili jego wpisu do rejestru klauzul abuzywnych. W tym ostatnim przypadku trudno jednak formułować generalną ocenę o intencjonalnym działaniu określonego przedsiębiorcy, gdyż takie zachowanie mogło być wynikiem odmiennej oceny powodów dlatego Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał określone postanowienie za niedozwolone lub konsekwencją przyjęcia stanowiska, iż określony zapis umowny nie jest zapisem podobnym w treści lub w celu do postanowienia wpisanego uprzednio do rejestru klauzul abuzywnych. Tego rodzaju decyzje mogły być zgoła odmienne, gdyby przedsiębiorca oprócz dostępu do sentencji wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (w rejestrze klauzul abuzywnych, czy w Monitorze Sądowym i Gospodarczym) dysponował pełną wiedzą, dlaczego określony zapis umowny został uznany za niedozwolony. Wiedzę, którą można uzyskać dopiero po analizie treści uzasadnienia wyroku SOKiK. Samo twierdzenie, iż dostęp do rejestru klauzul abuzywnych jest jawny, zaś przedsiębiorca przy prowadzonej działalności obarczony jest wyższym miernikiem staranności, w tym wymogiem co do znajomości prawa, nie może zawsze stanowić zasadniczego argumentu, dla twierdzenia, że bezwzględnie powinien on wiedzieć, dlaczego dane postanowienia i z jakich przyczyn zostały uznane za abuzywne. Oczywiście są postanowienia, co do których nie powinno być żadnych wątpliwości dlatego zostały uznane za niedozwolone. Rzecznik Ubezpieczonych zdaje sobie jednak sprawę, iż tego rodzaju argument nie ekskulpuje przedsiębiorcy w postępowaniu prowadzonym przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów.

W obrocie konsumenckim, na gruncie prawa ubezpieczeń gospodarczych funkcjonują postanowienia umowne, których przedmiot regulacji wywołuje rozbieżności w doktrynie prawa, czy w orzecznictwie sądów powszechnych. W tym przypadku pełna wiedza o stanowisku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest konieczna i potrzebna dla ustalenia motywów, którymi kierował się ten Sąd przy uznaniu danego zapisu za niedozwolony. Posługiwanie się postanowieniem niedozwolonym w obrocie konsumenckim lub zapisem tożsamym w treści lub w skutku z postanowieniem uprzednio wpisanym do rejestru klauzul abuzywnych rodzi szereg implikacji w obszarze administracyjnoprawnej ochronie konsumentów<sup>1</sup> i w sferze

---

<sup>1</sup> Stosownie do art. 24 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. z 2007 r., Nr 50, poz. 331 z póź. zm.) praktyką naruszającą zbiorowe interesy konsumentów jest stosowanie postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy, o którym mowa w art. 479<sup>45</sup> ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego.

indywidualnych sporów pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczycielem w sprawach indywidualnych. Zgodzić się przy tym należy z poglądem, iż prezentowane przez środki masowego przekazu informacje o fakcie, iż dany ubezpieczyciel stosował postanowienia niedozwolone lub został ukarany za stosowanie podobnych zapisów umownych do tych, które zostały wpisane do rejestru klauzul abuzywnych, istotnie wpływają na postrzeganie przez konsumentów określonego ubezpieczyciela, a tym samym na ocenę atrakcyjności jego produktów.

Pewnym dostrzegalnym mankamentem w przypadku orzeczeń Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów jest brak powszechnego, dogodnego dostępu do uzasadnień jego wyroków. Sama sentencja wyroku, uzewnętrzniana następnie w rejestrze klauzul abuzywnych lub w Monitorze Sądowym i Gospodarczym, nie zawsze pozwala na właściwe zdiagnozowanie przyczyn, które legły u podstaw danego orzeczenia. Również nie wszystkie orzeczenia SOKiK lub Sądu Apelacyjnego w Warszawie i ich uzasadnienia, które dotyczą postępowań o uznanie określonych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, publikowane są w Dzienniku Urzędowym Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Powyższej oceny nie łagodzi fakt, iż w trybie informacji publicznej możliwe jest uzyskanie treści orzeczenia, gdyż jeśli strona postępowania nie wystąpiła o sporządzenie uzasadnienia wyroku to i tak otrzymamy treść tylko samej jego sentencji, nie poznamy motywów określonego rozstrzygnięcia Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Dodatkowo, o ile przedsiębiorca posiada wiedzę i instrumenty do uzyskania orzeczenia w celu przeprowadzenia analizy, czy zapisy jego wzorca umowy są tożsame, czy też nie, to dla przeciętnego konsumenta może być to działanie niemożliwe do wykonania.

Z tych właśnie względów należałoby rozpocząć szerszą, publiczną dyskusję na temat zasadności wprowadzenia rozwiązań, które ustanowiłyby obowiązek sporządzania przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uzasadnień wyroków z urzędu oraz pełną ich dostępność w jednym tematycznym publikatorze. Tak rozumiana jawność orzeczeń, ich powszechna dostępność może nieść za sobą szereg pozytywnych konsekwencji. Przede wszystkim pozwoliłaby autorowi określonego wzorca umowy na przeprowadzenie właściwej analizy własnych postanowień pod kątem ich podobieństwa w treści lub w celu z postanowieniem uprzednio wpisanym do rejestru klauzul abuzywnych oraz podjęcie szybkiej decyzji o zmianie wzorca i dostosowania jego zapisów do stanu zgodnego z prawem. W konsekwencji pozwoliłoby to nie tylko na uniknięcie ewentualnej sankcji administracyjnoprawnej ze strony organu ochrony praw konsumentów za stosowanie postanowienia podobnego do zapisu wpisanego do rejestru klauzul abuzywnych, ale co najważniejsze zwiększyłoby satysfakcję klientów. Jako chyba rzecz oczywistą należy uznać, iż o atrakcyjności danego produktu dla przeciętnego konsumenta nie decyduje tylko zakres oferowanej ochrony ubezpieczeniowej, wysokość składki, ale także gwarancja zgodności umowy

lub o.w.u. z przepisami powszechnie obowiązującego prawa, w szczególności z przepisami o niedozwolonych postanowieniach umownych. Dla wielu konsumentów brak w treści wzorca umowy postanowień uznanych za abuzywne jest testem partnerstwa i lojalności swojego kontrahenta. Ocena ta nabiera szczególnego wymiaru w kontekście tego, że obecnie większość polskiego społeczeństwa nadal uznaje ubezpieczycieli za instytucje zaufania publicznego. Z drugiej zaś strony pełna dostępność do uzasadnień wyroków SOKiK byłaby ważnym wsparciem dla konsumentów w sporach z ubezpieczycielami, jeśli podstawą określonego stanowiska zakładu ubezpieczeń o uznaniu bądź nieuznaniu odpowiedzialności za wypadek ubezpieczeniowy albo o ustalonej wysokości świadczenia ubezpieczeniowego było postanowienie o treści lub w celu tożsamym z postanowieniem uprzednio wpisanym do rejestru klauzul abuzywnych.

W żaden sposób nie można także pominąć faktu, iż przedmiotem powództwa o uznanie postanowienia danego wzorca umowy za niedozwolone są również inne postanowienia, co do których SOKiK nie miał zastrzeżeń i oddalił powództwo w ich zakresie. W sentencji orzeczenia znajduje się jedynie informacja o oddaleniu powództwa w określonej części. W większości przypadków wyroki oddalające powództwo w części dotyczącej określonego postanowienia nie są poddawane kontroli apelacyjnej. Informacja o oddaleniu powództwa w określonej części nie jest również z przyczyn oczywistych uzewnętrzniana w rejestrze klauzul abuzywnych. Brak jest zatem miarodajnych informacji, jakie postanowienia i z jakich przyczyn znalazły pełną akceptację SOKiK, a co za tym idzie pełną legitymację do ich stosowania w obrocie z konsumentami. W sytuacji zatem, gdy w sporze z określonym ubezpieczycielem, konsument kwestionuje postanowienie, którego legalność została w pełni potwierdzona w postępowaniu przed SOKiK, lecz w stosunku do innego ubezpieczyciela, wysoce pomocne byłoby skorzystanie ze stanowiska tego Sądu. Pozwoliłoby to na uniknięcie niepotrzebnych sporów i ich przenoszenia na płaszczyznę postępowań sądowych, w tym przed Sądem Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Ten argument wzmacnia zaprezentowany powyżej postulat wprowadzenia obowiązku sporządzania przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów swoich wyroków z urzędu i ich publikacji w jednym powszechnie dostępnym dla wszystkich publikatorze.

Powszechna dostępność do orzeczeń Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów byłaby również cenna dla pełnego poznania specyficznego charakteru i celu kontroli abstrakcyjnej wzorca umowy. W trybie tego postępowania ocenie podlega treść postanowienia wzorca, a nie sposób jego wykorzystania, czy jego powszechność w analogicznych wzorcach umowy innych firm konkurencyjnych. Ocena postanowienia wzorca umowy następuje w oderwaniu od warunków ekonomicznych i gospodarczych działalności prowadzonej przez przedsiębiorcę. Nieistotne są również kwestie sposobu organizacji lub specyfikacji działalności prowadzonej

przez przedsiębiorcę, którego wzorzec podlega kontroli w tym trybie<sup>2</sup>. Dla przeprowadzenia kontroli abstrakcyjnej nie ma znaczenia, czy skala stosowania niedozwolonego postanowienia jest znaczna, czy ma charakter jednostkowy w obrocie z konsumentami, czy też, że w praktyce zapis umowny nie jest stosowany przez przedsiębiorcę przy zawieraniu lub wykonywaniu umowy. Dla rozpoczęcia kontroli abstrakcyjnej wystarczające jest, że dane postanowienie wzorca umowy znalazło się w ofercie skierowanej do konsumenta<sup>3</sup>. Innymi słowy, kontrola abstrakcyjna oderwana jest od praktyki rynkowej. Jest to niewątpliwie inne spojrzenie na produkty ubezpieczeniowe, wolne od świadomości akwizycyjnej, czy bilansu zysku i strat, i ukierunkowane wyłącznie na ocenę zgodności wzorca z przepisami chroniącymi konsumentów.

Dla autora wzorca umowy poznanie sposobu przeprowadzanej przez SOKiK kontroli abstrakcyjnej może ułatwić zrozumienie wykładni sądowej treści przepisów kodeksu cywilnego o postanowieniach niedozwolonych, czym jest świadczenie główne stron, co należy rozumieć przez pojęcie „dobre obyczaje” i „rażące naruszenie interesów konsumentów,” jak należy formułować definicje umowne, czy konstruować prawa i obowiązki stron. Nie wykluczone, że nie każdy zgodzi się ze stanowiskiem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów przy ocenie określonego postanowienia o.w.u., nie każdy uzna dany wyrok za korzystny lub poprawny, jednakże z powyżej przedstawionych względów warto poznać jego linię orzeczniczą.

Przedmiotem niniejszego opracowania będzie omówienie klauzul abuzywnych w działalności ubezpieczeniowej na podstawie orzeczeń przekazanych przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów i Sąd Apelacyjny w Warszawie, przedstawienie syntetycznego opisu stanowisk stron prezentowanych w toku postępowania o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone<sup>4</sup> i co najważniejsze zaprezentowane będzie pełne uzasadnienie oceny Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o abuzywnym charakterze danego postanowienia umownego. Przedstawione zostaną również te postanowienia, których SOKiK nie uznał za niedozwolone w obrocie konsumenckim. Część klauzul abuzywnych zostanie omówiona łącznie z uwagi na ich jednolity charakter, skutek, a także łączne odniesienie oceny o ich abuzywności przez sądy I i II instancji.

Formuła niniejszego raportu będzie otwarta, stale będzie uzupełniany o nowe zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia, które zostały zakwestionowane przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Żywić przy tym trzeba nadzieję, iż okazji do tego będzie jak najmniej. Jego przygotowanie było uzasadnione nie tylko powyżej przedstawionymi

---

<sup>2</sup> Por. wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 19 czerwca 2002 r., w sprawie sygn. akt XVII AmC 34/01, Dz. U. UOKiK 2002, Nr 3, poz. 174.

<sup>3</sup> Por. wyrok Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 10 października 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 56/04.

<sup>4</sup> Opis stanowisk stron został opracowany na podstawie uzasadnień wyroków Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Sądu Apelacyjnego w Warszawie.

argumentami, ale również celem stworzenia dodatkowego narzędzia umożliwiającego eliminację z o.w.u. postanowień już uznanych za niedozwolone lub pozwalającego na etapie przygotowania wzorca umowy unikać formułowania postanowień, które mogą być następnie uznane za abuzywne. Załącznikiem do niniejszego opracowania będzie tabelaryczny wypis postanowień o.w.u. wpisanych do rejestru klauzul abuzywnych z zakresu działalności ubezpieczeniowej. Opracowanie będzie wolne od ocen Rzecznika Ubezpieczonych. Ocenę treści i skutków określonych wyroków Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznik Ubezpieczonych pozostawia jego czytelnikom.

## 2. Opis klauzul.

### Klauzula nr 86.

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 29 października 2003 r. w sprawie sygn. akt XVII Amc 45/02 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Jeżeli właściciel pojazdu lub osoba uprawniona do korzystania lub rozporządzania tym pojazdem nie wykonała obowiązków wynikających z przepisów § 30-32 PZU może oddalić roszczenie lub odpowiednio zmniejszyć odszkodowanie”.*

Postanowienie to w dniu 5 stycznia 2004 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 86.

Zgodnie z treścią o.w.u. w razie kradzieży pojazdu mechanicznego należało zawiadomić o tym fakcie ubezpieczyciela niezwłocznie, jednak nie później niż w ciągu najbliższego dnia roboczego. Nie dochowanie tego aktu staranności narażało ubezpieczonego na niekorzystne skutki prawne. Zgodnie bowiem z powyżej przywołanym postanowieniem umownym, jeżeli właściciel nie wykonał tego obowiązku i w terminie w nim wskazanym, zakład ubezpieczeń mógł oddalić roszczenie o odszkodowanie lub odpowiednio je zmniejszyć. Zdaniem strony powodowej postanowienie to było niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i jednocześnie wyczerpywało znamiona postanowień niedozwolonych, o których mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c. Przyznawało ubezpieczycielowi prawo do dokonywania wiążącej interpretacji umowy oraz stwierdzania czy ubezpieczający w terminie i we właściwej formie powiadomił go o kradzieży.

Strona pozwana wskazała, że art. 826 § 1 k.c. nakładał na ubezpieczonego obowiązek zajmowania aktywnej postawy w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego<sup>5</sup>. Jego postępowanie podjęte w celu zmniejszenia szkody i zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia powinno być adekwatne do okoliczności zdarzenia. Z kolei art. 818 k.c. nakładał na ubezpieczonego obowiązek zawiadomienia zakładu ubezpieczeń o wypadku, określając jednocześnie skutki jego niewykonania w postaci utraty prawa do świadczenia<sup>6</sup>. Zakwestionowane postanowienie o.w.u.

---

<sup>5</sup> Zgodnie z art. 826 § 1 k.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 r. w razie zajścia wypadku ubezpieczający obowiązany jest użyć wszelkich dostępnych mu środków w celu zmniejszenia szkody w ubezpieczonym mieniu oraz w celu zabezpieczenia bezpośrednio zagrożonego mienia przed szkodą.

<sup>6</sup> Zgodnie z art. 818 k.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 r. przewidziane w umowie ubezpieczenia skutki niezawiadomienia zakładu ubezpieczeń o wypadku nie następują, jeżeli zakład ubezpieczeń otrzymał w terminie wyznaczonym do zawiadomienia urzędowo stwierdzoną wiadomość o okolicznościach, które należało podać do wiadomości zakładu.



określające termin na dokonanie tego aktu staranności i skutki zaniedbania w tym zakresie stanowiło dopełnienie art. 818 k.c. Nie mogło być zatem oceniane jako niedozwolone.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to kształtowało warunki odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Nie wiązało przyczyny niedochowania przez konsumenta aktów staranności ze skutkiem w postaci niemożności ustalenia odpowiedzialności lub zwiększenia się rozmiarów szkody. W przypadku wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego zapis ten stawiał ubezpieczyciela w wyraźnie lepszej sytuacji od konsumenta. Łatwo można było wyobrazić sobie sytuację, w której zakład ubezpieczeń nie ponosząc negatywnych skutków niedochowania przez drugą stronę umowy aktu staranności, odmówiłby, i to co do zasady, przyznania odszkodowania. Prowadziłoby to do zatrzymania odszkodowania, mimo wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem oraz ustalenia osoby ponoszącej odpowiedzialność cywilną i rozmiaru szkody, która nie zwiększyła swoich rozmiarów. Przedstawiona hipotetycznie sytuacja, znajdująca pełne podstawy w zakwestionowanym postanowieniu, naruszała, w ocenie SOKiK, dobre obyczaje, które w stosunku ubezpieczenia powinny być oparte na zasadzie zaufania co do rzetelności działania ubezpieczyciela jako instytucji finansowej. Rzetelność ta stała pod znakiem zapytania, gdy ubezpieczyciel posiadający niewątpliwie przewagę kontraktową nad ubezpieczającym przyznaje sobie w o.w.u., choćby nawet w niewielkim zakresie, prawo podejmowania obiektywnie nieuzasadnionych, arbitralnych decyzji, niepowiązanych w żaden sposób ze związkami przyczynowo-skutkowymi, których następstwem jest ubezpieczony wypadek losowy. W takiej sytuacji odmowa wypłaty całości lub części odszkodowania godziła w cel umowy ubezpieczenia, jakim jest dla ubezpieczającego zniwelowanie niekorzystnych skutków zdarzeń losowych i stanowiła o jego rażącym pokrzywdzeniu. W tym stanie rzeczy postanowienie to, w ocenie SOKiK, wyczerpywało treść ogólnej definicji niedozwolonego postanowienia umowy takiego wzorca, o której mowa w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.<sup>7</sup> Przyznawało zakładowi ubezpieczeń jednostronne uprawnienie do zmiany bez ważnych przyczyn istotnych cech świadczenia poprzez zmniejszenie wysokości odszkodowania lub odmowę jego wypłaty, co wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej z art. 385<sup>3</sup> pkt 19 k.c.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.: Postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nie uzgodnione 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.

<sup>8</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 19 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które przewidują wyłącznie dla kontrahenta konsumenta jednostronne uprawnienie do zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia.

## **Klauzula nr 488.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 24 listopada 2004 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 8/04 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez SAMPO Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Wszystkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia będą rozstrzygane przez Sąd Powszechny właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa”.*

Postanowienie to w dniu 11 lipca 2005 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 488.

W ocenie strony powodowej postanowienie to było sprzeczne z treścią art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, w myśl którego właściwym do rozpoznania sporów wynikających z umów ubezpieczenia jest sąd właściwy ubezpieczonego lub uprawnionego do odszkodowania, jeżeli umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią inaczej. Zakwestionowane postanowienie o.w.u., jakkolwiek zgodne z powołanym przepisem ustawy o działalności ubezpieczeniowej, uniemożliwiało konsumentom korzystanie z przewidzianej w art. 34 k.p.c. możliwości wyboru sądu do którego złożą ewentualny pozew z zastosowaniem zasady właściwości przemiennej<sup>9</sup>. Kwestionowane postanowienie stwarzało dla konsumentów dodatkowe trudności i miało istotny, negatywny wpływ na możliwość faktycznego dochodzenia przez nich w procesie sądowym roszczeń od ubezpieczyciela. Takie postanowienie umowne stawiało profesjonalistę w uprzywilejowanej pozycji.

Zdaniem strony pozwanej, zakwestionowane postanowienie zostało oparte na przepisie art. 7a ustawy o działalności ubezpieczeniowej, obowiązującej do dnia 31 grudnia 2003 r., który zezwalał na wprowadzenie do o.w.u. tego rodzaju rozwiązania. Dodatkowo, ogólne warunki ubezpieczenia zostały doręczone ubezpieczonemu, który nie złożył oświadczenia o odstąpieniu od umowy, a więc w pełni zaakceptował jego uregulowania.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumentów. Wykorzystywało niewiedzę konsumenta, który mógł niewłaściwie ocenić skutki postanowienia umownego, tj. konieczności wytaczania powództwa tylko według siedziby spółki. Znacząco niekorzystnie kształtowało pozycję konsumenta, narażając go w razie sporu sądowego na dodatkowe wydatki, stratę czasu, niewygodę. Dodatkowo, fakt, iż postanowienie to znalazło się w treści o.w.u. nie oznaczało, że

zapis na sąd był uzgodniony z konsumentem. Innymi słowy, nie oznaczało to, że mieliśmy do czynienia z zawarciem umowy prorogacyjnej w zakresie właściwości sądu uprawnionego miejscowo do rozstrzygnięcia sporów z umowy ubezpieczenia. Kwestionowane postanowienie umowne miało zostać sformułowane na podstawie upoważnienia zawartego w art. 7a ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej, będącego przepisem *lex specialis* w stosunku do przepisów kodeksu postępowania cywilnego. SOKiK wskazał, że przepis ten w chwili orzekania już nie obowiązywał albowiem z dniem 1 stycznia 2004 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, która w art. 9 odmiennie uregulowała właściwość miejscową sądów w sporach z umowy ubezpieczenia<sup>10</sup>. Sąd zaś wyrokował na podstawie przepisów prawa materialnego obowiązującego w chwili orzekania. Kwestionowane więc postanowienie umowne regulowało zasady właściwości miejscowej sądu w sprawach z umów ubezpieczenia w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz przepisami kodeksu postępowania cywilnego o charakterze ogólnym. Tej oceny nie zmieniała powołana przez pozwanego na rozprawie okoliczność, że przepisy przejściowe nowej ustawy dopuszczały możliwość stosowania takiego zapisu do dnia 30 czerwca 2005 r. W tym stanie rzeczy, SOKiK uznał, iż zakwestionowane postanowienie o.w.u. spełniało przesłanki klauzuli niedozwolonej (art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.) albowiem kształtowało prawa ubezpieczonego konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy i jednocześnie pozostawało w sprzeczności z obowiązującymi przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

### **Klauzula nr 587.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 10 października 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 56/04 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Odpowiedzialność PZU Życia S.A. w odniesieniu do poszczególnych ubezpieczonych wygasa (...) w razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia z upływem ostatniego miesiąca za który opłacono składkę, najpóźniej jednak z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia”.*

---

<sup>9</sup> Art. 34 k.p.c.: Powództwo o ustalenie istnienia umowy, o jej wykonanie, rozwiązanie lub unieważnienie, jako też o odszkodowanie z powodu niewykonania lub nienależytego wykonania umowy wytoczyć można przed sąd miejsca jej wykonania. W razie wątpliwości miejsce wykonania umowy powinno być stwierdzone dokumentem.

<sup>10</sup> Art. 9 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej: Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Postanowienie to w dniu 2 grudnia 2005 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 587.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis ten był sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszał interes konsumenta, gdyż przewidywał uprawnienie do zaniechania świadczenia ze strony ubezpieczyciela pomimo trwania stosunku umownego, a także istnienia po stronie ubezpieczonego obowiązku świadczenia składki. Jednocześnie, zakwestionowane postanowienie wyczerpywało znamiona postanowienia, o którym mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 22 k.c.<sup>11</sup> SOKiK wskazał również, że nie kwestionuje prawa ubezpieczyciela do rozwiązania umowy ze skutkiem na koniec miesiąca, za który uiszczono składkę. Należy jednak wyraźnie odróżnić instytucję rozwiązania umowy od zaprzestania spełniania świadczenia przez jedną ze stron umowy, co przewidywała powyższa klauzula.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu było również postanowienie o następującej treści: „*W przypadku wypowiedzenia umowy, ubezpieczający jest zobowiązany przekazywać PZU Życie S.A. składki do końca okresu wypowiedzenia*”. W opinii powoda postanowienie to przewidujące obowiązek uiszczenia składki do końca okresu wypowiedzenia, pomimo że odpowiedzialność ubezpieczyciela kończyła się z upływem ostatniego miesiąca kalendarzowego, za który zapłacono składkę, wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 22 k.c. W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w okresie wypowiedzenia umowy strony pozostają w stosunku umownym w pierwotnym kształcie, a zatem każda ze stron ma obowiązek spełniania swojego świadczenia. Oznacza to, że na ubezpieczonym ciąży obowiązek uiszczenia składki za okres wypowiedzenia, a na pozwanym, w razie wystąpienia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, wypłaty należnego świadczenia. Z tego powodu należało uznać, iż powyższy zapis umowny nie był sprzeczny z dobrymi obyczajami i nie naruszał rażąco interesu konsumenta.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów przeprowadził również kontrolę postanowienia o treści: „*Umowa grupowego ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego – z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia: przez 1) ubezpieczającego pod warunkiem, że co najmniej 75% ubezpieczonych pracowników wyrazi uprzednio zgodę pisemną na rozwiązanie umowy*”. Zdaniem powoda przedmiotowy zapis umowny był sprzeczny z art. 830 § 1 k.c. oraz art. 385<sup>3</sup> pkt 14 k.c., gdyż uzależniał prawo odstąpienia od umowy od złożenia oświadczenia woli przez inne osoby. W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis ten był sprzeczny z bezwzględnie obowiązującym art. 830 § 1

---

<sup>11</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 22 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które przewidują obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta.

k.c.<sup>12</sup>, a co za tym idzie nieważny z mocy art. 58 § 1 k.c. Nieważność postanowienia umowy powodowała, iż nie podlegało ono ocenie w zakresie zgodności z dobrymi obyczajami i rażącego naruszenia interesu konsumenta. Ochrona prawna przewidziana przez przepis art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. dotyczy wyłącznie sytuacji, w której postanowienie wzorca umowy jest ważne, ale jej niedozwolony charakter powoduje jedynie jej bezskuteczność. W ramach kontroli abstrakcyjnej nie jest możliwe stwierdzenie, że nieważna z mocy prawa klauzula jest niedozwolona i zakazać jej stosowania, gdyż nieważność ta powoduje, że klauzula nie wywołuje żadnych skutków prawnych, a więc w istocie nie jest stosowana od początku.

### **Klauzula nr 1223 i 1224.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 103/05 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

- *„Bez względu na występujące przyczyny i zakres ubezpieczenia, Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe wskutek braku konserwacji budynku (lokali) lub wynikłych z faktu, że jego konstrukcja lub wykonanie poszczególnych części składowych nie odpowiada normom obowiązującym w budownictwie”.*
- *„Bez względu na występujące przyczyny i zakres ubezpieczenia, Zakład Ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe wskutek braku konserwacji budynku (lokali) lub wynikających z faktu, że jego konstrukcja lub wykonanie (montaż poszczególnych części składowych) stałych elementów wykończeniowych nie odpowiada normom obowiązującym w budownictwie”.*

Postanowienia te w dniu 22 lipca 2007 r. zostały wpisane do rejestru klauzul abuzywnych odpowiednio pod nr 1223 i 1224.

W ocenie strony powodowej postanowienia te stanowiły niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., ponieważ kształtowały prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. Sformułowane były niejednoznacznie i w sposób niezrozumiały dla przeciętnego, typowego konsumenta oraz odwoływały się do bliżej niesprecyzowanego pojęcia „norm obowiązujących w budownictwie”. Zakwestionowane postanowienia wyłączały odpowiedzialność względem konsumenta za szkody,

---

<sup>12</sup> Zgodnie z art. 830 § 1 k.c. przy ubezpieczeniu osobowym ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie z zachowaniem terminu określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

których ubezpieczający nie wyrządził lub nie miał wpływu na ich powstanie, co dodatkowo uzasadniało zarzut ich sprzeczności z treścią art. 827 § 1 k.c., który jednoznacznie określał kiedy istnieje możliwość wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela<sup>13</sup>. W ocenie powoda postanowienia te prowadziły do sytuacji, w której osoba, nie będąca wykonawcą budynku, ani inwestorem a jedynie nabywcą nie mającym żadnego wpływu na sposób czy jakość wykonania budynku, będzie odpowiadała za niezgodność konstrukcji lub poszczególnych części składowych budynku z normami obowiązującymi w budownictwie. Co więcej, zgodnie z zakwestionowanymi postanowieniami umownymi uprawnionym do stwierdzenia czy zachodzi wyżej wskazana niezgodność, mimo uprzedniej decyzji właściwych organów nadzoru budowlanego w przedmiocie pozwolenia na użytkowanie budynku, był wyłącznie ubezpieczyciel.

Strona pozwana wskazała, że zakwestionowane postanowienia dotyczą głównych świadczeń stron umowy ubezpieczenia. Dodatkowo, w związku z tym, że umowa ubezpieczenia majątkowego jest umową masową, do której stosuje się zasadę deklaracji ryzyka, nie ma i nie może być mowy o nakładaniu na ubezpieczyciela odpowiedzialności za stan zgłoszonych do przedmiotów ubezpieczenia.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zawarte w wyżej wskazanych postanowieniach sformułowanie „*nie odpowiada normom obowiązującym w budownictwie*” było określeniem zbyt ogólnym, nieprecyzyjnym i niezrozumiałym dla przeciętnego konsumenta, bardzo obszernym pojęciowo, umożliwiającym ubezpieczycielowi stosowanie bardzo szerokiej wykładni tego postanowienia. Z uwagi na fakt, iż postanowienia te dotyczyły istotnych dla konsumenta kwestii, tj. zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, a ich sformułowania mogły w drodze wykładni stosowanej przez zakład ubezpieczeń ograniczyć, a nawet wyłączyć jego odpowiedzialność, należało je uznać za niedozwolone w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

### **Klauzula nr 1227.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 26 czerwca 2006 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 102/05 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

---

<sup>13</sup> Zgodnie z art. 827 § 1 k.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 r. zakład ubezpieczeń jest wolny od odpowiedzialności, jeżeli ubezpieczający albo osoba, z którą ubezpieczający pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub za którą ponosi odpowiedzialność, wyrządziła szkodę umyślnie. W razie rażącego niedbalstwa odszkodowanie nie należy się, chyba że zapłata odszkodowania odpowiadała w danych okolicznościach zasadom współżycia społecznego albo interesom gospodarki narodowej.

*„Jeżeli na podstawie wniosku, złożonego dokumentu lub oświadczenia Ubezpieczający uzyskał nienależną obniżkę składki, Ubezpieczycielowi przysługuje prawo żądania dopłaty składki wraz z odsetkami, a w przypadku gdy szkoda już powstała – prawo do obniżenia odszkodowania o kwotę zaniżonej składki lub prawo całkowitego jej odmówienia”.*

Wyrok ten został podtrzymany przez Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 13 kwietnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1096/06. Postanowienie to w dniu 22 sierpnia 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1227.

W ocenie powoda postanowienie to godziło w dobre obyczaje i rażąco naruszało interes konsumenta. Z treści tego zapisu nie wynikało jednoznacznie, kiedy ubezpieczyciel mógł obniżyć odszkodowanie o kwotę zaniżonej składki, a kiedy odmówić wypłaty odszkodowania w całości. Zdaniem powoda jedynie do arbitralnej decyzji ubezpieczyciela należała kwestia obniżenia odszkodowania o kwotę zaniżonej składki lub całkowita odmowa jego wypłaty.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości i wskazała, iż przedmiotowe o.w.u. dotyczyły umowy ubezpieczenia mienia wraz z ubezpieczeniem kosztów udzielania pomocy. Nie było to ubezpieczenie obowiązkowe, a umowa zawierana dobrowolnie przez ubezpieczającego. Pozwany wskazał, iż zakład ubezpieczeń zawierając umowę ubezpieczenia dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o oświadczenia i okoliczności podane przez ubezpieczającego we wniosku ubezpieczeniowym. We wniosku jest zawarte pytanie o tzw. szkodowość, czyli ilość szkód w określonej jednostce czasu poprzedzającej zawarcie umowy ubezpieczenia. Od tych oświadczeń ubezpieczyciel uzależnia nie tylko wysokość składki, ale przede wszystkim możliwość objęcia pojazdu ochroną ubezpieczeniową. Zgodnie zaś z art. 815 § 3 k.c. ubezpieczyciel jest wolny od odpowiedzialności w sytuacji, gdy ubezpieczający podał niezgodne z prawdą okoliczności, o które zakład pytał przed zawarciem umowy, jeżeli okoliczności te mają wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku objętego umową. W przypadku nienależnego uzyskania obniżonej składki (tj. na skutek złożenia nieprawdziwego oświadczenia przez ubezpieczającego) ubezpieczycielowi przysługuje prawo odmowy wypłaty odszkodowania. Zapis zawierający informację o realizacji tego uprawnienia nie może być uznany za postanowienie niedozwolone wobec konsumentów. Ponadto pozwany wskazał, iż zaskarżony zapis o.w.u., nie oznaczał generalnej zasady niepłacenia stronie umowy (konsumentom) odszkodowania, co wyłączało kwestię naruszenia interesów konsumentów i dobrych obyczajów. Zdaniem pozwanego odszkodowanie nie może być wypłacane w sytuacji złożenia fałszywych oświadczeń przez konsumenta.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to przyznawało ubezpieczycielowi prawo do jednostronnego i opartego na zasadzie uznaniowości rozstrzygnięcia

o tym czy ubezpieczającemu należy wypłacić kwotę odszkodowania pomniejszoną o kwotę zanizonej składki, czy też odmówić wypłaty odszkodowania w całości. Zakwestionowane postanowienie umowne nie precyzowało w oparciu o jakie przesłanki ubezpieczyciel rozstrzygał opisaną powyżej kwestię. Co prawda pozwany przedstawił sposób interpretacji i praktykę w opisywanej sytuacji, ale nie zmieniało to faktu, iż przez zaskarżone brzmienie zapisu umownego dopuszczona została możliwość rozstrzygnięcia tego zagadnienia na podstawie jednostronnej oceny ubezpieczyciela i nie wynikającej wprost z zapisów o.w.u. Brak było zatem jasnych i jednoznacznych kryteriów, na podstawie których ubezpieczyciel odmawiał wypłaty odszkodowania albo wypłacał odszkodowanie w pomniejszonej wysokości. W ocenie SOKiK, zapis taki kształtował prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Postanowienie to przyznawało również ubezpieczycielowi prawo do dokonywania wiążącej interpretacji umowy, co stanowiło niedozwolone postanowienie umowne, o którym mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c.<sup>14</sup>

#### **Klauzula nr 1237, 1238, 1239, 1240 i 1241.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 74/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopotkie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. postanowień wzorca umowy o następującej treści:

- *„W razie wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, gdy w okresie ubezpieczenia wystąpiła szkoda, za którą Ubezpieczyciel wypłacił lub zobowiązany jest do wypłacenia odszkodowania lub świadczenia”.*

Z uwagi na fakt, iż przedmiotowej postanowienie umowne występowało w różnych o.w.u. było one przez SOKiK oceniane wspólnie, ale wpisane pod różnymi numerami do rejestru klauzul abuzywnych, tj. od nr 1237 do nr 1240. W rejestrze klauzul abuzywnych umieszczone zostały do rejestru w dniu 3 września 2007 r. Były też wspólnie oceniane przez SOKiK z postanowieniem wpisanym następnie do rejestru pod nr 1241.

- *„W razie odstąpienia od umowy składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, gdy w okresie ubezpieczenia nie wystąpiła szkoda, za którą Ubezpieczyciel wypłacił odszkodowania lub jest obowiązany do jego wypłacenia”.*

---

<sup>14</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które przyznają kontrahentowi konsumenta uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy.



Postanowienie to w dniu 3 września 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1241.

Zdaniem strony powodowej - Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienia te wyczerpywały dyspozycję przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. oraz art. 385<sup>3</sup> pkt 13 k.c. Przewidywały możliwość niezwracania składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w przypadku wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia. Dotyczyły zarówno sytuacji, w której wypowiedzenie, bądź odstąpienie od umowy ubezpieczenia nastąpiło po zajściu szkody całkowitej, jak i w sytuacji, w której rozwiązanie umowy przypadało po zajściu szkody częściowej. W opinii powoda, przedmiotowe postanowienia umowne znacząco niekorzystnie kształtowały sytuację ekonomiczną konsumenta oraz prowadziły do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny. Były głęboko niesprawiedliwe, a nawet sprzeczne z treścią art. 813 § 1 k.c. Przepis ten nakazywał zachowanie równowagi między świadczeniem konsumenta a świadczeniem przedsiębiorcy. Zakładowi ubezpieczeń nie należy się składka za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie będzie już świadczona. Z kolei konsumentom należy się zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, gdyż nie otrzymują w tym okresie ekwiwalentnego świadczenia, tj. ochrony ubezpieczeniowej. Postanowienia te prowadziły zatem do zachwiania równowagi kontraktowej stron. Konsekwencją przyjęcia, iż zachwiana została ta równowaga, było uznanie, iż niezwracanie konsumentom przez zakład ubezpieczeń składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia mogło powodować ukształtowanie ich praw w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów podniósł także, że naruszenie interesów konsumentów jest szczególnie rażące w przypadku, gdy odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie przez zakład ubezpieczeń nastąpiło po zajściu szkody częściowej i po wypłacie odszkodowania równemu niewielkiemu ułamkowi sumy ubezpieczenia. Rażącym naruszeniem interesów konsumentów było stworzenie prawa pozwanego do zachowania w takim przypadku całości uiszczonej przez konsumenta składki. Zakład ubezpieczeń dokonując wypowiedzenia umowy, pozbawiał konsumenta ochrony ubezpieczeniowej oraz zatrzymywał składkę za niewykorzystany okres ubezpieczenia. W takiej sytuacji konsument musiał zawrzeć nową umowę ubezpieczenia i po raz drugi zapłacić za ten sam czas trwania ochrony ubezpieczeniowej.

Pozwany podniósł, że uwarunkowanie zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w razie wypowiedzenia lub odstąpienia od umowy wynikało z faktu spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego. Zgodnie z definicją zawartą w art. 805 § 2 k.c. świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu majątkowym określonego odszkodowania za szkodę. Kwestionowane przez powoda postanowienia zakładały właśnie zapłatę przez ubezpieczyciela odszkodowania ubezpieczeniowego, a zatem realizacji

zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia. Oczywistym jest, że głównym świadczeniem ubezpieczyciela jest świadczenie ubezpieczeniowe określone w art. 805 k.c. Składka jest ubezpieczycielowi należna w przypadku spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego. Zdaniem pozwanego przepis art. 813 k.c. nie dotyczył sytuacji, w której ubezpieczyciel spełnił już świadczenie ubezpieczeniowe. Fakt wywiązania się ubezpieczyciela z zobowiązania wynikającego z umowy ubezpieczenia, tj. zapłata świadczenia określonego w art. 805 k.c., podważał zasadność zarzutu powoda o naruszeniu dobrych obyczajów czy zasad współżycia społecznego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienia te stanowiły niedozwoloną klauzulę abuzywną w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> k.c. i jednocześnie naruszały dyspozycję art. 385<sup>3</sup> pkt 13 k.c.<sup>15</sup> Zapisy umowne wprowadzające ogólną regułę niezwracania ubezpieczającemu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia, w przypadku gdy w okresie ubezpieczenia nastąpiła wypłata odszkodowania lub gdy ubezpieczyciel zobowiązany jest do jego wypłacenia, nie znajdowały uzasadnienia i prowadziły do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny dla konsumenta. Zgodnie z art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Przepis ten określa ekwiwalentne świadczenia stron umowy. Świadczeniem zakładu ubezpieczeń, które odpowiada świadczeniu ubezpieczającego jest udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, polegające na zobowiązaniu do wypłaty odszkodowania w razie nastąpienia określonego w umowie zdarzenia. Koniecznym elementem każdej umowy ubezpieczenia jest określenie czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie zaś z treścią art. 813 § 1 k.c. składkę, która stanowi świadczenie ubezpieczającego, oblicza się za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Przepis ten nakazuje zatem zachowanie równowagi między świadczeniem konsumenta a świadczeniem przedsiębiorcy. Zdaniem SOKiK z powyższego wynika jednoznacznie, że odpowiednikiem świadczenia ubezpieczającego (zapłacenia składki) jest udzielenie przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej od określonych zdarzeń i w określonym czasie. Ochrona ubezpieczeniowa trwa zatem przez cały czas obowiązywania umowy, niezależnie od faktu, czy w tym okresie nastąpiło, czy też nie zdarzenie objęte ochroną. Zatem świadczenie zakładu ubezpieczeń polegające na udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej może zostać uznane za spełnione dopiero po upływie okresu, na jaki umowa została zawarta. Mając powyższe na względzie uznać należało, że zakładowi ubezpieczeń nie należy się składka za

okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie będzie już świadczona, natomiast konsumentowi należy się zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia mamy do czynienia z sytuacją, w której świadczenie ubezpieczającego, polegające na zapłaceniu składki, spełnione zostało w całości, natomiast świadczenie zakładu ubezpieczeń polegające na udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej, spełnione zostało tylko w części. W takim przypadku zakład ubezpieczeń, który uzyskał świadczenie ubezpieczającego zwalniał się z obowiązku spełnienia świadczenia ekwiwalentnego, uzyskując tym samym kosztem ubezpieczającego, niczym nieuzasadnione korzyści. Prowadziło to w ocenie SOKiK do zachwiania równowagi kontraktowej stron. Takie ukształtowanie praw i obowiązków obu stron umowy było oczywiście sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta. Zakwestionowane zapisy bezsprzecznie stanowiły niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Ponadto wyczerpywały wprost przesłanki typowej klauzuli abuzywnej wymienionej przez ustawodawcę w art. 385<sup>3</sup> pkt 13 k.c. Przewidywały bowiem utratę prawa żądania zwrotu świadczenia konsumenta spełnionego wcześniej niż świadczenie kontrahenta, gdy strony wypowiedają lub odstępują od umowy.

### **Klauzula nr 1242 i 1243.**

Sąd Okręgowy w Warszawie Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 74/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nastąpi po potrąceniu kosztów manipulacyjnych w wysokości 20% zwracanej składki”.*

Z uwagi na fakt, iż postanowienie to było stosowane w dwóch różnych o.w.u. zostało one wpisane odrębnie do rejestru klauzul abuzywnych, odpowiednio pod nr 1242 i 1243.

Zdaniem powoda postanowienie to wypełniało dyspozycję przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. oraz art. 385<sup>3</sup> pkt 17 k.c. Dotyczyło przypadku zwrotu składki w razie odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, o którym mowa w art. 812 § 4 k.c. Przewidziane przez ten przepis prawo do odstąpienia od umowy miało chronić konsumentów przede wszystkim przed podjętymi pochopnie decyzjami o zawarciu umowy ubezpieczenia. Zdaniem powoda, w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie może pobierać od ubezpieczającego

---

<sup>15</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 13 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które przewidują utratę prawa żądania zwrotu świadczenia konsumenta spełnionego wcześniej, niż świadczenie kontrahenta, gdy strony wypowiedają, rozwiązują lub odstępują od umowy.

żadnych opłat manipulacyjnych. Zapisy umowne przewidujące pobranie tej opłaty za odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie znajdowały żadnego uzasadnienia i były głęboko niesprawiedliwe. Możliwość odstąpienia od umowy została ograniczona, gdyż wiązała się z koniecznością poniesienia dodatkowych kosztów. Ponadto prawo do potrącenia opłaty manipulacyjnej przysługiwało wyłącznie jednej stronie umowy, tj. zakładowi ubezpieczeń. Jeżeli to zakład ubezpieczeń rozwiązał umowę, konsumentom nie przysługiwały analogiczne uprawnienia. W ocenie Prezesa UOKiK pozostawało to w sprzeczności z zasadą równego traktowania stron. Konsekwencją przyjęcia, iż zachwiana została równowaga kontraktowa stron, było uznanie, iż pobieranie przez zakład ubezpieczeń opłaty manipulacyjnej od konsumenta za odstąpienie od umowy kształtowało jego prawa w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Z kolei ograniczenie prawa konsumentów do odstąpienia od umowy poprzez ustanowienie opłaty manipulacyjnej naruszało w sposób rażący ich interesy ekonomiczne. Dodatkowo, potrącana opłata manipulacyjna była ustalona jako odpowiednia część zwracanej składki bez zaznaczenia limitu kwotowego. W przypadku kiedy konsument zapłacił z góry za kilka okresów ubezpieczenia, a następnie odstąpił od umowy, opłata ta mogła okazać się bardzo wysoka, co z kolei należało kwalifikować ją jako rażąco wygórowane odstępnę.

Zdaniem pozwanego stosowanie opłat manipulacyjnych wynikało z komercyjnego charakteru działalności zakładu ubezpieczeń. Z tego rodzaju działalnością związane są koszty jej prowadzenia. Są to koszty administracyjne, pośrednictwa ubezpieczeniowego, reasekuracji, lokowania środków. W przypadku rozwiązania lub odstąpienia od umowy zakład ubezpieczeń ponosiłby same tego rodzaju koszty bez możliwości ich jakiegokolwiek rekompensaty. Za kontrowersyjną uznano by ich rekompensatę poprzez podwyższenie składki ubezpieczeniowej. Zdaniem pozwanego, wobec masowości umów ubezpieczenia nie było możliwe precyzyjne określenie właściwego poziomu opłat manipulacyjnych, czy ich indywidualizacja.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to stanowiło niedozwoloną klauzulę umowną w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> k.c. Stosownie do treści art. 812 § 4 k.c., ubezpieczający posiada uprawnienie do odstąpienia od umowy w terminie wskazanym w tym przepisie. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w którym zakład ubezpieczeń nie udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Powinna zatem zostać mu zwrócona cała składka za okres przypadający po rozwiązaniu umowy. Zastrzeżenie zapłaty opłaty manipulacyjnej istotnie ograniczało możliwość odstąpienia od umowy, gdyż wiązało się z koniecznością poniesienia przez konsumenta dodatkowych kosztów. SOKiK zwrócił także uwagę, że prawo do potrącenia opłaty manipulacyjnej zostało zastrzeżone wyłącznie dla jednej ze stron umowy, tj. dla ubezpieczyciela. W przypadku gdy to zakład ubezpieczeń odstąpił od umowy, konsumentowi nie przysługiwało analogiczne uprawnienie.

Takie ukształtowanie wzajemnych praw i obowiązków powodowało zachwianie równowagi kontraktowej, nie znajdowało żadnego uzasadnienia i w sposób rażąco naruszało interesy konsumentów.

#### **Klauzula nr 1244.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 74/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Jeżeli została udzielona zniżka składki z tytułu zastosowania zabezpieczeń antywłamaniowych, a zabezpieczenie to w momencie powstania szkody (...) nie zadziałało (...), Ubezpieczyciel może zmniejszyć odszkodowanie o procent udzielonej zniżki”.*

Postanowienie to w dniu 3 września 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1244.

Zdaniem powoda - Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wypełniało dyspozycję art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Przyznawało pozwanemu ubezpieczycielowi uprawnienie do obniżenia wypłacanego odszkodowania w razie niezadziałania w momencie powstania szkody zabezpieczeń antywłamaniowych, za które udzielono obniżki składki. Powyższy zapis w pełnym brzmieniu przewidywał również możliwość zmniejszenia wysokości odszkodowania w przypadku, gdy zabezpieczenie antywłamaniowe w momencie powstania szkody nie było włączone, było niesprawne lub zostało wcześniej zdemontowane. Prezes UOKiK nie zakwestionował w tym zakresie wskazanego zapisu, bowiem wymienione przypadki dotyczyły sytuacji, gdy zabezpieczenie antywłamaniowe nie zabezpieczało należycie rzeczy z przyczyn zależnych od konsumenta. Natomiast zastrzeżenia Prezesa UOKiK wzbudziło uprawnienie zakładu ubezpieczeń do obniżenia wysokości odszkodowania o procent udzielonej zniżki za zastosowanie zabezpieczeń antywłamaniowych w przypadku niezadziałania tych zabezpieczeń z przyczyn niezależnych, niezawinionych przez konsumenta. Zdaniem powoda postanowienie to znacząco niekorzystnie kształtowało sytuację ekonomiczną konsumenta oraz prowadziło do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny. Ubezpieczający nie miał żadnego wpływu na to, że zabezpieczenie antywłamaniowe nie zadziałało. Trudno mówić o winie umyślnej lub o rażącym niedbalstwie ubezpieczającego, który zabezpieczając mienie uruchomił urządzenie antywłamaniowe i urządzenie w chwili jego uruchomienia było sprawne. W sytuacji, gdy przyczyna niezadziałania tych zabezpieczeń nie

leżała po stronie konsumenta, sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumentów było obniżanie przez zakład ubezpieczeń wysokości należnego odszkodowania.

W ocenie strony pozwanej sprawnie działające zabezpieczenia antywłamaniowe powodują zmniejszenie ryzyka kradzieży, ryzyka wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. W sytuacji, gdy w momencie powstania szkody zabezpieczenie nie zadziało to odpadło uzasadnienie udzielenia zniżki za jego stosowanie. Gdyby zabezpieczenie zadziało to do kradzieży mogłoby w ogóle nie dojść. Konsekwencja takiego stanu rzeczy powinna więc obciążać ubezpieczającego. W związku z czym przedmiotowe postanowienie nie było sprzeczne z dobrymi obyczajami, ani nie naruszało rażąco interesów ubezpieczającego.

Oceniając postanowienie o treści powyżej przywołanej, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów zauważył, iż stanowiło ono niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. O abuzywnym charakterze zakwestionowanego zapisu przesądził fakt, iż zastrzeżenie zakładu ubezpieczeń do obniżenia wysokości odszkodowania miało charakter kategoryczny i dotyczyło każdego przypadku niezadziałania zabezpieczenia antywłamaniowego, bez względu na to, z jakich przyczyn to dodatkowe zabezpieczenie nie zadziało. Zdaniem Sądu, o ile zastrzeżenie zmniejszenia odszkodowania w przypadku, gdy urządzenie nie zadziało z powodów zależnych od konsumenta, znajdowało swoje uzasadnienie, o tyle zmniejszenie odszkodowania w sytuacji, gdy ubezpieczający zachował maksimum należytej staranności, a urządzenie nie zadziało z przyczyn od niego niezależnych było nieuzasadnione i nie mieściło się w granicach dobrych obyczajów. Konsument mógł nie mieć żadnego wpływu na to, że zabezpieczenie antywłamaniowe nie zadziało. Natomiast decyzja o przyznaniu zniżki za zastosowanie określonych zabezpieczeń należała zawsze do zakładu ubezpieczeń. Zatem to pozwany wyłącznie określał, jakie zdarzenia mogły przyczynić się do zmniejszenia ryzyka występowania szkody, co uzasadniało udzielenie zniżki. W ocenie SOKiK to właśnie pozwany powinien przyjąć na siebie ryzyko związane z niezadziałaniem zabezpieczenia antywłamaniowego z przyczyn technicznych, pomimo dochowania należytej staranności przez ubezpieczającego. Przerzucanie takiego ryzyka na konsumenta, który w związku z zainstalowaniem urządzeń zabezpieczających poniósł określone nakłady było niedopuszczalne. SOKiK zaznaczył również, że pozwany dostrzegał prewencyjną rolę, jaką spełnia sam fakt zainstalowania zabezpieczenia antywłamaniowego, jednakże nie uwzględnił takiej sytuacji w o.w.u., kategorycznie stwierdzając, że w każdym przypadku niezadziałania urządzenia antywłamaniowego i bez względu na okoliczności odszkodowanie zostanie zmniejszone o procent udzielonej zniżki.

Mając powyższe na względzie, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, że przedmiotowe postanowienie znacząco niekorzystnie kształtowało sytuację ekonomiczną

konsumenta, prowadząc do rażącego uprzywilejowania pozwanego w stosunku prawnym oraz do ukształtowania praw konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Tym samym postanowienie to stanowiło niedozwolone postanowienie wzorca umowy w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

#### **Klauzula nr 1264.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 12 czerwca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 103/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji Warta S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia o następującej treści:

*„Pojazd nielegalnie wprowadzony na polski obszar celny jest to pojazd: wprowadzony do kraju z zachowaniem obowiązku określonego w punkcie 1, lecz bez zachowania obowiązku podania w zgłoszeniu celnym lub innym dokumencie, danych zgodnych z rzeczywistością bądź, gdy naruszono ograniczenia w obrocie”.*

Postanowienie to w dniu 12 września 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1264.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, iż zapis ten zawierał nieoczywiste, nieprecyzyjne sformułowania takie jak: „innym dokumencie”, „dane zgodne z rzeczywistością”, „naruszono ograniczenia w obrocie”. Takie ujęcie postanowienia powodowało niejasną sytuację konsumenta co do tego o jakie dane chodzi, w jakich dokumentach oraz co oznacza zgodność z rzeczywistością i jakie jest ich znaczenie. SOKiK uznał, iż taki zapis był niezgodny z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. jako sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający interesy konsumentów. Sprzeczność z dobrymi obyczajami – w ocenie Sądu – wyrażała się w nierzetelnym, nierównym traktowaniu konsumenta jako partnera umowy, niewłaściwym informowaniu o przysługujących mu uprawnieniach oraz wykorzystywaniu pozycji profesjonalisty. Jednocześnie, w ocenie SOKiK, powyższy zapis wyczerpywał przesłanki przykładowych niedozwolonych klauzul umownych określonych w art. 385<sup>3</sup> pkt 2 i 9 k.c.<sup>16</sup>, jak również był wyrazem nierównorzędnego, nierzetelnego traktowania konsumenta jako partnera umowy, godził rażąco w jego interes ekonomiczny, bowiem pomimo zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej, po zawarciu umowy ubezpieczenia, narażał konsumenta na odmowę wykonania świadczenia przez ubezpieczyciela, mimo zapłaty składki przez konsumenta.

---

<sup>16</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 2 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które wyłączają lub istotnie ograniczają odpowiedzialność względem konsumenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania.

## **Klauzula nr 1265.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 23 października 2006 r. w sprawie sygn. akt XVII 147/05 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

„1. Wycena kosztów naprawy obejmuje:

- a) koszt robocizny ustalony wg wartości netto (bez uwzględniania podatku) w oparciu o:
  - naprawcze normy czasowe określone przez producenta pojazdu lub inne, uznane przez UNIQA TU S.A.,
  - średnią stawkę za 1 roboczogodzinę, stosowaną na terenie działalności jednostki terenowej, która zawarła umowę ubezpieczenia lub w miejscu naprawy pojazdu, pod warunkiem braku możliwości dokonania naprawy na terenie działalności ww. jednostki;
- b) koszty ceny części zamiennych i materiałów według wartości netto (tzn. bez uwzględnienia podatku, cła, akcyzy, itp.) ustalonych na podstawie katalogów Eurotax, Audatex lub innych uznanych przez UNIQA TU S.A. (...).”

Postanowienie to w dniu 17 września 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1265.

W ocenie powoda - Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, postanowienie to było sprzeczne z treścią art. 361 § 2 k.c. ustanawiającym zasadę pełnego odszkodowania i art. 363 § 2 k.c., zgodnie z którym wysokość odszkodowania powinna być ustalona według cen z daty ustalenia odszkodowania. Wypłata odszkodowania według cen netto, a jednocześnie pobieranie składki od wartości samochodu (czyli wartości brutto) naruszała prawa słabszej strony umowy – konsumenta, albowiem cena to wartość wyrażona w jednostkach pieniężnych, uwzględniająca podatek od towarów i usług oraz podatek akcyzowy, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów sprzedaż towaru (usługi) podlega obciążeniu tymi podatkami. Dodatkowo, zakwestionowane postanowienie nie wskazywało precyzyjnie podstawy ustalenia kosztów naprawy, w tym części zamiennych i materiałów niezbędnych do naprawy. To do ubezpieczyciela wyłącznie należał wybór podstawy przyjętej do oszacowania szkody i wysokości odszkodowania. Zakład ubezpieczeń pozostawił sobie zbyt dużą dowolność w wyborze źródła, na podstawie którego wyceniał szkodę. W ocenie Prezesa UOKiK o.w.u. powinny wprost wskazywać metody, źródła ustalania odszkodowania. Zakwestionowane postanowienie umowne kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami,



ponieważ prawa konsumenta wynikające z umowy autocasco nie były wyraźnie określone. Konsument nie był traktowany jako równorzędny partner umowy i właściwie informowany o przysługujących mu uprawnieniach. Nieprecyzyjna podstawa ustalania odszkodowania przyznawała zakładowi ubezpieczeń uprawnienie do dokonywania jednostronnego wyboru źródła wyceny już po zaistnieniu szkody, przez co narażało konsumenta na rażąco niekorzystne ukształtowanie jego sytuacji ekonomicznej. Tym samym pozostawało w sprzeczności z treścią art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Strona pozwana podniosła, że to ubezpieczającemu przysługuje prawo wyboru sposobu naprawienia szkody. Zakwestionowany zapis dotyczył ustalania odszkodowania metodą kosztorysową, jednak ubezpieczony w oparciu o inne zapisy o.w.u. mógł złożyć wniosek, aby ustalenie odszkodowania nastąpiło na podstawie poniesionych kosztów naprawy, udokumentowanych fakturami, rachunkami. W takiej sytuacji odszkodowanie było ustalane w cenach brutto, o ile ubezpieczony nie był płatnikiem podatku VAT. Ponadto zdaniem strony pozwanej treść art. 17a ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej wskazywała, że jeżeli podmiot nie będący płatnikiem VAT, któremu przysługuje odszkodowanie nie okaże faktur za naprawę, to ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do uwzględnienia w odszkodowaniu tego podatku. Zakład ubezpieczeń nie uzależniał wypłaty odszkodowania od faktu naprawienia pojazdu, lecz ustalił w o.w.u. odrębne zasady ustalania odszkodowania dla ubezpieczonych, którzy dokonują naprawy i dla tych, którzy wybierają kosztorysowe rozliczenie szkody.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, że zapis ten pozostawał w sprzeczności z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. – jako sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający interes konsumentów. Postanowienie to nie wskazywało jednoznacznie i precyzyjnie podstawy ustalania kosztów naprawy, w tym zarówno kosztów robocizny, jak i części zamiennych oraz materiałów niezbędnych do naprawy. Takie nieprecyzyjne określenie pozwalało ubezpieczycielowi dokonywać wyboru podstawy przyjmowanej do oszacowania szkody i wysokości odszkodowania. Zakład ubezpieczeń pozostawił sobie zbyt dużą dowolność w wyborze źródła, na podstawie którego wyceni szkodę. Tymczasem umowa powinna jednoznacznie wskazywać metody ustalania odszkodowania. SOKiK w pełni podzielił stanowisko Prezesa UOKiK, że w oparciu o wskazane postanowienie prawa konsumenta wynikające z umowy ubezpieczenia autocasco nie były wyraźnie określone, konsument nie był traktowany jako równorzędny partner umowy i właściwie informowany o przysługujących mu uprawnieniach. Nieprecyzyjna podstawa ustalania odszkodowania przyznawała ubezpieczycielowi uprawnienie do jednostronnego dokonywania wyboru źródła wyceny już po zaistnieniu szkody, przez co

narażało konsumenta na rażąco niekorzystne ukształtowanie jego sytuacji ekonomicznej i tym samym pozostawało w sprzeczności z treścią art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Kwestionowane postawienie dotyczyło także ustalenia rozmiaru szkody i wysokości odszkodowania według wartości netto w przypadku kosztorysowej metody rozliczenia szkody, co oznaczało, że zarówno koszt robocizny, jak i części zamiennych oraz materiałów nie obejmował kwoty podatku VAT. Inny zapis o.w.u. ustalał odrębne zasady ustalania odszkodowania dla ubezpieczonych, którzy dokonywali naprawy samochodu, odrębne, bo uwzględniające podatek VAT w kwocie odszkodowania. Tymczasem, zdaniem SOKiK, obowiązek naprawienia szkody powstaje z chwilą wyrządzenia szkody i nie jest uzależniony od tego czy poszkodowany dokonał naprawy rzeczy. Decyzja poszkodowanego o dokonaniu naprawy samochodu bądź jej zaniechaniu nie ma wpływu na wysokość doznanego uszczerbku majątkowego. Z tych względów określenie innych reguł ustalania odszkodowania, w zależności od tego czy dokonywana jest naprawa samochodu, czy też nie, w oderwaniu od wysokości szkody, tożsamej w obu przypadkach, trudno uznać za postanowienia jednoznacznie określające świadczenia główne.

Ocena tego postanowienia była również przedmiotem postępowania apelacyjnego. Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 23 maja 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 110/07 w pełni poparł stanowisko sądu I instancji i jego uzasadnienie dotyczące tego zapisu. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie świadczenie ubezpieczyciela powinno być określone w sposób jednoznaczny i precyzyjny, wobec czego wskazanie jako podstawy wyceny składników odszkodowania bliżej nieokreślonych w umowie katalogów innych niż Eurotax, czy Audatex, należało uznać za niedopuszczalne. Stwarzałoby możliwość jednostronnego kształtowania treści zobowiązania przez ubezpieczyciela, co bez wątpienia rażąco naruszało interes konsumenta. Przede wszystkim Sąd Apelacyjny w Warszawie uznał, że przyjęcie metody kosztorysowej do ustalania odszkodowania w istocie ograniczało odpowiedzialność ubezpieczyciela. Niezależnie bowiem od tego czy poszkodowany naprawił uszkodzony w wypadku pojazd, czy też podjął odmienną decyzję odnośnie uszkodzonego pojazdu, to należało mu się odszkodowanie ustalone według zasad wynikających z art. 363 § 2 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c., co oznaczało, że jego wysokość ma odpowiadać kosztom przywrócenia pojazdowi jego wartości sprzed wypadku. Gdy zatem naprawa pojazdu przywróci mu jego wartość sprzed wypadku, odszkodowanie winno odpowiadać kosztom takiej właśnie naprawy. Zgodnie z art. 363 § 2 k.c. wysokość tak określonego odszkodowania powinna być ustalana według cen części zamiennych i usług koniecznych do wykonania (i co do zasady według cen z daty ustalania odszkodowania). Skoro zaś, stosownie do postanowień art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, cena jest wartością wyrażoną w jednostkach pieniężnych, którą kupujący jest obowiązany zapłacić przedsiębiorcy za towar lub usługę, przy czym w cenie uwzględnia się podatek od towarów i

usług oraz podatek akcyzowy, jeżeli na podstawie odrębnych przepisów sprzedaż towarów (usługi) podlega obciążeniu podatkiem VAT oraz podatkiem akcyzowym, to miernikiem wysokości szkody ustalanej według cen kosztów naprawy jest tak właśnie określona cena naprawy pojazdu, a zatem cena części zamiennych i usług obejmująca podatek VAT. Podobne stanowisko zajął Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 17 maja 2007 r. (sygn. akt III CZP 150/06), które w pełni SA zaakceptował przy ocenie tego postanowienia i uznał, iż ukształtowanie postanowienia umownego nierespektującego zasad przedstawianych w przywołanej uchwale SN uznać należało za przejaw niedozwolonego, zgodnie z treścią art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. ograniczenia odpowiedzialności kontraktowej.

W niniejszym postępowaniu Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Sąd I instancji) uznał za niedozwolone i zakazał stosowania także postanowienia wzorca umownego o nazwie „Szczególne warunki ubezpieczenia – Assistance Auto PLUS24 service” i o następującej treści:  
*„1. UNIQA TU S.A. nie ponosi odpowiedzialności za szkody w mieniu lub osobie ani szkody w postaci utraconych korzyści powstałe w związku wykonywaniem usług świadczonych w następstwie realizacji świadczeń wynikających z umowy ubezpieczenia UNIQA Assistance.  
2. Odpowiedzialność UNIQA TU S.A. z tytułu ubezpieczenia UNIQA Assisatance polega na organizacji lub pokryciu kosztów usług zorganizowanych przez UNIQA TU S.A., o których mowa w niniejszych s.w.u., nie obejmuje zaś wykonywania tych usług”.*

Zdaniem powoda powyżej wskazany zapis umowny stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>3</sup> pkt 1 i 2 k.c., ponieważ wyłączał lub ograniczał odpowiedzialność kontrahenta względem konsumenta za szkody na osobie oraz wyłączał lub istotnie ograniczał odpowiedzialność kontrahenta względem konsumenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania. Zapis ten był sprzeczny z art. 474 k.c.<sup>17</sup> W ocenie powoda następstwa niezachowania należytej staranności przy wykonywaniu umowy o udzielenie pomocy assistance powinny obciążać dłużnika tego stosunku prawnego, a więc zakład ubezpieczeń. Nie miała przy tym znaczenia okoliczność tego rodzaju, że ubezpieczyciel zlecał udzielenie pomocy innemu profesjonalistcie. Konsument zawierał bowiem umowę z zakładem ubezpieczeń, nie zaś z podmiotem świadczącym usługi assistance. Kwestionowany zapis o.w.u. miał więc na celu zwolnienie się zakładu ubezpieczeń z odpowiedzialności za nienależyte wykonanie zobowiązania. Stanowił przejaw nadużycia pozycji profesjonalisty, wykorzystywał nieświadomość konsumenta, ponieważ w świetle kodeksu cywilnego w przypadku spowodowania szkody to dłużnik jest zobowiązany do jej naprawienia.

---

<sup>17</sup> Zgodnie z art. 474 k.c. dłużnik odpowiedzialny jest jak za własne działanie lub zaniechanie za działania i zaniechania osób, z których pomocą zobowiązanie wykonywa, jak również osób, którym wykonanie zobowiązania powierza.

Zdaniem strony pozwanej w ramach szczególnych warunków ubezpieczenia assistance ubezpieczyciel zobowiązuje się jedynie do zorganizowania i pokrycia kosztów wskazanych we wzorcu usług. Natomiast ubezpieczyciel nie świadczy tych usług bezpośrednio. Udzielenie pomocy w ramach ubezpieczenia assistance nie polegało zatem na dokonaniu naprawy w drodze, lecz na zorganizowaniu i pokryciu jej kosztów. Jeżeli zakład ubezpieczeń powierzył innemu podmiotowi świadczenie pomocy w ramach ubezpieczenia assistance, wskazując numer telefonu, pod którym należy zgłosić zdarzenie, to ponosi odpowiedzialność, jeżeli ubezpieczonemu nie udzielono pomocy w ramach ubezpieczenia assistance. Kwestionowane postanowienie nie stanowiło niedozwolonego postanowienia umownego, ponieważ nie dotyczyło szkód powstałych na skutek udzielenia przez ubezpieczyciela świadczeń w ramach umowy, lecz szkód powstałych w związku z usługami świadczonymi przez inne podmioty.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie podzielił stanowiska ubezpieczyciela, że kwestionowane postanowienie s.w.u. swoim zakresem obejmowało jedynie świadczenie usług przez inne podmioty nie zaś szkody powstałej na skutek realizacji usług przez pozwaną. Możliwe, że taka była intencja twórcy wzorca, jednak, w ocenie SOKiK, nie znalazła ona wyrazu w zakwestionowanym zapisie. Zgodnie z postanowieniami szczególnych warunków ubezpieczenia świadczenie ubezpieczyciela w ramach umowy assistance polegało na zorganizowaniu i pokryciu kosztów udzielonej pomocy. Zgłoszenie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową należało dokonać za pośrednictwem Centrum Dyspozycyjnego UNIQA, tj. firmy organizującej i świadczącej usług assistance, a działającej w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela. Tak więc częściowo zakres działania tego podmiotu jako firmy organizującej usługi assistance opierał się na działaniu w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń. W tym zakresie ubezpieczyciel powinien ponosić odpowiedzialność jak za własne działanie lub zaniechanie za działania i zaniechania osób, z których pomocą zobowiązanie wykonuje, jak również, którym wykonanie zobowiązania powierza. W ocenie SOKiK kwestionowane postanowienie s.w.u. zostało tak sformułowane, że mogło wyłączać odpowiedzialność ubezpieczyciela za szkodę w mieniu lub osobie powstałą na skutek niewykonania, czy też nienależytego zorganizowania pomocy. Tego rodzaju zapis był wyrazem nierównorzędnego, nierzetelnego traktowania konsumenta jako partnera umowy, godził rażąco w jego interes ekonomiczny i spełniał przesłanki art. 385<sup>3</sup> § 1 i 2 k.c.<sup>18</sup>

Ocena tego postanowienia była przedmiotem postępowania apelacyjnego. Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 23 maja 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 110/07 nie podzielił stanowiska sądu I instancji o abuzywnym charakterze tego zapisu i zmienił

---

<sup>18</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 1 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które wyłączają lub ograniczają odpowiedzialność względem konsumenta za szkody na osobie. Art. 385<sup>3</sup> pkt 2 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te,

wyrok w ten sposób, że oddalił powództwo w zakresie tego postanowienia. Zdaniem SA w Warszawie zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela określa treść jego zobowiązania. Odpowiada on bowiem zgodnie z art. 471 k.c. za niewykonanie lub nienależyte wykonanie wynikającego z łączącej strony umowy zobowiązania i to niezależnie od tego czy wykonuje je samodzielnie, czy powierza jego wykonanie osobom trzecim lub wykonuje je za ich pomocą (art. 474 k.c.). Rozstrzygając o żądaniu uznania postanowień s.w.u. za niedozwolone klauzule umowne należało ustalić zakres więzi zobowiązaniowej stron umowy, a tym samym treść zobowiązania zakładu ubezpieczeń. Sąd I instancji wywiódł wniosek, że wzorzec statuuje zasadę działania podmiotu zewnętrznego w imieniu i na zlecenie ubezpieczyciela, co w konsekwencji skutkuje przejściem odpowiedzialności przez zakład ubezpieczeń za świadczone usługi. Wniosek taki miał wynikać z faktu, że zgłoszenie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową dokonać należało za pośrednictwem Centrum Dyspozycyjnego UNIQA. Takiego wniosku – zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie – nie można jednak było wyprowadzić z treści umowy. Centrum Dyspozycyjne UNIQA było jednostką organizującą usługi assistance, ale samo posługiwanie się przez ubezpieczyciela taką jednostką nie przesądzało jeszcze o treści i zakresie zobowiązania ubezpieczyciela. Treść tą wywieść należało z innego postanowienia umownego, które szczegółowo opisywało przedmiot i zakres ubezpieczenia, stanowiąc, że ubezpieczyciel zobowiązany jest do organizacji określonych w nim usług, takich jak naprawa pojazdu, jego holowanie czy zakwaterowanie pasażerów oraz pokrycia – w określonym zakresie – wynikających z nich kosztów i do udzielenia informacji. Z treści s.w.u. nie wynikał obowiązek dokonania naprawy, holowania pojazdu, czy zakwaterowania. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie słusznie podniósł w apelacji ubezpieczyciel, że udzielenie pomocy w ramach assistance nie polegało na dokonaniu naprawy pojazdu w drodze, ale na jej zorganizowaniu i pokryciu w zakresie ustalonym w umowie ubezpieczenia. Samą usługę naprawczą wykonywał podmiot trzeci na zlecenie samego ubezpieczonego. Dlatego też odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń mogła rozciągać się jedynie w zakresie niewykonania lub nienależytego wykonania czynności polegających na organizacji pomocy, poniesienia jej kosztów lub nieudzielenia informacji i tylko wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności w tym zakresie we wzorcu umowy mogło skutkować uznaniem takich klauzul za rażąco naruszające interes konsumenta. Takiego wyłączenia nie przewidywała treść s.w.u., które w sposób jasny wyłączały odpowiedzialność w zakresie szkód powstałych w wyniku wykonania usług świadczonych przez inne podmioty, potwierdzając jednocześnie – w sposób jednoznaczny i wyraźny – odpowiedzialność za własne zobowiązania. Takiego ukształtowania odpowiedzialności nie można

---

które wyłączają lub istotnie ograniczają odpowiedzialność względem konsumenta za niewykonanie lub nienależyte wykonanie zobowiązania.

zatem uznać ani za wyraz nierównorzędnego traktowania konsumenta jako partnera umowy, ani za godzące rażąco w jego interes ekonomiczny – wobec czego nie zostały wypełnione przesłanki art. 385<sup>3</sup> § 1 i 2 k.c.

### **Klauzula nr 1291.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 22 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 123/0 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Compensa S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Compensa nie odpowiada za szkody powstałe w okolicznościach innych niż podane w zgłoszeniu szkody”.*

Postanowienie to w dniu 20 grudnia 2007 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1291.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zakład ubezpieczeń ma prawo do określenia katalogu obowiązków, których musi przestrzegać ubezpieczający, jak również prawo do określenia sankcji na wypadek nie wywiązywania się z tych obowiązków. Jednakże zastosowanie tak surowej sankcji jak odmowa wypłaty odszkodowania każdorazowo uwarunkowane musi być istnieniem związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy niedopełnieniem obowiązku a zaistnieniem szkody. Zakwestionowane postanowienie takiego zastrzeżenia nie zawierało i pozwalało na odmowę wypłaty odszkodowania w każdym przypadku stwierdzenia, że szkoda powstała w okolicznościach innych niż podane w zgłoszeniu szkody – a więc również w przypadkach, w których niedopełnienie obowiązku w żaden sposób nie przyczyniło się do powstania szkody. Zdaniem SOKiK, istotnym było również to, że zakwestionowane postanowienie w ogóle nie uwzględniało przyczyn zaistnienia rozbieżności pomiędzy opisem zdarzenia przedstawionym przez ubezpieczającego a ujawnionym w okresie późniejszym rzeczywistym stanem faktycznym. W konsekwencji, ubezpieczyciel zastrzegł sobie prawo do wyłączenia odpowiedzialności odszkodowawczej również w przypadkach, gdy ubezpieczający podając okoliczności zdarzenia odmienne od rzeczywistych dochował wszelkich aktów należytej staranności oraz dobrej wiary. Ponadto zakwestionowane postanowienie umowne nie wskazywało, kto i w jakim trybie ustalać miał rzeczywisty stan faktyczny i weryfikować prawdziwość okoliczności podanych przez ubezpieczającego w zgłoszeniu szkody. Jeśli takich ustaleń miał dokonywać tylko zakład ubezpieczeń, to w takim kształcie postanowienia, jego

ustalenia mogły mieć charakter arbitralny i swobodny, co w sposób oczywisty wyczerpywało przesłanki klauzuli abuzywnej określonej w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c.

Zdaniem SOKiK oceny o abuzywnym charakterze zakwestionowanego postanowienia nie mogły zmienić twierdzenia pozwanego, w świetle których samo podanie niepełnych informacji dotyczących zdarzenia nie stanowiło przesłanki do odmowy wypłaty odszkodowania oraz, że w takim przypadku zakład ubezpieczeń występował do ubezpieczającego o dodatkowe informacje. Kontrola postanowień wzorca umowy dokonywana przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów ma charakter abstrakcyjny i dotyczy wyłącznie treści ocenianego postanowienia. Badane postanowienie w sposób jednoznaczny i kategoryczny przesądzało, że zakład ubezpieczeń uprawniony był do zwolnienia się od odpowiedzialności odszkodowawczej w każdym przypadku, gdy szkoda powstała w innych okolicznościach niż podane w zgłoszeniu, niezależnie zarówno od przyczyn zaistniałych rozbieżności, jak również od ich zakresu i charakteru. Bez znaczenia dla oceny zakwestionowanego postanowienia pozostawała praktyka zakładu ubezpieczeń w zakresie stosowania tej klauzuli.

#### **Klauzula nr 1305.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„W przypadku odstąpienia od umowy lub jej wypowiedzenia nastąpi zwrot części składki z potrąceniem kosztów manipulacyjnych wynoszących 10% wysokości zwracanej składki - nie więcej niż 200 złotych”.*

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1305.

Zdaniem powoda ubezpieczyciel korzystając z posiadanej przewagi kontraktowej wyłączył z góry obowiązek zwrotu konsumentowi części uiszczonej zapłaty za niespełnione w całości świadczenie, czym naruszył dyspozycję art. 385<sup>3</sup> pkt 12 k.c. Ponadto kwestionowane postanowienie nakładało na ubezpieczającego obowiązek zapłaty odstępnego, czym naruszało postanowienie z art. 385<sup>3</sup> pkt 16 k.c. Tym samym, zdaniem powoda, kwestionowane postanowienie kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy (art. 385<sup>1</sup> k.c.).

Zdaniem strony pozwanej zakład ubezpieczeń miał prawo do ustalenia opłaty manipulacyjnej na podstawie art. 812 § 2 pkt 6 k.c.<sup>19</sup> Ubezpieczyciel nie podzielił zarzutu, że opłata ta naruszała dyspozycję art. 385<sup>3</sup> pkt 12 i 16 k.c., gdyż dotyczyła ona realizowanej przez zakład ubezpieczeń części świadczenia, a ponadto nie stanowiła ona odstępnego w rozumieniu przepisów kodeksu cywilnego. Opłata manipulacyjna stanowiła techniczną część składki związaną z kosztami bezpośrednimi zawarcia umowy ubezpieczenia, jej obsługi i zamknięcia umowy. Koszty wystawienia polisy są tym wyższe, im krótszy okres ubezpieczenia. W związku z tym pominięcie opłaty manipulacyjnej na pokrycie kosztów technicznych spowodowałoby jej włączenie do składki ubezpieczeniowej, co skutkowałoby jej wyższą.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to z góry wyłączało obowiązek zwrotu konsumentowi części uiszczonej zapłaty za niespełnione w całości świadczenie, a co za tym idzie wypełniało dyspozycję art. 385<sup>3</sup> pkt 12 k.c.<sup>20</sup> Dodatkowo, nakładało na ubezpieczającego obowiązek zapłaty odstępnego, czym naruszało art. 385<sup>3</sup> pkt 16 k.c.<sup>21</sup> Ponadto zakwestionowane postanowienie naruszało art. 813 § 1 k.c. w zw. z art. 807 k.c., zgodnie z którym w razie wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Przepis ten nakładał obowiązek zwrotu składki, a nie jej części. W związku z powyższym, w ocenie SOKiK, zakwestionowane postanowienie kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy (art. 385<sup>1</sup> k.c.).

### **Klauzula nr 1306 i 1308.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

---

<sup>19</sup> Zgodnie z tym przepisem w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 r. ogólne warunki ubezpieczenia określają w szczególności sposób ustalania i opłacania składki ubezpieczeniowej lub opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń oraz metod ich indeksacji, a także ich wysokość.

<sup>20</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 12 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które wyłączają obowiązek zwrotu konsumentowi uiszczonych zapłat za świadczenie nie spełnione w całości lub w części, jeżeli konsument zrezygnuje z zawarcia umowy lub jej wykonania.

<sup>21</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 16 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które nakładają wyłącznie na konsumenta uprawnienie do rozwiązania umowy, odstąpienia od niej lub jej wypowiedzenia.



*„Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana w drodze pisemnego miesięcznego wypowiedzenia przez każdą ze stron umowy w przypadku wypłaty odszkodowania lub doręczenia przez Wartę odmowy wypłaty odszkodowania”.*

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych odpowiednio pod nr 1306 i 1308.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wskazane powyżej postanowienie umowne było niezgodne z art. 385<sup>3</sup> pkt 15 i 22 k.c.<sup>22</sup> oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Klauzula ta umożliwiała wypowiedzenie umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieoznaczony bez wskazania ważnych przyczyn, a w powiązaniu z postanowieniem wpisanym następnie do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1307 stwarzało możliwość wypowiedzenia umowy bez obowiązku zwrotu składki po zajściu szkody częściowej i wypłacie odszkodowania równego niewielkiemu zaledwie ułamkowi sumy ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK w takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa winna trwać nadal, a tymczasem zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie możliwość wypowiedzenia umowy.

#### **Klauzula nr 1307.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Zwrot składki nie przysługuje, jeśli Warta wypłaciła ubezpieczonemu odszkodowanie bądź może być zobowiązana do wypłaty”.*

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1307.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z art. 385<sup>3</sup> pkt 22 k.c. oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Wprawdzie ubezpieczyciel w toku postępowania podnosił, że ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK przewidywała podobny zapis, zgodnie z którym zwrot składki nie przysługiwał, jeżeli szkoda, za którą zakład ubezpieczeń wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie (...) nastąpiła w okresie poprzedzającym rozwiązanie umowy (...), to zdaniem Sądu kwestionowana klauzula nie

---

<sup>22</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 15 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które zastrzegają dla kontrahenta konsumenta uprawnienie wypowiedzenia umowy zawartej na czas nieoznaczony, bez wskazania ważnych przyczyn i stosownego terminu wypowiedzenia.

posługiwała się analogicznym do ustawowego zapisem „wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie”, lecz niejasnym sformułowaniem „wypłacił ubezpieczonemu odszkodowanie bądź może być zobowiązana do wypłaty odszkodowania”. Użycie niejasnego sformułowania „może być zobowiązana do wypłaty odszkodowania” powodowało, że postanowienie to należało uznać za sprzeczne z art. 385<sup>3</sup> pkt 22 k.c. oraz art. 385<sup>1</sup> §1 k.c. Zdaniem SOKiK postanowienie to wyłączało również możliwość domagania się przez ubezpieczającego zwrotu części składki, jeśli ubezpieczyciel w przypadku szkody częściowej wypłacił odszkodowanie w wysokości stanowiącej choćby znikomą część sumy ubezpieczenia, co należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i za rażące naruszenie interesów konsumentów.

### **Klauzula nr 1309.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub rozwiązania umowy ubezpieczenia składkę podlegającą zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia. Niewykorzystany okres ubezpieczenia liczy się w pełnych miesiącach ubezpieczenia. Za miesiąc ubezpieczenia przyjmuje się okres 30 dni. Od zwracanej kwoty składki potrąca się koszty manipulacyjne w wysokości 20% nie więcej jednak niż 150 zł”.*

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1309.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niezgodne z art. 385<sup>3</sup> pkt 12 i 16 k.c. oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Wyłączało z góry obowiązek zwrotu konsumentowi części uiszczonej zapłaty za niespełnione w całości świadczenie, a co za tym idzie wypełniało dyspozycję art. 385<sup>3</sup> pkt 12 k.c. Dodatkowo, nakładało na ubezpieczającego obowiązek zapłaty „odstępnego”, czym naruszało art. 385<sup>3</sup> pkt 16 k.c. Ponadto kwestionowane postanowienie naruszało art. 813 § 1 k.c. w zw. z art. 807 k.c., zgodnie z którym w razie wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Przepis ten nakładał obowiązek zwrotu składki, a nie jej części. W związku z powyższym, w ocenie Sądu, kwestionowane postanowienie kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy (art. 385<sup>1</sup> k.c.).

### **Klauzula nr 1310 i 1314.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o treści:

*„W przypadku, gdy Warta wypłaciła odszkodowanie za szkodę polegającą na zniszczeniu lub uszkodzeniu przedmiotu ubezpieczenia, a przed jego naprawieniem nastąpiła ponowna szkoda obejmująca ten sam przedmiot ubezpieczenia, odszkodowanie wypłaca się w różnicy, jaka występuje między ustalonym na nowo odszkodowaniem, a odszkodowaniem wypłaconym za poprzednią szkodę”.*

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych odpowiednio pod nr 1310 i 1314.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., kształtowało treść stosunku prawnego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy ubezpieczającego, ponieważ ograniczało odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za powstałą szkodę w sposób odbiegający od zasady pełnego jej naprawienia. Jeśli bowiem ubezpieczający poczynił już pewne nakłady na przedmiot ubezpieczenia w związku z jego naprawą, lecz nie doszło jeszcze do przywrócenia go stanu sprzed szkody, to zastosowanie tej klauzuli prowadziło do nieuzasadnionego ograniczenia kwoty odszkodowania i poniżej wartości poniesionej szkody. Sposób obliczania odszkodowania według zaskarżonego postanowienia nie przewidywał możliwości uzyskania odszkodowania za nakłady poniesione w ramach naprawy. Podnoszone przez pozwaną argumenty, że klauzula ta była stosowana przez likwidatorów szkód w taki sposób, że sumowało się wartość szkód i od otrzymanej wartości odejmowało się kwotę wcześniej wypłaconego odszkodowania, po pierwsze nie znajdowały potwierdzenia w treści kwestionowanej klauzuli, a po drugie nie miały znaczenia dla rozstrzygnięcia w niniejszej sprawie, ponieważ SOKiK zobowiązany jest badać brzmienie klauzul w sposób abstrakcyjny, oderwany od sposobu ich faktycznego stosowania.

### **Klauzula nr 1311.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia”.*

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1311.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. - sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interes konsumentów, ponieważ nie brało pod uwagę i nie informowało o bezwzględnie obowiązujących przepisach art. 810 k.c. i art. 811 k.c., które przewidywały inny moment zawarcia umowy ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK, należało zwrócić uwagę, że art. 809 § 2 k.c. traktuje chwilę doręczenia dokumentu ubezpieczenia jako moment zawarcia umowy wyłącznie w razie wątpliwości co do momentu jej zawarcia, a nie w każdym przypadku, jak przewidywało to zakwestionowane postanowienie<sup>23</sup>. Mogło się przecież zdarzyć, że strony jednoznacznie w umowie ubezpieczenia określiły datę jej wejście w życie, a zakład ubezpieczeń z jakiegokolwiek powodu nie doręczył ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia lub dostarczył go w innym terminie. Zgodnie z zakwestionowanym postanowieniem nawet jednoznacznie określona data wejścia w życie umowy nie miała znaczenia, bowiem liczył się wyłącznie moment doręczenia dokumentu ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK taka konstrukcja umowy nie znajdowała jakiegokolwiek uzasadnienia.

#### **Klauzula nr 1312.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Umowa ubezpieczenia może być rozwiązana (...) przez każdą ze stron w formie pisemnej z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia w przypadku wypłaty odszkodowania lub doręczenia przez Wartę odmowy wypłaty odszkodowania (...).”*

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1312.

W ocenie SOKiK wskazane powyżej postanowienie umowne było niezgodne z art. 385<sup>3</sup> pkt 15 i 22 k.c. oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Klauzula ta umożliwiała wypowiedzenie umowy ubezpieczenia zawartej na czas nieoznaczony bez wskazania ważnych przyczyn, a w powiązaniu

---

<sup>23</sup> Zgodnie z art. 809 § 2 k.c. z zastrzeżeniem wyjątku przewidzianego w art. 811, w razie wątpliwości umowę uważa się za zawartą w chwili doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia.

z postanowieniem wyłączającym możliwość zwrotu składki w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego (przywołana powyżej klauzula nr 1307) stwarzało możliwość wypowiedzenia umowy bez obowiązku zwrotu składki po zajściu szkody częściowej i wypłacie odszkodowania równego niewielkiemu zaledwie ułamkowi sumy ubezpieczenia. Zdaniem SOKiK w takiej sytuacji ochrona ubezpieczeniowa winna trwać nadal, a tymczasem zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie możliwość wypowiedzenia umowy.

### **Klauzula nr 1313 i 1316.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

- *„W przypadku, gdy ubezpieczający dowiedział się o osobie sprawcy szkody lub miejscu znajdowania się utraconych ruchomości domowych, obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie policję oraz Wartę i dążyć do ich odzyskania”.*

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1313.

- *„W przypadku, gdy ubezpieczający dowiedział się o osobie sprawcy rabunku lub miejscu znajdowania się utraconych przedmiotów codziennego użytku obowiązany jest niezwłocznie zawiadomić o tym fakcie policję oraz Wartę i dążyć do ich odzyskania”.*

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1316.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powyżej wskazane postanowienia umowne były niezgodne z treścią art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Użycie w tych zapisach sformułowania „i dążyć do ich odzyskania” stanowiło zbyt ogólne i niejednoznaczne określenie obowiązków ubezpieczającego i w związku z tym kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Przedmiotowe sformułowanie mogło być odczytane jako zachęta do podejmowania działań sprzecznych z prawem, w tym do przekraczania dozwolonej samopomocy. Jeżeli ubezpieczający dowiedział się o osobie sprawcy szkody lub miejscu znajdowania się utraconych ruchomości, to naturalne jest, że powinien zawiadomić policję i zakład ubezpieczeń. Natomiast trudno sobie wyobrazić, jakie inne zgodne z prawem działania powinien on podjąć w takiej sytuacji. Zdaniem SOKiK samo nałożenie na ubezpieczającego

pewnych obowiązków związanych z dążeniem do odzyskania utraconych przedmiotów jest dopuszczalne, jednakże obowiązki te powinny zostać określone bardziej precyzyjnie, np. poprzez zawiadomienie policji i zakładu ubezpieczeń.

### **Klauzula nr 1315.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Warta nie odpowiada za szkody (..) zaistniałe w sytuacji, gdy poszkodowany był pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających”.*

Postanowienie to w dniu 24 stycznia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1315.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z treścią art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Brak bowiem było jasnego związku między zdarzeniem ubezpieczeniowym, a okolicznością wskazaną w tym zapisie. Zakwestionowane postanowienie mogło doprowadzić do odmowy wypłaty odszkodowania w razie zajścia zdarzenia, bez względu na istnienie związku przyczynowego pomiędzy spożyciem wskazanych substancji, a zaistniałą szkodą. SOKiK w pełni podzielił stanowisko strony powodowej – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, że zakres wyłączenia powinien być tak skonstruowany, aby umożliwić ubezpieczonemu uzyskanie odszkodowania, jeżeli z okoliczności sprawy wynikało, że szkoda i tak by powstała bez względu na to czy istniały okoliczności wskazane w wyłączeniu, czy też nie. Wprawdzie strona pozwana słusznie podniosła, że postanowienie o treści powyżej przywołanej nie wyczerpywało normy z art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c., gdyż nie przyznawało zakładowi ubezpieczeń uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy, lecz nie zmieniało to faktu, że w opinii SOKiK zakwestionowana klauzula pozostawała w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszała interes konsumentów.

W postępowaniu przed Sądem Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06 przedmiotem kontroli abstrakcyjnej było również postanowienie o następującej treści: *„Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczającego w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub przesłane listem poleconym na adres Oddziału Warty, który zawarł umowę ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający zmienił siedzibę i nie zawiadomił o tym Warty, skierowane do ostatniej znanej siedziby*

*Ubezpieczającego pismo Warty wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby ubezpieczający nie zmienił siedziby”.*

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to nie było niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Kwestionowana klauzula nie kształtowała praw i obowiązków stron w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i nie naruszała rażąco ich interesów. Słusznie podniosła strona pozwana, że identyczna regulacja dotycząca oświadczeń została uregulowana w art. 18 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK. Ustawa ta wprawdzie odnosiła się do ubezpieczeń obowiązkowych, jednak zdaniem SOKiK brak było podstaw do twierdzenia, że sposób składania oświadczeń uznany przez ustawodawcę za właściwy w przypadku ubezpieczeń obowiązkowych, miał być sprzeczny z dobrymi obyczajami w przypadku ubezpieczeń dobrowolnych.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu było także postanowienie wzorca umowy o następującej treści: *„Ubezpieczający obowiązany jest na żądanie Warty udzielić pomocy w dochodzeniu roszczeń regresowych od sprawcy szkody, dostarczyć informacje oraz inne dokumenty niezbędne do skutecznego dochodzenia roszczeń”.*

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów taki zapis umowny nie był niezgodny z art. 385<sup>3</sup> pkt 8, 9 i 11 k.c. oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Wprawdzie słusznie podkreślił powód, że użyte sformułowania w przedmiotowym zapisie były nieostre, jednakże jak wywiodła strona pozwana na ubezpieczającym nie ciążyła sankcja w postaci odmowy wypłaty odszkodowania za niewykonanie tych obowiązków. Ponadto wbrew twierdzeniom powoda, kwestionowane postanowienie nie uzależniało spełnienia świadczenia od okoliczności zależnych tylko od woli ubezpieczyciela, ani nie przyznawało zakładowi ubezpieczeń uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy i do stwierdzania zgodności świadczenia z umową. Zgodzić należało się ze stroną pozwaną, że ubezpieczający powinien być zobowiązany do pewnego zakresu współpracy z zakładem ubezpieczeń w dochodzeniu roszczeń regresowych od sprawcy szkody. Rację miał także powód, że zakres związanych z tym obowiązków powinien być określony w sposób bardziej precyzyjny. Niemniej jednak w związku z brakiem realnej sankcji, którą zakład ubezpieczeń mógłby nałożyć na ubezpieczającego wskutek rzekomego niewykonania postanowień kwestionowanej klauzuli, brak było podstaw do uznania ją za klauzulę abuzywną, rażąco naruszającą interesy konsumentów.

### **Klauzula nr 1322 i 1323.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 3 lipca 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 102/07 uznał za niedozwolone i zakazał

stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

- *„Jeżeli zapłata składki lub jej pierwszej raty została odroczone w stosunku do początku okresu ubezpieczenia, a Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, niezapłacenie składki lub pierwszej raty składki w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela będzie traktowane jako odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela z upływem dnia wyznaczonego w umowie jako termin płatności lub pierwszej raty składki (o godzinie 0:00 dnia następnego po tym terminie), bez konieczności składania odrębnego oświadczenia woli w tym zakresie. Postanowienie zdania poprzedzającego stanowi zawiadomienie Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy”.*

Postanowienie to w dniu 12 lutego 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1322.

- *„W odniesieniu do skutków prawnych niezapłacenia kolejnej raty składki w terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela odpowiednie zastosowanie mają postanowienia ust. 2”.*

Postanowienie to w dniu 12 lutego 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1323.

Zdaniem powoda zakwestionowane postanowienie umowne (klauzula abuzywna nr 1322) wyłączało odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku niezapłacenia kolejnej raty składki ubezpieczeniowej w terminie. Przewidywało możliwość automatycznego odstąpienia przez ubezpieczyciela od umowy, bez konieczności składania dodatkowych oświadczeń. Zapewniało tym samym ubezpieczycielowi większe uprawnienie, niż te które wynikało z treści art. 814 § 2 k.c. Dodatkowo, strona powodowa podniosła, że zaskarżone postanowienie o.w.u. było sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało interes konsumenta.

W ocenie pozwanego zaskarżone postanowienie o.w.u. sformułowane zostało w sposób jasny i logiczny. Możliwość odstąpienia od umowy przez ubezpieczyciela została przewidziana dla sytuacji, w której zapłata składki lub pierwszej jej raty została odroczone w stosunku do chwili, w której ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność. Możliwość ta pojawiała się dopiero z upływem dnia wyznaczonego w umowie jako termin płatności składki lub pierwszej jej raty. Pozwany podkreślił również, że przepis art. 814 § 2 k.c. nie zawierał żadnych wymagań formalnych dla zawiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie o.w.u. kształtowało prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i w rażąco



sposób naruszało jego interesy – stanowiło zatem niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Poprzez treść zakwestionowanego postanowienia, ubezpieczyciel, wykorzystując swoją przewagę kontraktową nad konsumentem, zastrzegł sobie szerokie uprawnienie do odstąpienia od umowy, bez konieczności składania odrębnego oświadczenia woli w tym zakresie. Stosownie do art. 814 § 2 k.c., jeżeli zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie, zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres przez który ponosił odpowiedzialność. Odstępując od umowy zakład ubezpieczeń jest zobowiązany zawiadomić o tym ubezpieczającego. W rozpatrywanym przypadku ubezpieczyciel, na podstawie zakwestionowanego postanowienia wzorca o.w.u., zwalniał się z określonego w art. 814 § 2 k.c. obowiązku składania odrębnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy, zastrzegając, że odstąpienie to następuje w sposób „automatyczny” w przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w terminie. Takie zastrzeżenie, w ocenie SOKiK, pozostawało w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta – kształtowało bowiem sytuację prawną ubezpieczającego w sposób dalece mniej korzystny niż określony w przepisach kodeksu cywilnego. Szczególnie niebezpieczną konsekwencją braku powiadomienia konsumenta o odstąpieniu od umowy przez pozwanego mogło być powstanie sytuacji, w której konsument (ubezpieczający) pozostawał w pozornym, błędnym przekonaniu, że mimo opóźnienia w zapłacie składki wciąż podlega ochronie ubezpieczeniowej i nie podjął żadnych czynności związanych z zawarciem nowej umowy ubezpieczenia.

Jeżeli chodzi o stanowisko stron postępowania i uzasadnienie oceny SOKiK o abuzywności zapisu umownego wpisanego do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1323 to były one tożsame jak w przypadku postanowienia niedozwolonego wpisanego do rejestru pod nr 1322.

W toku postępowania w sprawie sygn. akt XVII AmC 102/07, przedmiotem kontroli abstrakcyjnej były również postanowienia o.w.u. o następującej treści:

- *„W przypadkach wskazanych w ust. 2 i 3 Ubezpieczyciel może cofnąć oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, zawiadamiając o tym niezwłocznie Ubezpieczającego” (§ 30 ust. 4 o.w.u.), oraz*
- *„Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie pozbawia Ubezpieczyciela prawa żądania zapłaty składki proporcjonalnej do okresu ubezpieczenia, w którym udzielał on ochrony ubezpieczeniowej” (§ 30 ust. 5 o.w.u.).*

W ocenie SOKiK postanowienie § 30 ust. 4 o.w.u. nie stanowiło niedozwolonego postanowienia umownego w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Nie było sprzeczne z dobrymi obyczajami i w żaden sposób nie naruszało interesów konsumentów. W świetle przepisu art. 814 § 1 k.c. zakład ubezpieczeń miał pełne prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w przypadku, w którym składka nie została zapłacona w terminie, natomiast ocena SOKiK o abuzowym charakterze postanowień wpisanych do rejestru pod nr 1322 i 1323 wynikała wyłącznie ze zwolnienia się zakładu ubezpieczeń z jego obowiązków informacyjnych względem konsumentów. Analiza zakwestionowanego postanowienia § 30 ust. 4 o.w.u. prowadziła do wniosku, iż nie wywoływało ono żadnych negatywnych konsekwencji po stronie konsumenta. Wręcz przeciwnie, zastosowanie przedmiotowej klauzuli w praktyce prowadziło do sytuacji, w której konsument, pomimo niedopełnienia obowiązków wynikających z umowy, pozostawał nadal objęty ochroną ubezpieczeniową. Nieuzasadnione były również twierdzenia powoda o niejasnym charakterze tego postanowienia. W ocenie SOKiK oczywistym jest, że w przypadku cofnięcia oświadczenia o odstąpieniu od umowy, przyjęć należało, że umowa obowiązuje nieprzerwanie a ochrona ubezpieczeniowa obejmowała zdarzenia, które miały miejsce w okresie pomiędzy odstąpieniem od umowy a cofnięciem oświadczenia o odstąpieniu od umowy.

Zdaniem SOKiK również postanowienie § 30 ust. 5 o.w.u. nie kształtowało praw konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i w żaden sposób nie naruszało jego interesów. Stosownie do art. 814 § 2 k.c. jeżeli zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zapłaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie, zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym i żądać zapłaty składki za okres przez który ponosił odpowiedzialność. Uprawnienie do żądania składki za okres udzielonej ochrony ubezpieczeniowej wynikało wprost z przepisów prawa. Dążenie do realizacji tego uprawnienia (dążenia do wyegzekwowania świadczenia należnego za udzieleną ochronę ubezpieczeniową) nie mogło być uznane za działanie sprzeczne z dobrymi obyczajami.

#### **Klauzula nr 1324.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 17 lipca 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 348/07, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 3 stycznia 2007 r. (sygn. akt XVII AmC 16/06), uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Wiek osoby liczony jest na ostatni dzień roku, na który przypada data urodzenia”.*

Postanowienie to w dniu 14 lutego 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1324.

Wyrokiem z dnia 3 stycznia 2007 r. Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie sygn. akt XVII AmC 16/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania następujących postanowień wzorca:

- *„wiek osoby liczony jest na ostatni dzień roku, na który przypada data jego urodzenia”* oraz,
- *„wiek osoby oblicza się jako różnicę lat pomiędzy rokiem kalendarzowym, na który przypada pierwszy dzień okresu ubezpieczenia i rokiem urodzenia tej osoby”*.

Powód żądając uznania wyżej wskazanych postanowień za niedozwolone wskazał, że według tych zapisów umownych obliczanie wieku osoby fizycznej było dokonywane w sposób odbiegający od powszechnie przyjętych zasad oraz w sposób odmienny niż w przepisach art. 110 k.c. i nast. Zdaniem powoda skutkiem takiego obliczania wieku osoby fizycznej mogła być konieczność zapłaty wyższej składki ubezpieczeniowej lub uiszczenia udziału własnego w szkodzie. Konsument nie miał wpływu na zaproponowany przez zakład wzorzec umowy, a zatem również na ustalony przez niego sposób obliczania wieku osoby fizycznej. Ponadto, w opinii powoda, sformułowania zawarte w zaskarżonych postanowieniach nie spełniały wymogów zawartych w art. 385 § 2 k.c., bowiem nie były jednoznaczne, ani zrozumiałe, a przeciętny konsument mógł mieć problem ze zrozumieniem i wykładnią tych postanowień.

Pozwany podniósł, że przepisy kodeksowe o obliczaniu terminu są normami dyspozytywnymi, co wprost wynika z brzmienia art. 110 k.c.<sup>24</sup> Jeżeli ubezpieczyciel zaproponował w o.w.u. odmienny od kodeksowego sposób obliczania wieku osoby fizycznej, a konsument poprzez zawarcie umowy ten wzorzec zaakceptował, doszło między stronami do porozumienia także w kwestii sposobu obliczania wieku. Nie można zatem obciążać zakład ubezpieczeń konsekwencjami tego, iż konsument nie zapoznał się z treścią o.w.u. Pozwany zaznaczył, że kwestia udziału własnego oraz wyższej składki została wprowadzona już na etapie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia autocasco, w którym to wniosku ubezpieczający, który nie ukończył 26 lat, miał do wyboru, albo udział własny w szkodzie i obniżoną składkę, albo niepreferencyjną składkę i brak udziału własnego. Z tych też względów, zdaniem pozwanego, za niewątpliwie chybiony uznać należało zarzut, iż ubezpieczyciel, wprowadzając do o.w.u. odmienny od kodeksowego sposób obliczania terminów, kształtował prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Pozwany

podniósł również, że zróżnicowanie składki w zależności od wieku osoby ubezpieczeniowej, a także wprowadzenie do wzorców umowy udziału własnego w szkodzie uzasadnione jest oceną ryzyka ubezpieczeniowego. Dlatego też okoliczność ta nie może być uznana za działanie rażąco naruszające interes konsumenta, czy godzące w dobre obyczaje.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał za niesłuszny zarzut pozwanego, że jeżeli ubezpieczyciel zaproponował w o.w.u. odmienny od kodeksowego sposób obliczania wieku osoby fizycznej, a konsument poprzez zawarcie umowy ten wzorec zaakceptował to doszło pomiędzy stronami do porozumienia w kwestii sposobu obliczania wieku. Istotą wzorca, stosownie do treści art. 385<sup>1</sup> § 3 k.c., jest to, że druga strona umowy nie ma rzeczywistego wpływu na jej treść. Z tego względu konsument w stosunku z podmiotem, który posługuje się wzorcem korzysta ze szczególnej ochrony wynikającej z przepisów art. 385<sup>1</sup> i nast. k.c. Ewentualna zgoda konsumenta na zawarcie umowy nie ma wpływu na ocenę postanowień wzorca umowy dokonywanej pod kątem zgodności z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Ocena abstrakcyjna dokonywana jest w oderwaniu od konkretnego stosunku umownego, a jej przedmiotem jest badanie postanowień umownych, a nie praktyki ich stosowania. Mając powyższe na względzie Sąd I instancji ustalił, że zaskarżone postanowienia określały odbiegający od powszechnie przyjętych zasad sposób obliczania wieku osoby fizycznej. Skutkiem stosowania tych postanowień mogły być dodatkowe obciążenia finansowe wynikające dla konsumentów, a związane z koniecznością uiszczenia przez nich wyższej składki ubezpieczeniowej, bądź też zapłaty udziału własnego w szkodzie, który mógł wynosić nawet 25%. W ocenie SOKiK sporne postanowienia wprowadziły nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków stron umowy i były niekorzystne dla konsumenta. Takie uregulowanie kształtowało prawa i obowiązki konsumenta z naruszeniem dobrych obyczajów i rażąco naruszało jego interesy. Wiek kierowcy wiąże się z wielkością składki ubezpieczeniowej, zaś w wyniku regulacji zawartych w zakwestionowanych postanowieniach ryzyko i skutki dla konsumenta będą trwały w większości przypadków dłużej niż to wynikało z jego wieku. Skoro bowiem konsument ukończył 26 lat w połowie roku kalendarzowego to nadal będzie ponosił negatywne skutki w postaci wyższej składki lub udziału własnego w szkodzie do końca roku kalendarzowego. Taki przedłużony czas ponoszenia ciężarów przez konsumentów związany z wiekiem nie znajdował, w ocenie SOKiK, żadnego uzasadnienia. Nie można było również uznać, że skoro ktoś urodził się w marcu danego roku to ryzyko spowodowania wypadku trwa w jego przypadku o 9 miesięcy dłużej a w przypadku osoby urodzonej w grudniu tylko przez 1 miesiąc.

---

<sup>24</sup> Zgodnie z art. 110 k.c. jeżeli ustawa, orzeczenie sądu lub decyzja innego organu procesowego lub czynność prawna oznacza termin nie określając jego sposobu obliczania stosuje się przepisy tytułu V, księgi pierwszej kodeksu cywilnego.

Wyrok SOKIK z dnia 3 stycznia 2007 r. został zaskarżony przez pozwanego ubezpieczyciela apelacją, w której zgłoszono zarzut naruszenia przez Sąd I instancji przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie wyrażonej w wyroku z dnia 18 lipca 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 348/07 wniesiona apelacja była częściowo uzasadniona. Desygnaty postanowienia niedozwolonego w obrocie konsumenckim, o których mowa w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., powodują, że dopuszczalność określania sposobu obliczania terminu przez czynność prawną, nie wyłącza uznania spornych klauzul za abuzywne. Kontrola abstrakcyjna postanowień wzorca ujęta jest szeroko. Sam fakt, że dana klauzula nie narusza przepisów dyspozytywnych nie jest wystarczający dla uznania, że nie jest ona klauzulą abuzywną.

Zaskarżone postanowienie z § 22 ust. 6 pkt 3 o.w.u. miało następujące brzmienie: *„wiek osoby liczony jest na ostatni dzień roku, na który przypada data urodzenia”*. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, zgodnie z tą klauzulą, osoba fizyczna nigdy nie przekroczyłaby jednego roku życia, a dodatkowo postanowienie to było niejasne, wręcz nielogiczne. Niezrozumiałość i nielogiczność tego postanowienia umownego, zdaniem SA w Warszawie, powodowały, że nie można było w ogóle dokonać jego wykładni. Zamieszczenie w o.w.u. postanowienia, które było nielogiczne oraz z którego wynikało tylko to, że dotyczy ono liczenia wieku osoby, lecz nie można było ustalić jak ten wiek ma być liczony, było sprzeczne z dobrymi obyczajami. Takie postanowienie stwarzało pozór uregulowania we wzorcu umowy kwestii liczenia tego wieku, narażając konsumenta na możliwość dokonywania przez kontrahenta konsumenta jednostronnej interpretacji umowy. Wskazana sytuacja rażąco więc naruszała interesy konsumenta. Powyższych ustaleń nie podważały wywoływanego, że interesy konsumenta zabezpieczał przepis art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, według którego postanowienia o.w.u. sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczającego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Okoliczność bowiem, że istnieje możliwość zabezpieczenia interesów konsumenta nie zmienia stanu rzeczy, że zaskarżona klauzula spełniała przesłanki uzasadniające jej uznanie za abuzywną. Z tych względów rozstrzygnięcie Sądu I instancji, które uznawało za niedozwolone postanowienie o treści: *„wiek osoby liczony jest na ostatni dzień roku, na który przypada data urodzenia”* było prawidłowe i nie stanowiło naruszenia prawa materialnego, tj. przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie brak było natomiast podstaw do uznania za niedozwolone postanowienia o treści: *„wiek osoby oblicza się jako różnicę lat pomiędzy rokiem kalendarzowym, na który przypada pierwszy dzień okresu ubezpieczenia i rokiem urodzenia tej osoby”*. Z powyższego postanowienia wynikało, że wiek osoby urodzonej 18 lutego 1978 r., która zawarła umowę ubezpieczenia z okresem ubezpieczenia od dnia 14 października 2006 r., wynosił

28 lat. Również według przepisu art. 110 k.c. i art. 112 k.c.<sup>25</sup> osoba urodzona 18 lutego 1978 r. miała 14 października 2006 r. tylko 28 lat. Według zaskarżonego postanowienia wiek osoby urodzonej w maju 1978 r., która zawarła umowę ubezpieczenia z okresem ubezpieczenia od dnia 14 października 2006 r., wynosi 28 lat, przy czym także stosowanie do przywołanych przepisów kodeksu cywilnego, osoba urodzona w maju 1978 r. miała w dniu 14 października 2006 r., 28 lat. Odmienna sytuacja występowała wówczas, gdy umowa ubezpieczenia została zawarta od dnia poprzedzającego urodziny osoby fizycznej w danym roku. Według bowiem tego postanowienia umownego, wiek osoby urodzonej w dniu 14 października 1978 r., która zawarła umowę ubezpieczenia od dnia 18 lutego 2006 r. wynosił 28 lat, chociaż według przepisów k.c. urodzony w dniu 14 października 1978 r., miał w dniu 18 lutego 2006 r. lat 27. Z powyższego wynikało, że według kwestionowanego postanowienia o.w.u., osoba fizyczna mogła osiągnąć określony wiek – lata wcześniej niż wynikałoby to z jej daty urodzenia. Skoro więc wiek osoby fizycznej obliczony według metody w zaskarżonym postanowieniu był taki sam jak obliczony według przepisów k.c., z wyjątkiem sytuacji, w których osoba fizyczna osiąga lata wcześniej niż wynikałoby to z daty jej urodzenia i przepisów k.c., a stawki i zasady ustalania udziału własnego w szkodzie są korzystniejsze dla osób starszych, to brak było podstaw do uznania przedmiotowej klauzuli za postanowienie kształtujące prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający jego interesy. Przedmiotowa klauzula podawała uproszczony sposób liczenia wieku osoby fizycznej bez potrzeby brania pod uwagę dnia i miesiąca od jakiego zaczynał się okres ubezpieczenia oraz dnia urodzenia tej osoby. Jak zaś wynika z przeprowadzonej analizy wyniki tych wyliczeń były takie same jak przy obliczaniu wieku według przepisów k.c., w sytuacji zaś gdy występował różnica w tych wyliczeniach, to polegała ona na tym, że dana osoba ma więcej lat niż w rzeczywistości. W toku postępowania nie zostało jednak wykazane, aby ta różnica rodziła ujemne skutki dla konsumenta. Sporna klauzula była jasna i przyjmowała sposób liczenia wieku, który stosowany jest w życiu codziennym. W dalszej części uzasadnienia, Sąd Apelacyjny w Warszawie wskazał, że o ile powód kwestionuje przedmiotową klauzulę z uwagi na to, że wiek osoby fizycznej ustala się w latach zamiast w latach, miesiącach i dniach, to należy stwierdzić, że ustalenie wieku osoby fizycznej w latach nie może być poczytane za kształtujące prawa i obowiązki ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszający jego interesy. Powszechnie wiek osoby fizycznej wyraża się w latach, nie zostało zaś w sprawie wykazane, że w stosunkach ubezpieczeniach zachodzą szczególne okoliczności uzasadniające potrzebę określania tego wieku z uwzględnieniem miesięcy, czy

---

<sup>25</sup> Zgodnie z art. 112 k.c. termin oznaczony w tygodniach, miesiącach i latach kończy się z upływem dnia, który nazwą lub datą odpowiada początkowemu dniowi terminu, a gdyby dnia w ostatnim miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca. Jednakże przy obliczaniu wieku osoby fizycznej termin upływa z początkiem ostatniego dnia.

nawet dnia. Z tych względów – w ocenie Sądu Apelacyjnego – nie było przesłanek do przyjęcia, że zaskarżone postanowienie i o treści powyżej przywołanej było abuzywne.

### **Klauzula nr 1358.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 stycznia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 30/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Compensa S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„W razie niedopełnienia przez ubezpieczającego któregokolwiek z wyżej wymienionych obowiązków ubezpieczyciel może odmówić wypłaty odszkodowania w części lub w całości”.*

Postanowienie to w dniu 14 marca 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1358.

Zdaniem powoda, zakwestionowane postanowienie wzorca umowy kształtowało prawa ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Zostało ono sformułowane w sposób niejednoznaczny oraz upoważniało zakład ubezpieczeń do dokonywania wiążącej interpretacji postanowień umowy i dowolności w spełnieniu świadczenia. Ubezpieczyciel mógł odmówić wypłacenia odszkodowania w całości lub części w przypadku stwierdzenia zaniechania obowiązków przez ubezpieczającego bez konieczności wykazania związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy ich niedopełnieniem a zaistnieniem szkody. Wyczerpywało więc przesłanki postanowień abuzywnych, o których mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c.

Strona pozwana wniosła o umorzenie postępowania z uwagi na wycofanie wzorca umownego z obrotu, alternatywnie na wypadek nie uwzględnienia tego wniosku o oddalenie powództwa, gdyż postanowienie o treści powyżej przywołanej określało świadczenia główne stron, które były sformułowane w sposób jednoznaczny i z uwagi na treść przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. nie mogło być uznane za niedozwolone.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakład ubezpieczeń ma prawo do określenia katalogu obowiązków, których musi przestrzegać podmiot, podlegający ochronie ubezpieczeniowej, jak również prawo do określenia sankcji na wypadek nie wywiązywania się z tych obowiązków. Jednakże zastosowanie tak surowej sankcji jako odmowa wypłata odszkodowania, czy też zmniejszenie jego wysokości, każdorazowo warunkowane musi być istnieniem związku przyczynowo – skutkowego pomiędzy niedopełnieniem obowiązku a zaistnieniem szkody. Kwestionowane postanowienie takiego zastrzeżenia nie zawierało.

Pozwalało ubezpieczycielowi na odmowę wypłaty odszkodowania, bądź ograniczenie jego wysokości w każdym przypadku stwierdzenia naruszenia określonych w nim obowiązków, a więc również w przypadkach, w których ich niedopełnienie w żaden sposób nie przyczyniło się do powstania szkody. Takie ukształtowanie umowy stało w jawnej sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy podmiotów podlegających ochronie ubezpieczeniowej, a co za tym idzie stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. SOKiK zgodził się również ze stanowiskiem powoda, według którego zakwestionowane postanowienie sformułowane zostało w sposób niejednoznaczny przez co upoważniało pozwanego do dokonywania wiążącej interpretacji postanowień umowy i dowolności w spełnieniu świadczenia. Odzwierciedlało zatem klauzule abuzywne określone w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c.<sup>26</sup>

Przedmiotem kontroli w niniejszym postępowaniu było również postanowienie o treści: *„zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje szkód powstałych wskutek pozostawiania bez nadzoru lub zapewnienia dostatecznego zabezpieczenia podczas postoju pojazdu (zgodnie z instrukcją stanowiącą integralną część niniejszych owu)”*.

Jeżeli chodzi o stanowiska stron w przedmiocie oceny tego zapisu umownego to były one tożsame jak w przypadku klauzuli abuzywnej wpisanej do rejestru pod nr 1358, z tym uzupełnieniem, iż w ocenie strony pozwanej, poprzez treść takiego zapisu umownego ubezpieczyciel zmierzał do precyzyjnego określenia, jakiego rodzaju szkody objęte są ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia. Do wprowadzenia takiego postanowienia umownego ubezpieczyciel był nie tylko uprawniony, ale wręcz zobowiązany na podstawie art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w pełni podzielił stanowisko pozwanego – ubezpieczyciela o tym, że postanowienie o treści powyżej przywołanej określało świadczenie główne stron (zakres ochrony ubezpieczeniowej), było sformułowane w sposób jednoznaczny i nie budzący żadnych wątpliwości, a co za tym idzie nie mogło zostać uznane za niedozwolone w obrocie konsumenckim.

### **Klauzula nr 1367.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 16 kwietnia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 42/06 uznał za niedozwolone i zakazał

---

<sup>26</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 11 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które przyznają tylko kontrahentowi konsumenta uprawnienie do stwierdzania zgodności świadczenia z umową.



stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie ubezpieczenia zaistniało zdarzenie, w związku z którym Allianz Polska wypłaciło lub jest zobowiązane do wypłaty odszkodowania”.*

Ocena o abuzywnym charakterze wskazanego postanowienia została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07. Postanowienie to w dniu 8 kwietnia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1367.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów przepis art. 813 § 1 k.c. wprowadza czytelną zasadę podporządkowania składki czasowi odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zasadę tą wypełniało postanowienie § 6 ust. 4 o.w.u., zgodnie z którym jeżeli umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu przed upływem okresu ubezpieczenia określonego w polisie, właścicielowi pojazdu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczania, zaś wysokość składki podlegającej zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego czasu ochrony ubezpieczeniowej. Zasada ta uległa modyfikacji w zaskarżonym § 6 ust. 6 o.w.u., gdzie zwrot składki nie przysługiwał, jeżeli w okresie ubezpieczania zaistniało zdarzenie, w związku z którym ubezpieczyciel wypłacił lub jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania. Zdaniem SOKiK przywołane powyżej postanowienie umowne należało uznać za kształtujące prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszający jego interesy, a tym samym za niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Umowa ubezpieczenia jest umową losową i nie jest umową wzajemną, a zatem ubezpieczyciel w zamian za uiszczenie świadczenia pewnego w postaci składki, godzi się ponieść w czasie trwania umowy ciężar w postaci spełnienia określonego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie zdarzenia, które jest niepewne. Istotnym zamiarem stron jest to, aby oba wymienione świadczenia miały znacząco odmienną wartość, a zatem strony nie powinny traktować swych świadczeń jako wzajemne odpowiedniki. Powstanie po stronie ubezpieczyciela obowiązku świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku musi zatem abstrahować od kwoty składki. Poszukiwanie przez zakład ubezpieczeń choćby części ekwiwalentności poniesionego świadczenia w postaci składki za okres, w którym konsument nie jest już związany postanowieniami umownymi było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta. Rozwiązanie umowy powodowało bowiem, że ubezpieczyciel w okresie, w którym umowa już nie obowiązywała w dalszym ciągu dysponował częścią składki ubezpieczającego, chociaż w okresie, za który została wniesiona, zwolniony był już z obowiązku świadczenia na jego rzecz. Fakt, iż ubezpieczyciel wypłacił lub jest zobowiązany do wypłaty

odszkodowania nie upoważniało go do zaniechania zwrotu składki proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Podniesione w toku postępowania okoliczności związane z koniecznością ponoszenia dodatkowych kosztów przez ubezpieczyciela podczas zawarcia umowy ubezpieczenia (np. związanych z doręczeniem tekstu warunków ubezpieczenia, oceną ryzyka ubezpieczeniowego, wydrukiem polisy ubezpieczeniowej, itd.), mające usprawiedliwiać prawo ubezpieczyciela do zatrzymania składek za okres, w którym już nie ponosi odpowiedzialności wobec klienta, należało uznać za chybione.

Ocena o abuzywności wskazanego postanowienia umownego została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07.

### **Klauzula nr 1368.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 16 kwietnia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 42/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Polska S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Po wystąpieniu szkody każda ze stron ma prawo do pisemnego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy jest dopuszczalne tylko w ciągu 30 dni od dnia wypłaty odszkodowania lub od dnia otrzymania przez właściciela pojazdu odmowy odszkodowania”.*

Ocena o abuzywnym charakterze wskazanego postanowienia została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07. Postanowienie to w dniu 8 kwietnia 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1368.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie, które pozwalało ubezpieczycielowi na wypowiedzenie umowy po wystąpieniu szkody należało uznać za niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Prawo ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy bez wskazania ważnych przyczyn prowadziło do ukształtowania praw i obowiązków konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszający jego interesy. Konsument poprzez zaskarżone postanowienie był niejako karany za powstanie po stronie ubezpieczyciela obowiązku wypłaty odszkodowania, z którym to obowiązkiem zakład ubezpieczeń musiał się liczyć zawierając umowę ubezpieczenia. Wprawdzie należało odmówić słuszności podniesionych przez stronę powodową argumentów, co do niezgodności zaskarżonego

postanowienia umownego z treścią art. 824 k.c., 814 § 2 k.c. i art. 816 § 2 k.c., jednak bez wątplenia postanowienie to stanowiło naruszenie granic rzetelności kontraktowej twórcy wzorca w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Zarzut abuzowości był tym bardziej zasadny, gdyż o.w.u. nie wskazywały terminu, w którym powinien nastąpić zwrot części składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w przypadku rozwiązania umowy. Sytuacja taka powodowała po stronie konsumenta powstanie konieczności znalezienia w 30-dniowym okresie wypowiedzenia nowego zakładu ubezpieczeń, a także mogła spowodować konieczność poniesienia kosztów nowej składki, w przypadku braku zwrotu przez ubezpieczyciela części składki za niewykorzystany okres ochrony. Dopuszczenie do takiej sytuacji uznać należało za działanie sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszające interes konsumenta.

Ocena o abuzowości wskazanego postanowienia umownego została podtrzymana wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07. Zdaniem SA w Warszawie postanowienie to tylko z pozoru stwarzało równoprawną sytuację obu stron umowy. W istocie, w przeważającym zakresie służyło interesowi ubezpieczyciela. Nie można obalić argumentu, że pozwany tak kształtując postanowienie umowy działał we własnym zakresie, pozbywając się klienta, który skorzystał z ochrony ubezpieczeniowej. Takie ukształtowanie praw ubezpieczyciela i konsumenta mogło powodować, (zwłaszcza gdy spodziewana kwota odszkodowania nie była znaczna), że ubezpieczony raczej zrezygnuje z domagania się odszkodowania, niż będzie ryzykował wypowiedzenia mu umowy, albowiem z wypowiedzeniem będą wiązać się koszty zawarcia nowej umowy z innym ubezpieczycielem oraz inne niedogodności. Gdy zatem postanowienie to upoważniało ubezpieczyciela do wypowiedzenia umowy zawartej na czas określony tylko z powodu, że po jego stronie powstał obowiązek spełnienia świadczenia na rzecz ubezpieczającego, to takie postanowienie naruszało dobre obyczaje i rażąco naruszało interes konsumenta. O takim, abuzowym charakterze tego postanowienia świadczyło związane z nim postanowienie wzorca § 6 ust. 6 o.w.u. (opisanej powyżej klauzuli nr 1367). Postanowienie wyłączające zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony w sytuacji, w której ubezpieczyciel wypłacił lub jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania, wyjaśniało rzeczywisty charakter, cel i skutki regulacji zawartej w ocenianym postanowieniu (klauzuli nr 1368). Postanowienia te łącznie wprowadziły regułę, według której wykonanie obowiązku przez zakład ubezpieczeń w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia, powodowało podwójnie niekorzystny skutek po stronie konsumenta - brak zwrotu części składki i ustanie ochrony ubezpieczeniowej wskutek wypowiedzenia umowy przez ubezpieczyciela. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie takie kształtowanie wzajemnych praw i obowiązków było niezgodne z dobrymi obyczajami.

Przedmiotem kontroli postępowania toczącego się przed SOKiK w sprawie sygn. akt XVII AmC 42/06, a następnie kontroli apelacyjnej w wyroku Sąd Apelacyjny w Warszawie z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07 było również postanowienie wzorca umowy o następującej treści: *„W ubezpieczeniach krótkoterminowych składka ubezpieczeniowa jest płatna jednorazowo. Przy rocznym okresie ubezpieczenia dopuszcza się możliwość jednorazowej opłaty składki lub opłaty składki w dwóch lub trzech ratach przy czym terminy rat oraz ich wysokość określa się w dokumencie ubezpieczenia. W przypadku zaistnienia szkody wskutek zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową i zgłoszenia roszczenia, składka za cały okres ubezpieczenia staje się wymagalna. Allianz Polska potrąca z przysługującego odszkodowania pozostałą do zapłaty kwotę składki lub uzależnia wypłatę odszkodowania od wcześniejszego opłacenia składki należnej za cały okres ubezpieczenia”*.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w wyroku z dnia 16 kwietnia 2007 r. uznał powyżej przywołane postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie konsumenckim. W pierwszej kolejności Sąd I instancji wskazał, że postanowienie o treści powyżej przywołanej nie było postanowieniem określającym świadczenie główne stron, a zatem podlegało kontroli abstrakcyjnej. Przez „główne świadczenia stron” należy bowiem rozumieć postanowienia dotyczące *essentialia negotii* umowy, bez których umowa nie doszłaby do skutku. Zaliczyć do nich niewątpliwie można oznaczenie stron umowy, przedmiot umowy oraz główne świadczenia stron umowy. Zdaniem SOKiK do postanowień określających główne świadczenie stron nie mogą być zaliczane postanowienia odnoszące się w istocie do świadczeń ubocznych, czy też inne postanowienia mające jedynie wpływ na kalkulacje, wymagalność, czy zwrot świadczeń głównych. Zakwestionowane postanowienie nie było postanowieniem określającym świadczenie główne stron, a jedynie zapisem umownym dotyczącym wymagalności składki.

W ocenie SOKiK postanowienie to kształtowało prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało jego interesy. Ubezpieczyciel kalkulując wysokość składki oraz przewidując możliwość jej rozłożenia na raty godził się na to, iż nie otrzyma w całości należnych jej pieniędzy od razu, lecz z opóźnieniem. Konsument zawierając umowę ubezpieczenia bierze pod uwagę termin i sposób płatności składki, a zatem zastrzeżenie, że nagle zobowiązany jest opłacić składkę rażąco narusza jego interes, gdyż stawia go w przymusowej sytuacji świadczenia pieniężnego wcześniej niż to planował, lub potrącenia z przysługującego mu odszkodowania w krytycznej dla niego sytuacji, tym bardziej, że strony umowy uzgodniły wcześniej inny sposób i termin płatności rat składki. Innymi słowy, konsument po zapłaceniu składki oczekuje od zakładu ubezpieczeń wypłaty uzgodnionej kwoty, jeśli zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe rodzące odpowiedzialność ubezpieczyciela i nie może być narażony na przymusowe potrącenie pozostałych rat składki, bądź być zmuszany do wcześniejszego

świadczenia niż to określa umowa. Może dojść bowiem do sytuacji, w której wypłacenie niewielkiego odszkodowania spowoduje obowiązek uiszczenia przez konsumenta składki w pełnej wysokości. Staje się to tym bardziej rażąco sprzeczne z dobrymi obyczajami, gdy konsument poniesie dotkliwą szkodę i zmuszony zostanie do ponoszenia dodatkowych kosztów na rzecz ubezpieczyciela, czyli podmiotu zobligowanego do udzielenia pomocy w takiej sytuacji. Stoi to w sprzeczności z celem umowy ubezpieczenia oraz przeczy instytucji rozłożenia na raty, która w swej istocie ma rozkładać w czasie ciężary finansowe nałożone na stronę umowy, a nie potęgować je w chwili najmniej korzystnej dla konsumenta.

Sąd Apelacyjny w Warszawie w wyroku z dnia 10 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 854/07 zmienił wyrok Sądu I instancji w tym zakresie, w ten sposób, że oddalił powództwo o uznanie za niedozwolone i zakazujące wykorzystywania w obrocie z konsumentami postanowienia o powyższej treści. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie budziło żadnych wątpliwości, że postanowienie to odnosiło się do głównego świadczenia ubezpieczającego (składki). Nie określało ono jej wysokości, lecz sposób uiszczenia (jednorazowo albo ratalnie, terminy i warunki płatności rat). Zgodnie zaś z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. wyłączone spod możliwości oceny kontroli abstrakcyjnej w trybie postępowania o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone są postanowienia określające główne świadczenia stron, jeżeli sformułowane są jednoznacznie. W opinii Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie można podzielić tezy przyjętej przez Sąd I instancji, iż takie elementy jak płatność świadczenia w ratach oraz warunki wcześniejszego poboru nieopłaconych składek, czy sposób ich pobrania nie mieszczą się w granicach głównego świadczenia stron (tu: ubezpieczającego). Dodatkowo, gdy są one jednoznacznie sformułowane nie jest dopuszczalne prowadzenie oceny, czy zachodzą przesłanki uznania tego postanowienia za niedozwolone. Dokonanie takiej oceny i w takich warunkach stanowiło naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

#### **Klauzula nr 1423 i 1424.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 86/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

- *„W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu ubezpieczenia wskazanego polisie, składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, gdy w okresie ubezpieczenia nie nastąpiło zdarzenie, w związku którym UNIQA TU S.A. wypłaciło bądź wypłaci odszkodowanie lub świadczenie”.*

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1423.

- *„Ubezpieczonemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia pod warunkiem, że UNIQA TU S.A. nie wypłaciło odszkodowania i nie będzie zobowiązane do wypłacenia odszkodowania z tytułu zawartej umowy”.*

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1424.

Zdaniem strony powodowej – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienia te były niezgodne z treścią art. 813 k.c. i art. 385<sup>3</sup> pkt 13 k.c. W opinii strony pozwanej zakwestionowane zapisy umowne pozostawały w zgodności z treścią art. 41 ust. 2 oraz art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK<sup>27</sup>, a także odpowiadały zasadzie ekwiwalentności świadczeń stron, gdyż zakład ubezpieczeń stosownie do art. 805 § 1 k.c. jest zobowiązany do wypłaty odszkodowania, a ubezpieczający do zapłaty składki w pełnej wysokości.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienia te naruszały dyspozycję art. 813 k.c. nakazującą obliczanie składki za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Skoro składka z tytułu umowy ubezpieczenia obliczana jest proporcjonalnie do okresu ubezpieczenia, to w sytuacji, gdy odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ustaje z momentem rozwiązania umowy ubezpieczenia, co do zasady powinien on zwrócić składkę ubezpieczającemu za okres następujący po rozwiązaniu umowy, bez względu na fakt wcześniejszego wypłacenia odszkodowania. Tym samym, zapisy te naruszały art. 385<sup>3</sup> pkt 13 k.c., jako że dopuszczały do sytuacji, w której konsument tracił prawo żądania zwrotu świadczenia (tj. składki należnej za okres po rozwiązaniu umowy) spełnionego wcześniej niż świadczenie kontrahenta (tj. częściowej wypłaty odszkodowania) w przypadku rozwiązania umowy. Wprawdzie strona pozwana słusznie podniosła, że ustawa o ubezpieczeniach obowiązkowych przewidywała podobny zapis, należało jednak zauważyć, że kwestionowane klauzule nie posługiwały się analogicznym do ustawowego wyrażeniem „wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie”, lecz niejasnym sformułowaniem „gdy w okresie ubezpieczenia nie nastąpiło zdarzenie, w związku z którym UNIQA TU S.A. wypłaciło bądź wypłaci odszkodowanie” oraz „nie wypłaciło odszkodowania i nie będzie zobowiązane do

---

<sup>27</sup> Zgodnie z tymi przepisami w przypadku umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych i umowy obowiązkowego ubezpieczenia OC rolników zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nie przysługuje, jeżeli szkoda, za którą zakład ubezpieczeń wypłacił lub jest zobowiązany wypłacić odszkodowanie, nastąpiła w okresie poprzedzającym rozwiązanie umowy w przypadkach określonych w ustawie innych niż upływ czasu, na który umowa została zawarta.

wypłacenia odszkodowania”. Użycie tych niejasnych sformułowań przemawiało dodatkowo za uznaniem tych postanowień za sprzeczne z art. 385<sup>3</sup> pkt 22 k.c. oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów podkreślił również, że powyższe postanowienia umowne wyłączały możliwość domagania się przez ubezpieczającego zwrotu części składki, jeśli ubezpieczyciel wypłacił odszkodowanie w wysokości stanowiącej choćby znikomą część sumy ubezpieczenia, co należało uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumentów.

### **Klauzula nr 1425.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 86/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Odszkodowania i rekompensaty z innych źródeł. Wysokość odszkodowania ulega pomniejszeniu o odszkodowania i rekompensaty przysługujące osobom poszkodowanym z innych źródeł”.*

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1425.

W ocenie strony powodowej – Prezesa UOKiK postanowienie to było sprzeczne z art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c. i art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Zdaniem strony pozwanej art. 824<sup>1</sup> § 1 k.c. zezwalał jej na ograniczenie sumy pieniężnej wypłacanej z tytułu ubezpieczenia do kwoty poniesionej szkody<sup>28</sup>. Przy braku takiego zapisu umownego, ubezpieczony z tytułu otrzymania odszkodowania za szkodę objętą ubezpieczeniem przez kilku ubezpieczycieli mógłby bezpodstawnie się wzbogacić.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. oraz art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c., jako że wobec nieostrości sformułowania „z *innych źródeł*” dopuszczało możliwość dokonania przez ubezpieczyciela wiążącej interpretacji umowy. W ocenie SOKiK ubezpieczyciel nie mógł uzależniać ochrony ubezpieczeniowej i spełnienia ciężących na nim obowiązków z zawartej z konsumentami umowy od działania innych ubezpieczycieli. Powoływana przez stronę pozwaną regulacja art. 824<sup>1</sup> § 1 k.c. nie miała zastosowania w sprawie, gdyż odnosiła się ona do wysokości szkody w ramach jednego wypadku ubezpieczeniowego, podczas gdy kwestionowany zapis dopuszczał możliwość pomniejszenia odszkodowania z jakichkolwiek powodów, jeśli tylko osoba poszkodowana otrzymała jakiegokolwiek odszkodowania lub rekompensatę z innych źródeł. Ponadto, jeżeli przyjąć, że zapis

ten jedynie powtarzał uregulowanie zawarte w 824<sup>1</sup> § 1 k.c., jak podnosiła strona pozwana, to wobec swojej niejednoznaczności i zbędności powinien być wyeliminowany z treści o.w.u.

#### **Klauzula nr 1426.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 86/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Ograniczenia odpowiedzialności. Ubezpieczeniem nie są objęte szkody: wynikłe z powodu działania hałasu, wibracji, ciepła, wody, zagrzybienia lub innych podobnych czynników”.*

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1426.

Zdaniem strony powodowej – Prezesa UOKiK postanowienie to było niezgodne z art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c. W ocenie natomiast strony pozwanej nie było niebezpieczeństwa, że postanowienie to będzie interpretowane na niekorzyść ubezpieczonego, gdyż zgodnie z art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej postanowienia niejednoznaczne interpretuje się na korzyść ubezpieczonego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było sprzeczne z art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c., gdyż uprawniało zakład ubezpieczeń do wiążącej wykładni wyrażenia „*innych podobnych czynników*”. Przy czym szereg wymienionych w tym zapisie czynników nie pozwalało w sposób jednoznaczny stwierdzić, co jest do nich „podobne” i co mogłoby stanowić „inny podobny czynnik”. Na uwzględnienie nie zasługiwał również argument w postaci powołania treści art. 12 ust. 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Wskazówka ustawodawcy co do zasad interpretacji na korzyść konsumenta sformułowań niejednoznacznych, nie zwalniała autora o.w.u. z obowiązku jasnego formułowania postanowień, tj. zgodnie z art. 12 ust. 3 tejże ustawy<sup>29</sup>.

#### **Klauzula nr 1427.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 86/06 uznał za niedozwolone i

---

<sup>28</sup> Art. 824 § 1 k.c.: o ile umówiono się inaczej, suma pieniężna wypłacona przez ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia nie może być wyższa od poniesionej szkody.

<sup>29</sup> Art. 12 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej: Ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały.



zakazał stosowania przez UNIQA TU S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Jeżeli rozwiązanie umowy nastąpiło po rozpoczęciu okresu ubezpieczenia, zwrotowi podlega różnica pomiędzy składką pobraną a składką należną za wykorzystany okres ubezpieczenia, zwiększoną o koszty poniesione przez UNIQA TU S.A. (...) Miesiąc rozpoczęty (nawet 1 dzień) liczy się jako wykorzystany”.*

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1427.

Zdaniem strony powodowej – Prezesa UOKiK postanowienie to było niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Strona pozwana podniosła, że w praktyce zapis ten nie był stosowany i sukcesywnie eliminowany z o.w.u.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to należało uznać za niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. oraz art. 813 k.c. Brak doprecyzowania w treści zapisu sformułowania „kosztów poniesionych” przez ubezpieczyciela mogło skutkować naruszeniem art. 813 k.c., gdyż umożliwiało zakładowi ubezpieczeń ponowne potrącenie z części składki podlegającej zwrotowi kosztów poniesionych w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia i odpowiednio ujętych w wysokości uprzednio obliczonej składki. W tym zakresie zapis ten był sprzeczny z zasadą podporządkowania składki czasowi odpowiedzialności i naruszał zasadę wyrażoną w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., zgodnie z którą postanowienie umowy nie uzgodnione indywidualnie z konsumentem nie wiążą go, jeśli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Twierdzenie zakładu ubezpieczeń, że przedmiotowe koszty dotyczyły jedynie kosztów zwrotu składki nie znajdowało potwierdzenia w kwestionowanym zapisie, dlatego też taki argument nie zasługiwał na uwzględnienie.

#### **Klauzula nr 1428.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 30 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 86/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„W przypadku wystąpienia szkody objętej ochroną, osoby objęte ochroną ubezpieczeniową obowiązane są (...) najpóźniej w terminie 3 dni od dnia powstania szkody lub uzyskania o niej*

*informacji powiadomić UNIQA TU S.A. o jej powstaniu, a w przypadku kradzieży z włamaniem lub rabunku – w ciągu 24 godzin”.*

Postanowienie to w dniu 27 maja 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1428.

Zdaniem strony powodowej – Prezesa UOKiK postanowienie to było niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Strona pozwana podniosła, że powyższy zapis umowny nie nakładał na ubezpieczonego nadmiernie uciążliwych obowiązków i powinien być interpretowany łącznie z treścią art. 826 k.c. i art. 827 k.c.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zawiadomienie zakładu ubezpieczeń o kradzieży z włamaniem lub rabunku ubezpieczonego mienia w ciągu 24 godzin od powstania szkody lub uzyskania o niej informacji skutkowało nałożeniem na konsumenta obowiązku spełnienia nadmiernie uciążliwych formalności i tym samym postanowienie to naruszało art. 385<sup>3</sup> pkt 21 k.c.<sup>30</sup> Obowiązek poinformowania o kradzieży z włamaniem lub rabunku w tak krótkim czasie mógł okazać się obiektywnie niemożliwy do spełnienia, np. w przypadku, gdy równocześnie z rabunkiem miały miejsce zdarzenia powodujące niezdolność poszkodowanego do podejmowania jakichkolwiek działań (między innymi w przypadku hospitalizacji konsumenta). Tym samym kwestionowany zapis zaostrzał umowny obowiązek konsumenta w stosunku do tych, które wynikały z treści art. 826 k.c.

#### **Klauzula nr 1450.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 30 stycznia 2008 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 491/07, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 3 listopada 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 2/05, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Składkę podlegającą zwrotowi pomniejsza się o 10%. Pomniejszenia o 10% nie stosuje się, jeżeli składka podlegająca zwrotowi zostaje zaliczona na poczet kolejnej umowy ubezpieczenia autocasco lub w przypadku gdy właściciel pojazdu posiada w PZU S.A. ubezpieczenie autocasco innego pojazdu”.*

---

<sup>30</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 21 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które uzależniają odpowiedzialność kontrahenta konsumenta od wykonania zobowiązań przez osoby, za pośrednictwem których kontrahent konsumenta zawiera umowę lub przy pomocy których wykonuje swoje zobowiązanie, albo uzależniają tę odpowiedzialność od spełnienia przez konsumenta nadmiernie uciążliwych formalności.

Postanowienie to w dniu 1 lipca 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1450.

Zdaniem powoda zakwestionowane postanowienie umowne stanowiło swoistą zaporę dla konsumenta, która wyrażała się w utracie prawa do otrzymania całej składki za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej w razie rozwiązania umowy przed upływem czasu, na który została zawarta. Stanowiło swoiste odstępne za to, że konsument rozwiązał umowę w czasie jej trwania. Ratunkiem dla konsumenta było zawarcie kolejnej umowy ubezpieczenia z tym samym ubezpieczycielem lub posiadanie umowy ubezpieczenia autocasco dla innego pojazdu. Stanowiło ukryte finansowanie przez zakład ubezpieczeń kosztów swojej działalności, swoistą opłatę administracyjną za rozwiązanie umowy i dlatego miało charakter niedozwolony.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie nie miało charakteru abuzywnego. Stanowiło niejako zachętę dla klientów zakładu ubezpieczeń do korzystania z jego usług poprzez rezygnację z potrącenia składki podlegającej zwrotowi o 10% dla osób, które zawierają kolejną umowę ubezpieczenia z pozwanym lub gdy właściciel pojazdu u tego ubezpieczyciela posiadał ubezpieczenie autocasco dla innego pojazdu. Takiego postanowienia nie można było uznać jako kształtującego prawa i obowiązki konsumenta niezgodnie z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszającego jego interesy.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu I instancji, zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że powyżej wskazane postanowienie uznał za niedozwolone i zakazał jego stosowania. W ocenie SA w Warszawie nieprzekonywujący był wysunięty przez Sąd I instancji argument, iż ubezpieczyciel miał prawo w przypadku rozwiązania umowy do potrącenia części składki w wysokości 10%, ponieważ wcześniejsze rozwiązanie umowy mogło rodzić po jego stronie stratę, a rezygnacja z potrącenia stanowiła zachętę dla klientów do korzystania z usług ubezpieczyciela. Takiego obciążenia konsumenta nie uzasadniała ani hipotetyczna i bliżej nieokreślona strata jaką ewentualnie mógłby ponieść ubezpieczyciel na wypadek niepotrącenia składki, ani chęć reklamowania w ten sposób swoich usług i pozyskiwania większego grona klientów. Treść przedmiotowego postanowienia wskazywała, iż służyło ono przede wszystkim polityce marketingowej zakładu ubezpieczeń, a nie innym celom np. pokrywaniu kosztów jego działalności.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu były również następujące postanowienia umowne:

- *„W razie rozwiązania umowy po zaistnieniu szkody, za którą wypłacono odszkodowanie, [...] PZU S.A. przysługuje składka za cały okres ubezpieczenia określony w umowie, niezależnie od wysokości”, oraz*
- *„Jeżeli umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu przed upływem końcowego terminu określonego w polisie [...] PZU S.A. dokonuje zwrotu składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, o ile w okresie ubezpieczenia nie zaistniało zdarzenie, w związku z którym [...] PZU S.A. wypłacił lub zobowiązany jest do wypłaty odszkodowania w części, która dotyczy zawartej w nim klauzuli, o ile o w okresie ubezpieczenia nie zaistniało zdarzenie, w związku z którym [...] PZU S.A. wypłacił lub zobowiązany jest do wypłaty odszkodowania”.*

Zdaniem strony powodowej wyżej wymienione postanowienia miały charakter niedozwolony, gdyż kształtowały prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumenta. Skoro zgodnie z art. 813 § 1 k.c. składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, to jeżeli strony zawarły umowę na 1 rok, a została ona rozwiązana przed upływem tego terminu, to czasem trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń był okres od dnia zawarcia umowy do dnia jej rozwiązania i za ten czas ubezpieczycielowi przysługiwała składka. Nawet jeżeli w okresie obowiązywania umowy zakład ubezpieczeń wypłacił odszkodowanie, a następnie doszło do rozwiązania umowy, to mógł on żądać składki tylko i wyłącznie za okres, w którym rzeczywiście udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Zakwestionowane postanowienia ograniczały prawo konsumenta do rozwiązania umowy, gdyż w razie dokonania tej czynności musiał on zakładowi ubezpieczeń zapłacić swoje odstępne w postaci składki za okres od dnia rozwiązania umowy, do dnia w którym zgodnie z treścią umowy ubezpieczenia uległaby ona rozwiązaniu z powodu upływu czasu.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powyżej przywołane postanowienia umowne wprawdzie nie były uzgodnione indywidualnie z konsumentem, to jednak nie kształtowały one praw i obowiązków w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Zgodnie bowiem z art. 805 § 1 k.c. zakład ubezpieczeń zawierając umowę ubezpieczenia zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie przewidzianego w umowie wypadku a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Umowa ubezpieczenia autocasco zawierana jest terminowo, najczęściej na 12 miesięcy. Jeżeli przed upływem terminu jej obowiązywania nastąpiło zdarzenie uzasadniające wypłatę odszkodowania przez zakład ubezpieczeń, to zgodnie z treścią umowy ubezpieczenia konsument musiał uiścić składkę za cały okres ubezpieczenia. Zakwestionowane postanowienia o.w.u. były realizacją umowy ubezpieczenia, w której każda ze stron zobowiązana była do określonego świadczenia głównego.

Innymi słowy, jeżeli następuje rozwiązanie umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta i nie nastąpiło zdarzenie uzasadniające wypłatę odszkodowania to składka podlega zwrotowi na rzecz konsumenta. Jeżeli natomiast doszło do rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na który została zawarta a nastąpiło zdarzenie uzasadniające wypłatę odszkodowania – składka nie podlega zwrotowi na rzecz konsumenta. Z powyższych względów nie można było uznać tych postanowień za niedozwolone w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, podtrzymał wyrok Sądu I instancji w zakresie ocenianych postanowień. Zdaniem SA w Warszawie trafna była ocena dokonana przez Sąd I instancji. Istota umowy ubezpieczenia autocasco polega na tym, że ubezpieczający płaci składkę, a ubezpieczyciel w razie zajścia określonego w umowie zdarzenia wypłaca odszkodowanie. W przypadku zajścia określonego w umowie wypadku, dochodzi do wypłacenia przez ubezpieczyciela odszkodowania na warunkach i w wysokości ustalonych w umowie, a zatem do realizacji świadczenia głównego, do którego zobowiązał się ubezpieczyciel, w zamian za ustaloną składkę do uiszczenia której w określonej wysokości i w określonym czasie zobowiązał się ubezpieczający. Nie ma zatem żadnego uzasadnienia dla przyjęcia stanowiska, że w momencie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i wpłaty przez ubezpieczyciela odszkodowania, na wypadek rozwiązania umowy powinna być zwracana część składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Ubezpieczyciel był zobowiązany do zwrotu części składki tylko w razie rozwiązania umowy przed upływem czasu, na który została zawarta, jeżeli nie zaistniało zdarzenie objęte ubezpieczeniem i nie doszło do wypłaty odszkodowania. Z tych względów powództwo odnoszące się do tych postanowień należało oddalić.

### **Klauzula nr 1462 i 1463.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 28 grudnia 2007 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 438/07, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 16 stycznia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 38/06, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

- *„Jeżeli zapłata składki lub jej pierwszej raty została odroczone w stosunku do początku okresu ubezpieczenia, a ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność przed zapłaceniem składki lub jej pierwszej raty, niezapłacenie składki lub pierwszej raty składki w terminie wyznaczonym przez ubezpieczyciela będzie traktowane jako odstąpienie od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela z upływem 14-go dnia od wyznaczonego terminu*

*płatności składki lub pierwszej raty składki bez konieczności składania odrębnego oświadczenia woli w tym zakresie. Postanowienie zdania poprzedzającego stanowi zawiadomienie ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy”.*

Postanowienie to w dniu 9 lipca 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1462.

- *„W odniesieniu do skutków prawnych niezapłacenia kolejnej raty składki w terminie wyznaczonym przez ubezpieczyciela odpowiednie zastosowanie mają postanowienia ust. 2”.*

Postanowienie to w dniu 9 lipca 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1463.

W niniejszym postępowaniu strona powodowa oparła swoje powództwo na twierdzeniu, że zakwestionowane postanowienia nie były uzgodnione indywidualnie z ubezpieczającym, sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa oraz kształtowały prawa i obowiązki ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. W opinii powoda zakwestionowane postanowienia naruszały zasady współzycia społecznego, takie jak: zaufanie ubezpieczającego do ubezpieczyciela oraz lojalność kontraktową, kolidowały z dobrymi obyczajami kupieckimi, gdyż ze względu na brak wymogu powiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy stwarzały w sytuacji spóźnionej zapłaty składki możliwość powstania stanu niepewności co do kontynuacji stosunku ubezpieczenia. Powód wskazał również, że w sytuacji, w której opóźnienie w zapłacie składki lub jej raty było niezawinione przez ubezpieczającego lub też bardzo nieznaczne, skutek przewidziany w zakwestionowanych postanowieniach rażąco naruszał interes ubezpieczającego, zwalniał bowiem całkowicie ubezpieczyciela z obowiązków informacyjnych dotyczących tak istotnego zagadnienia jak dalszy byt stosunku ubezpieczenia. Zdaniem powoda, stosowanie tych postanowień mogło prowadzić do sytuacji, w których ubezpieczyciel otrzymując opóźnioną ratę składki zatrzyma ją (lub zwróci w późniejszym terminie) nie informując jednocześnie ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy i skutku w postaci utraty ochrony ubezpieczeniowej. W takim przypadku ubezpieczający mógł pozostawać w błędnym przekonaniu, iż w dalszym ciągu objęty jest ochroną ubezpieczeniową. Powód podniósł również, że sporne zapisy stwarzały zagrożenie wystąpienia sytuacji, w których ubezpieczyciel przyjmie opóźnione składki i ich nie zwróci, jeżeli w okresie określonym w umowie jako okres ubezpieczenia nie dojdzie do wypadku ubezpieczeniowego i nie zaktualizuje się obowiązek likwidacji szkody. Jeżeli natomiast doszłoby w tym okresie do powstania szkody, ubezpieczyciel, powołując się na zakwestionowane postanowienie i ustanie

ochrony ubezpieczeniowej, odmówiłby likwidacji szkody. W ocenie powoda taka praktyka zakładu ubezpieczeń ułatwiona była dzięki innemu zapisowi zawartemu w o.w.u., który dawał ubezpieczycielowi uprawnienie do jednostronnego, całkowicie uznaniowego cofnięcia oświadczenia woli o odstąpieniu od umowy, nawet bez zachowania formy pisemnej. Powód podniósł także zarzut rażącej dysproporcji praw stron umowy ubezpieczenia. O ile bowiem zakład ubezpieczeń zwolniony był od składania oświadczenia woli o odstąpieniu od umowy, o tyle ubezpieczający w świetle zapisów o.w.u. zobowiązany był do składania wszelkich oświadczeń w formie pisemnej za pokwitowaniem lub listem poleconym. W ocenie powoda zakwestionowane zapisy były również sprzeczne z art. 814 § 2 k.c.<sup>31</sup>, a co za tym idzie nieważne w świetle przepisu art. 807 § 1 k.c. z następujących względów. Po pierwsze, art. 814 § 2 k.c. nakładał na zakład ubezpieczeń obowiązek zawiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy w przypadku niezapłacenia składki w terminie. Po drugie, przepis ten stanowił, że w przypadku niezapłacenia składki w terminie, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z końcem okresu, na który została zawarta. Powód wskazał ponadto na sprzeczność zakwestionowanych zapisów z przepisami art. 481 i 491 k.c., które miały chronić dłużnika przed zbyt daleko idącymi konsekwencjami niewielkiego nawet opóźnienia lub zwłoki w spełnieniu świadczenia. W ocenie powoda definitywne zerwanie wężła obligacyjnego w przypadku zwłoki w spełnieniu świadczenia stanowiło zbyt drastyczną konsekwencję dla ubezpieczającego.

Strona pozwana wskazała, że sprawa dotycząca uznania za niedozwolone analogicznego postanowienia, stosowanego przez pozwanego (jak klauzula abuzywna nr 1462), była już rozpatrywana przez SOKiK w sprawie sygn. akt XVII AmC 62/04 a powództwo oddalone. Ubezpieczyciel podkreślił, że w stosunku do postanowienia będącego przedmiotem oceny w poprzednim postępowaniu, aktualnie zakwestionowane postanowienie o.w.u. kształtowało prawa i obowiązki ubezpieczającego w sposób bardziej korzystny. O ile bowiem postanowienie będące przedmiotem oceny w postępowaniu w sprawie sygn. akt XVII AmC 62/04 przyznawało możliwość odstąpienia od umowy z wpływem dnia wyznaczonego jako termin płatności składki, o tyle aktualnie kwestionowane postanowienie przesunęło termin odstąpienia od umowy aż o 14 dni od upływu terminu płatności składki. Do tego czasu zakład ubezpieczeń ponosił odpowiedzialność wynikającą z trwającej nadal umowy ubezpieczenia. Pozwany podkreślił, że zastrzeżenie prawa do odstąpienia od umowy uwarunkowane było niespełnieniem w określonym terminie podstawowego obowiązku ubezpieczającego, jakim jest zapłata składki, a prawo do odstąpienia od umowy było w tym przypadku realizacją ustawowego uprawnienia

---

<sup>31</sup> Art. 814 §2 k.c. w brzmieniu obowiązującym do dnia 10 sierpnia 2007 r. - „§ 2. Jeżeli zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki, a składka nie została zapłacona w terminie, zakład ubezpieczeń może odstąpić od umowy ze skutkiem natychmiastowym, zawiadamiając o tym jednocześnie

ubezpieczyciela. Niezasadne było zatem zarzucanie naruszania dobrych obyczajów i rażącego naruszenia interesów ubezpieczającego. Ponadto nietrafne było stanowisko powoda, według którego stosowanie zakwestionowanych postanowień mogło prowadzić do stanu, w którym ubezpieczający pozostawał w stanie niepewności co do obowiązywania umowy. Każdy klient zakładu ubezpieczeń przed zawarciem umowy ubezpieczenia otrzymuje ogólne warunki ubezpieczenia i może się z nimi dokładnie zapoznać. Ma zatem możliwość zapoznania się z oświadczeniem woli ubezpieczyciela o odstąpieniu od umowy w razie niezapłacenia składki lub jej raty w terminie. Dodatkowo, w treści doręczonej polisy określone są terminy, w których należna składka powinna zostać opłacona w celu należytego wywiązania się z umowy ubezpieczenia. W odniesieniu natomiast do zarzutu sprzeczności zakwestionowanych postanowień z treścią art. 814 § 2 k.c. zakład ubezpieczeń wskazał, iż przepis ten nie stawiał żadnych wymogów formalnych jakie spełniać powinno zawiadomienie o odstąpieniu od umowy. Należało zatem przyjąć, iż wymóg ten został spełniony poprzez zastrzeżenie informacji o warunkowym odstąpieniu od umowy w treści o.w.u.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów treść zakwestionowanych postanowień w żaden sposób nie naruszała dyspozycji przepisu art. 814 § 2 k.c. Sprzeczność zakwestionowanych postanowień miała wynikać, zdaniem powoda, z wyłączenia obowiązku zawiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy oraz na odmiennym, niż wynikało to z treści tego przepisu, określeniu chwili rozwiązania stosunku ubezpieczenia. Sąd I instancji zajął stanowisko, że z przepisu art. 814 § 2 k.c. wynika jednoznacznie, że obowiązek zawiadomienia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia odnosi się do sytuacji, w której zakład ubezpieczeń odstępuje od umowy ze skutkiem natychmiastowym. Zakwestionowane postanowienia nie przewidywały odstąpienia ze skutkiem natychmiastowym, lecz dopiero z upływem 14-go dnia od wyznaczonego terminu płatności składki lub jej pierwszej bądź kolejnej raty. Mieliliśmy zatem do czynienia z dwoma odmiennymi stanami faktycznymi, co uzasadniało przyjęcie wniosku, że wynikający z przepisu art. 814 § 2 k.c. obowiązek zawiadomienia o odstąpieniu od umowy nie znajdował zastosowania w przedmiotowej sprawie. Zarzut niedopełnienia przez ubezpieczyciela obowiązku ustawowego nie zasługiwał więc na uwzględnienie. Z analogicznych przyczyn za niesłuszny należało uznać zarzut o sprzeczności postanowień z treścią art. 814 § 2 k.c. w zakresie chwili rozwiązania umowy. W ocenie Sądu I instancji postanowienie, według którego odstąpienie od umowy następowało z upływem 14-go dnia od wyznaczonego terminu płatności składki, nie naruszało dyspozycji art. 814 § 2 k.c., zgodnie z którą umowa ubezpieczenia rozwiązywała się z końcem okresu, na który przypadała

---

ubezpieczającego, i żądać zapłaty składki za okres, przez który ponosił odpowiedzialność. W braku odstąpienia od umowy, rozwiązuje się ona z końcem okresu, na który przypadała nie zapłacona składka”.



niezapłacona składka. Z treści przepisu wynikało jednoznacznie, iż zawarta w nim regulacja nie znajdowała zastosowania w przypadku odstąpienia ubezpieczającego od umowy, co miało miejsce w przedmiotowej sprawie. Sąd I instancji nie podzielił także zarzutu powoda o rażącej sprzeczności postanowień z przepisami art. 481 i 491 k.c. W ocenie SOKiK przywołane przepisy nie zostały wprowadzone do kodeksu cywilnego w celu ochrony interesów dłużnika. Wręcz przeciwnie, ich rolą była ochrona interesów wierzyciela w przypadku nienależytego wykonania zobowiązania przez dłużnika. W żaden sposób nie ograniczały też prawa wierzyciela do ukształtowania stosunku prawnego w odmienny sposób i zastrzeżenia innych sankcji na wypadek niewykonania przez dłużnika obowiązków umownych.

Zdaniem Sądu I instancji nie zasługiwały na uwzględnienie zarzuty o rażącym naruszeniu interesów konsumentów. Po pierwsze, zastrzeżenie w treści umowy uprawnień ustawowych nie może być w ogóle uznane za działanie sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszające interesy konsumenta. Jeżeli ustawodawca przyznał zakładowi ubezpieczeń określone uprawnienie to w granicach określonych przez art. 5 k.c. może on z niego korzystać w sposób swobodny. Po drugie, składanie odrębnego oświadczenia od umowy nie było konieczne z uwagi na przyjęcie w postanowieniu obligatoryjnego odstąpienia od umowy z upływem 14-go dnia od wyznaczonego terminu płatności składki bądź jej raty. Przy tak jednoznacznie i kategorycznie sformułowanym zapisie umownym ubezpieczający miał pełną świadomość skutków uchybienia terminowi zapłaty składki lub jej raty. Sytuacji ubezpieczającego nie pogarszała również możliwość cofnięcia przez zakład ubezpieczeń oświadczenia o odstąpieniu od umowy. Zdaniem SOKiK obowiązek odrębnego zawiadomienia o odstąpieniu istniałby, gdyby zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie fakultatywną możliwość odstąpienia od umowy. Na zakończenie uzasadnienia wyroku, Sąd I instancji wskazał, że nie można było również podzielić argumentu o asymetrii obowiązków co do sposobu i formy oświadczeń stron umowy ubezpieczenia. Zawiadomienia i oświadczenia, które w związku z umową ubezpieczający musiał składać w formie pisemnej za pokwitowaniem lub listem poleconym nie miały tożsamego charakteru z uprawnieniem zakładu ubezpieczeń do odstąpienia od umowy. Dla spowodowania skutku w postaci zerwania stosunku ubezpieczenia, ubezpieczający nie musiał składać żadnego oświadczenia woli. Zerwanie więzła obligacyjnego następowało w sposób automatyczny w przypadku niezapłacenia składki bądź jej raty. Nie można zatem było mówić o jakiegokolwiek dysproporcji stron umowy w zakresie uprawnień co do formy i sposobu odstąpienia od stosunku ubezpieczenia.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji od wyroku SOKiK, zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, iż uznał zakwestionowane postanowienia za niedozwolone i zakazał ich stosowania. Zdaniem SA w Warszawie powód trafnie podniósł, że przepis art. 814 § 2 k.c. nakładał na zakład ubezpieczeń bezwzględny obowiązek zawiadomienia ubezpieczającego o

odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, niezależnie od tego czy odstąpienie miało nastąpić ze skutkiem natychmiastowym, jak to przewidywał ten przepis, czy z upływem określonego terminu np. 14-go dnia od wyznaczonego terminu płatności składki lub jej pierwszej czy kolejnej raty, jak stanowiły zakwestionowane postanowienia umowne. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie rację miał powód, że spełnienie obowiązku zawiadomienia o odstąpieniu od umowy mogło nastąpić wyłącznie w przypadku jednoczesnego poinformowania o tym fakcie ubezpieczającego. Natomiast na podstawie zakwestionowanych zapisów o.w.u. ubezpieczyciel zwalniał się z określonego w art. 814 § 2 k.c. obowiązku składania odrębnego oświadczenia o odstąpieniu od umowy, zastrzegając sobie, że odstąpienie to następuje w sposób „automatyczny” w przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w terminie. Ubezpieczający w chwili odstąpienia od umowy nie otrzymywał od ubezpieczyciela żadnej informacji. Tego rodzaju praktyka niewątpliwie stała w sprzeczności z dyspozycją art. 814 § 2 k.c. Wymogu poinformowania ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy przez ubezpieczyciela w żaden sposób nie zastępowało doręczenie przez ubezpieczającego o.w.u. Ubezpieczający w razie opóźnienia z zapłatą składki lub jej raty mógł nie zdawać sobie sprawy, że nie łączy go już umowa ubezpieczenia i pozostawać w błędnym przekonaniu, że mimo opóźnienia we wniesieniu składki bądź jej raty (pierwszej, kolejnej) wciąż podlegał ochronie ubezpieczeniowej. Nie mogło zatem budzić żadnych wątpliwości, że zakwestionowane postanowienia o.w.u. stały w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszały interesy konsumenta, gdyż kształtowały sytuację prawną ubezpieczającego w sposób mniej korzystny niż określoną w art. 814 § 2 k.c. Stanowiły więc niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wskazał jednak, iż chybnym był zarzut powoda o naruszeniu art. 481 k.c. i art. 491 k.c. Świadczeniem zakładu ubezpieczeń jest zapłata określonej sumy pieniężnej, a tą ubezpieczyciel spełnia tylko wtedy, gdy zajdzie wypadek ubezpieczeniowy. Tak więc umowa ubezpieczenia ma charakter losowy. Widoczny jest tu brak ekwiwalentności świadczeń, gdyż albo ubezpieczający spełniając to świadczenie nie otrzyma nic w zamian, gdy do wypadku nie dojdzie, albo świadczenie zakładu ubezpieczeń znacznie przewyższy świadczenie ubezpieczającego, gdy wypadek się zdarzy. W żadnej z tych sytuacji nie wystąpi ekwiwalentność świadczeń stron, ani czasowa zbieżność w ich spełnieniu. Samo zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej nie może być traktowane jako świadczenie zakładu ubezpieczeń, a zatem umowy ubezpieczenia nie można uznać za umowę wzajemną w rozumieniu art. 484 § 2 k.c. Oznacza to, że nieusprawiedliwione były zarzuty apelacji dotyczące niezastosowania przez Sąd I instancji przepisów o wykonaniu i skutkach niewykonania zobowiązań z umów wzajemnych.

## **Klauzula nr 1492.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 18 marca 2008 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1097/07, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 18 maja 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 78/07, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Link4 Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Link4 jest uprawniony do stosownego zmniejszenia odszkodowania lub odmowy wypłaty w całości, jeśli kierowca ubezpieczonego samochodu, ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu, odstąpi od określonych w par. 19 wymogów, a w szczególności jeśli: 20.1. przyczyni się do powstania szkody lub zwiększenia szkody”.*

Postanowienie to w dniu 2 września 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1492.

W uzasadnieniu powództwa powód przytaczając treść całego postanowienia umownego z § 20 o.w.u. wraz z § 20 ust. 1 o.w.u. wskazał, że uprawniało ono ubezpieczyciela do obniżenia należnego poszkodowanym odszkodowania, jeżeli poszkodowany przyczynił się do powstania szkody. W ocenie powoda postanowienie to było sprzeczne z przepisami prawa, w szczególności z art. 805 k.c. i stosownie do art. 807 k.c. nieważne. Uzasadniając swoje stanowisko powód powołał wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 kwietnia 1999 r. (I CKN 57/98/OSNC 2001/1/13), zgodnie z którym *„Do odszkodowania przysługującego z tytułu umowy ubezpieczenia przepis art. 362 k.c. nie ma zastosowania”*. Powód stwierdził, że przepis art. 362 k.c. nie dotyczy odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, ponieważ normujące tę umowę przepisy zmodyfikowały ogólne zasady odpowiedzialności odszkodowawczej, w tym skutki prawne przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów – np. art. 826 § 1 i § 2 k.c., art. 827 § 1 k.c. albo art. 832 § 1 k.c. Zdaniem powoda oczywiste było, że art. 362 k.c. stał w opozycji do istoty ubezpieczenia, polegającej na zapewnieniu ubezpieczającemu ochrony w razie spowodowania jego zachowaniem szkody lub przyczynienia się do zwiększenia jej rozmiarów. Możliwość uwzględniania przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów prowadziłyby do unicestwienia podstawowych celów ubezpieczenia, tj. osłabienia lub nawet wyłączenia jego funkcji ochronnej i kompensacyjnej. Uzasadniało to uznanie zakwestionowanej klauzuli za niedozwoloną i wykluczenie jej z obrotu.

Strona pozwana podniosła, iż pozwany nie odniósł się do przepisów art. 385<sup>1</sup> - 385<sup>3</sup> k.c. będących materialną podstawą kontroli abstrakcyjnej wzorca umowy. Powód nie powołał się na istnienie przesłanek określonych w art. 385<sup>1</sup> k.c. i nie wykazał istnienia którejkolwiek z nich.

Brak ich przedstawienia i uzasadnienia nakazywało uznać żądanie powoda za nieuzasadnione. Odnośnie zarzutu nieważności postanowienia, pozwany podkreślił, iż postępowanie o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone nie jest właściwym trybem do określania takiego skutku. Dodatkowo, powód nie wyjaśnił w jaki sposób kwestionowana klauzula była sprzeczna z przepisami prawa, w szczególności z treścią art. 805 k.c. Powołanie się na orzecznictwo Sądu Najwyższego w przedmiocie art. 362 k.c. było niewystarczające dla uzasadnienia tej oceny. Dalej idąc, przywoływanie wyłączenia możliwości stosowania instytucji przyczynienia się poszkodowanego na gruncie umowy ubezpieczenia mienia było bezprzedmiotowe, ponieważ zakwestionowane postanowienie nie odwoływało się do przepisu art. 362 k.c. Pozwany wyjaśnił również, że postanowienie będące przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu zostało wprowadzone celem dostosowania wzorca do stanu prawnego ukształtowanego wyrokiem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 23 października 2003 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 45/02 i umieszczenia wyraźnego wskazania, że zmniejszenie odszkodowania lub odmowa jego wypłaty może nastąpić wyłącznie w granicach określonych przepisami kodeksu cywilnego<sup>32</sup>. Zdaniem pozwanego z treści zakwestionowanej klauzuli nie wynikało, że jakiegokolwiek przyczynienie się poszkodowanego do szkody uprawniało do obniżenia odszkodowania. Wręcz odwrotnie, w zapisie umownym wyraźnie wskazano, że zmniejszenie odszkodowania lub odmowa jego wypłaty może nastąpić jedynie w granicach określonych przez przepisy art. 815 k.c., art. 816 k.c. i art. 826 k.c. Ponadto postanowienie to wprost odwoływało się do innego postanowienia umownego (§ 19 o.w.u.) stanowiąc, że ujemne skutki dotyczące wysokości odszkodowania mogą nastąpić jedynie wtedy, gdy nie zostaną zachowane przez ubezpieczającego wymogi i zasady postępowania w razie szkody. Sankcja przewidziana w o.w.u. miała zastosowanie w przypadku niewykonania obowiązków związanych z postępowaniem po powstaniu szkody, które określa art. 826 k.c. Odwołanie się do zapisów kodeksowych dających możliwość i określających zakres zmniejszenia lub odmowy wypłaty odszkodowania wskazywało, iż intencją autora o.w.u. było działanie w granicach wyznaczonych przez przepisy prawa. Klauzula nie dotyczyła więc przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody, lecz świadomego utrudniania postępowania likwidacyjnego. Zakwestionowane postanowienie o.w.u. w żadnym stopniu nie kształtowało praw i obowiązków konsumenta sprzecznie z dobrymi obyczajami i nie naruszało interesów konsumentów.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powód nie wykazał, że zakwestionowane postanowienie umowne posiadało cechy klauzuli abuzywnej określonej w definicji ustawowej. Sąd I instancji podzielił stanowisko pozwanego ubezpieczyciela, że treść tego postanowienia umownego powinna być analizowana w powiązaniu z zawartym we wzorcu

---

<sup>32</sup> Opis tego postępowania i uzasadnienia wyroku znajduje się na s. 8-9 Raportu.

umowy komentarzem do zapisu oraz z innymi postanowieniami o.w.u. i przepisami kodeksu cywilnego, do których odwołanie znajduje się w przedmiotowym zapisie wzorca. Kwestionowana klauzula, jak również § 19 o.w.u., do którego się odwoływała, znajdowała się w rozdziale wzorca zatytułowanym „postępowanie w razie szkody”. § 19 o.w.u. określał jakie akty staranności należało spełnić w przypadku powstania szkody. W tej sytuacji kwestionowane postanowienie wiązało sankcję zmniejszenia odszkodowania lub jej odmowy z przyczynami niezachowania przez konsumenta przedmiotowych aktów staranności. Zaskarżone postanowienie zawierało więc wyraźną informację o sposobach postępowania w razie powstania szkody i skutkach, jeżeli kierowca ubezpieczonego samochodu, ubezpieczony lub osoba działająca w jego imieniu odstąpi od wykonania tych czynności. Nie można zatem było uznać, iż ten zapis umowy upoważniał ubezpieczyciela do jednostronnej oceny zachowania się ubezpieczonego i stwierdzania, czy przyczynił się on do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów, w oparciu o niejasne, niesprecyzowane kryteria, a następnie do odmowy wypłaty odszkodowania. W ocenie Sądu I instancji kwestionowane postanowienie umowne i towarzyszący mu komentarz wyraźnie wiązały możliwość odmowy wypłaty odszkodowania z określonym zachowaniem się poszkodowanego, uniemożliwiającym lub utrudniającym ustalenie okoliczności powstania i rozmiaru szkody. Zapis taki był zgodny z bezwzględnie obowiązującymi przepisami kodeksu cywilnego, tj. z art. 826 k.c., jak również z przepisami art. 815 k.c. i art. 816 k.c., które wiązały możliwość regulowania wysokości odszkodowania w zależności od stopnia przyczynienia się poszkodowanego do powstania szkody. Z powyższych względów Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów stwierdzając, że kwestionowane postanowienie nie spełniało cech klauzuli abuzywnej, określonych w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i uznając, że brak było podstaw do uwzględnienia żądania powoda, oddalił powództwo jako bezzasadne.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji od wyroku SOKiK, zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, iż uznał zakwestionowane postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami. Zdaniem SA w Warszawie, wbrew ustaleniom poczynionym przez Sąd I instancji, nie można było uznać, iż zaskarżone postanowienie dotyczyło tylko sytuacji, gdy odmowa wypłaty odszkodowania była wynikiem niezachowania aktów staranności ubezpieczonego przy likwidacji szkody. Wykładnia językowa tego postanowienia umownego wskazywała, że ubezpieczyciel był uprawniony do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego zmniejszenia, gdy ubezpieczony nie dopełnił aktów staranności wymienionych w § 19 o.w.u., a w szczególności przyczynił się do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów. Określenie „w szczególności” dawało podstawę do przyjęcia, iż zakreślony postanowieniem zbiór zachowań ubezpieczonego był otwarty, ale także, że określenie to stanowiło stypizowanie określonego zachowania, będącego przesłanką redukcji lub odmowy

wypłaty odszkodowania. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie sformułowanie to nie powinno było budzić żadnych wątpliwości, że podstawą do zmniejszenia lub odmowy wypłaty odszkodowania było również przyczynienie się do powstania szkody lub zwiększenia jej rozmiarów. O ile można byłoby rozważać redukcję odszkodowania z powodu zwiększenia rozmiarów szkody wskutek zachowania się ubezpieczonego przy realizacji określonych aktów staranności, to nie sposób rozważać sytuacji, w której niezachowanie aktów staranności związanych z likwidacją szkody doprowadziłoby do powstania szkody. Słusznie zatem wskazał skarżący, że konstrukcja przepisu wprowadzała w błąd konsumentów, co do rzeczywistych intencji autora wzorca. Postanowienie to pozostawało w sprzeczności z art. 827 k.c., który jednoznacznie określa jakie i kogo zachowanie upoważnia ubezpieczyciela do odmowy wypłaty odszkodowania. Rozszerzenie zatem zakresu uprawnień przez zakład ubezpieczeń na każde postępowanie, bez względu na to czy było wynikiem umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa, stanowiło naruszenie dobrych obyczajów. Kształtowało treść stosunku obligacyjnego z naruszeniem równowagi kontraktowej stron i przekraczało zakreślone przez ustawodawcę granicę rzetelności kontraktowej twórcy o.w.u. w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta. Takie zaś ukształtowanie stosunku ubezpieczeniowego rażąco naruszało interes konsumenta. Oceniając przedmiotową klauzulę, zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, nie mogło ująć z pola widzenia jej niejednoznaczność i niezrozumiałość dla konsumenta. Pomimo przyjętego modelu tzw. przeciętnego konsumenta, konsument nie musi znać (i najczęściej nie zna) przepisów szczególnych regulujących sytuacje, w których ubezpieczyciel zwolniony jest od odpowiedzialności za powstałą szkodę. Zamieszczanie zatem postanowienia naruszającego dobre obyczaje i interes konsumenta poprzez zapewnienie ubezpieczycielowi szerszych, niż to wynikało z przepisu kodeksu cywilnego uprawnień i przy niejednoznaczności jego stosowania, musiało zostać uznane za niedozwoloną klauzulę umowną w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

### **Klauzula nr 1508.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 5 czerwca 2008 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 308/08 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„W przypadku utraty dokumentów określonych w ust. 3 i 4, zgubienia, wymiany lub dorobienia kluczyków do pojazdu, wymiany zamków, Ubezpieczający zobowiązany jest niezwłocznie zgłosić ten fakt w biurze najbliższej jednostki organizacyjnej PTU SA (oddział, filia) i uzyskać pisemne potwierdzenie tego zgłoszenia. PTU SA wydaje takie potwierdzenie po*

wykonaniu oględzin ubezpieczonego pojazdu. Niedopełnienie tego obowiązku w przypadku kradzieży pojazdu lub jego zaboru w celu krótkotrwałego użycia jest podstawą do odmowy wypłaty odszkodowania”.

Postanowienie to w dniu 6 października 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1508.

Zdaniem powoda, zakwestionowane postanowienie o.w.u. kształtowało prawa ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszało interes konsumenta. W oparciu o zakwestionowane postanowienie ubezpieczyciel uprawniony był do podejmowania obiektywnie nieuzasadnionych, arbitralnych decyzji, niepowiązanych w żaden sposób z przyczynami i skutkami wypadku ubezpieczeniowego. Odmowa odszkodowania w takiej sytuacji godziła w cel umowy ubezpieczenia, jakim jest dla ubezpieczającego zniwelowanie niekorzystnych skutków zdarzeń losowych i stanowiła o jego rażącym pokrzywdzeniu.

Pozwany wskazał, że ubezpieczający w stosunku ubezpieczenia, oprócz obowiązku świadczenia pieniężnego jest zobowiązany do wykonywania tzw. powinności, które nie są świadczeniem *sensu stricto*, jednak w przypadku ich niewykonania dają podstawę do odmowy wypłaty odszkodowania, a kwestionowana klauzula nie stanowiła niedozwolonego postanowienia umownego.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów, oceniając zaskarżone postanowienie, wskazał, że zakład ubezpieczeń ma prawo do określania katalogu obowiązków, których musi przestrzegać podmiot podlegający ochronie ubezpieczeniowej. Jednakże konstruując ten katalog nie może odrywać konsekwencji niezachowania tych obowiązków od faktycznych skutków takiego zaniechania. Określenie obowiązku ubezpieczającego w sposób przyjęty w kwestionowanym sformułowaniu nie było samo w sobie sprzeczne z dobrymi obyczajami, jak również nie naruszało interesów ubezpieczającego. Jednakże zastosowanie tak surowej sankcji, która została zawarta w drugiej części postanowienia, tj. możliwość odmowy wypłaty odszkodowania, każdorazowo warunkowane musi być istnieniem związku przyczynowego pomiędzy niedopełnieniem obowiązku a zaistnieniem szkody. Kwestionowane postanowienie takiego zastrzeżenia nie zawierało i pozwalało ubezpieczycielowi na odmowę wypłaty odszkodowania w każdym przypadku stwierdzenia naruszenia określonych w nim obowiązków, a więc również w przypadkach, w których niedopełnienie obowiązku w żaden sposób nie przyczyniło się do powstania szkody.

O abuzywnym charakterze ocenianego postanowienia przesądzała również okoliczność, iż ubezpieczyciel uzależniał naprawienie szkody od dokonania czynności, które leżały wyłącznie po jego stronie. Ubezpieczający zobowiązany był nie tylko do zgłoszenia zaistnienia okoliczności

wymienionych w postanowieniu, lecz również do uzyskania pisemnego potwierdzenia ich zgłoszenia, przy czym zgodnie z treścią ocenianego postanowienia ubezpieczyciel „wydawał potwierdzenie po wykonaniu oględzin ubezpieczonego pojazdu”. W tej sytuacji rodziły się poważne wątpliwości, co do zakresu uprawnień konsumenta w przypadku, gdy szkoda nastąpiła po zgłoszeniu zaistnienia wymienionych okoliczności, lecz przed wydaniem potwierdzenia ich zgłoszenia przez pozwanego. Nie można było wykluczyć sytuacji, gdy od chwili zgłoszenia okoliczności do wydania potwierdzenia zgłoszenia przez zakład ubezpieczeń upłynął dłuższy okres. W takim przypadku, ubezpieczający nawet po wypełnieniu ciężącego na nim obowiązku mógł zostać pozbawiony odszkodowania wyłącznie z powodu braku uzyskania potwierdzenia zgłoszenia od pozwanego zakładu ubezpieczeń, a więc z powodu okoliczności zależnych wyłącznie od ubezpieczyciela, na które ubezpieczający nie miał żadnego wpływu. Takie ukształtowanie uprawnień i obowiązków stron umowy stało w jawnej sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy podmiotów podlegających ochronie ubezpieczeniowej. Oceniane postanowienie stanowiło zatem niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

#### **Klauzula nr 1514.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 21 maja 2008 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1526/07, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 7 sierpnia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 85/07, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „Cigna Stu” S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umownego o następującej treści:

*„W razie kradzieży (zaginięcia) pojazdu Cigna Stu S.A. ustala odszkodowanie w kwocie odpowiadającej wartości pojazdu na dzień ustalania odszkodowania”.*

Postanowienie to w dniu 8 listopada 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1514.

W ocenie powoda zakwestionowane postanowienie pozwalało ubezpieczycielowi na arbitralne modelowanie swojej odpowiedzialności względem konsumenta, ponieważ dzień ustalenia wysokości odszkodowania za szkodę kradzieżową nie został w o.w.u. sprecyzowany. Dlatego też przedłużanie przez ubezpieczyciela postępowania likwidacyjnego mogło prowadzić do zmniejszenia odszkodowania dla ubezpieczonego, a więc naruszenia zasady ekwiwalentności świadczeń.



Strona pozwana wskazała na zgodność zakwestionowanego postanowienia umownego z terminami spełnienia świadczenia, o których mowa w art. 817 k.c. Przedstawiła również ocenę, że zestawienie treści zakwestionowanej klauzuli z innymi postanowieniami o.w.u., które regulowały termin likwidacji szkody i zasady ustalania wartości pojazdu, pozwalało na ustalenie chwili, w której określana była wysokość odszkodowania. Pozwany zakład ubezpieczeń podkreślił także, że przyjęte w o.w.u. rozwiązania pozostawały w zgodności z art. 363 § 2 k.c.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie (Sąd I instancji), odnosząc się do zarzutu powoda o braku ekwiwalentności świadczeń wywołany zakwestionowanym postanowieniem umownym, wskazał, że umowa ubezpieczenia nie jest umową wzajemną ze względu na element losowości stosunku ubezpieczeniowego. Wobec powyższego w stosunku ubezpieczenia nie ma mowy o ekwiwalentności świadczeń i wywody powoda o naruszeniu zakwestionowanym postanowieniem tej zasady były nietrafne. SOKiK stwierdził również, iż postanowieniami abuzywnymi nie mogą być postanowienia, które określają w sposób jednoznaczny główne świadczenia stron umowy, a za takie należało uznać klauzulę ustalającą wartość pojazdu dla celów określenia wysokości odszkodowania. Zakwestionowane postanowienie w ciągu logicznym z innymi zapisami o.w.u. było sformułowane jednoznacznie. Ponadto było zgodne z treścią art. 363 § 2 k.c. Z powyższych więc względów powództwo zasługiwało na oddalenie.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 21 maja 2008 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1526/07, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, iż uznał zakwestionowany zapis umowny za niedozwolony i zakazał jego stosowania. W ocenie SA w Warszawie trafna była ocena SOKiK, że umowa ubezpieczenia nie jest umową wzajemną, brak jest ekwiwalentności świadczeń stron, jak również to, że kwestionowane postanowienie dotyczyło świadczenia głównego stron. Jednakże oceniana klauzula była postanowieniem niedozwolonym z uwagi na jej niejednoznaczne sformułowanie. Ubezpieczyciel wskazując sposób ustalania wysokości odszkodowania nie sprecyzował na jaki dzień była ustalana wartość pojazdu. Niewątpliwie nie był to dzień powstania szkody, był to bliżej nieokreślony dzień pomiędzy 7 dniem od otrzymania przez ubezpieczyciela zawiadomienia o szkodzie, w tym bowiem terminie ubezpieczyciel zgodnie z o.w.u. zobowiązany był do wszczęcia postępowania likwidacyjnego, a dniem wypłacenia odszkodowania. Już samo użycie w postanowieniu czasownika niedokonanego sugerowało nie konkretny dzień, na który wyliczana była wartość szkody (wartość skradzionego pojazdu) a jedynie okres czasu (ustalania odszkodowania). Takie ujęcie zapisu w żaden sposób nie pozwalało na określenia tego dnia, ani sposobu w jaki można było dokonać jego określenia. Konkretnego dnia, na który wyliczana była wartość pojazdu nie można było wyinterpretować również z innych zapisów o.w.u., w szczególności z postanowień dotyczących definicji szkody

całkowitej, zasad ustalania wartości rynkowej pojazdu, czy zasad zgłoszenia szkody. Zgodnie zaś z treścią art. 385<sup>1</sup> k.c. niejednoznaczne postanowienia umowne należy uznać za niedozwolone, jeżeli kształtują one prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie brak wskazania konkretnego dnia, na który miała zostać wyliczona wartość pojazdu, mogło prowadzić do znacznej różnicy czasowej pomiędzy powstaniem szkody a dniem ustalenia odszkodowania, co w sposób oczywisty mogło wpłynąć na przyjętą ostatecznie wartość rynkową samochodu i wysokość odszkodowania. Bezprzedmiotowe, w kontekście treści pozwu, były rozważania Sądu I instancji dotyczące zarówno sposobu ustalenia wartości rynkowej samochodu, co do którego pozwany nie zgłaszał zastrzeżeń, jak również terminów wypłaty ustalonego odszkodowania, ponieważ zasady te wynikały wprost z przepisów prawa i też nie były kwestionowane. Jedyną kwestią sporną był dzień, na który miała być wyliczona wysokość odszkodowania, a do tej kwestii Sąd I instancji w ogóle się nie odniósł. Ocenę Sądu Apelacyjnego w Warszawie utwierdziło także stanowisko samego ubezpieczyciela, który poinformował, iż przed wydaniem orzeczenia doprecyzował treść kwestionowanego zapisu o.w.u.

#### **Klauzula nr 1529.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 2 lutego 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 45/04 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„W braku zapisu na sąd polubowny spory wynikające z umowy ubezpieczenia rozstrzyga sąd powszechny dla siedziby ubezpieczyciela”.*

Postanowienie to w dniu 27 listopada 2008 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1529.

W niniejszym postępowaniu strona powodowa zarzuciła powyżej wskazanemu postanowieniu umownemu naruszenie art. 385<sup>3</sup> pkt 23 oraz art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., gdyż ubezpieczyciel poprzez taki zapis narzucał rozpoznanie sporu przez sąd niewłaściwy miejscowo według ustawy.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa z uwagi na zaniechanie z dniem 31 grudnia 2003 r. stosowania o.w.u., które zawierało zakwestionowaną klauzulę Dodatkowo, wprowadzenie do treści wzorca klauzuli prorogacyjnej nie było działaniem niedozwolonym.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 23 k.c.<sup>33</sup> W sytuacjach bowiem, w których siedziba ubezpieczonego i miejsce wykonania umowy były położone poza siedzibą okręgu sądu właściwego ze względu na siedzibę pozwanego, powyższy zapis narzucał rozpoznanie sprawy przez sąd, który wedle ustawy nie był miejscowo właściwy. Wbrew stanowisku pozwanego, nie można uznać, że do wprowadzenia takiego zapisu upoważniał art. 7a ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (w okresie jej obowiązywania, tj. do dnia 1 stycznia 2004 r.). Przepis ten stanowił, że spory wynikające z umów ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe dla siedziby osoby ubezpieczonej lub uprawnionej do odszkodowania, jeżeli umowa ubezpieczenia albo ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią inaczej. Zasada swobody umów pozwala na wprowadzenie do treści wzorca umowy klauzuli prorogacyjnej. W obrocie konsumenckim zasada ta ulega jednak ograniczeniu poprzez treść art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Możliwe zatem było zawarcie w o.w.u. klauzuli prorogacyjnej, ale tylko takiej, która nie narzucała rozpoznania spraw przed sądem, który wedle ustawy nie był miejscowo właściwy (np. sąd miejsca wykonania umowy). Odnośnie natomiast wniosku o oddalenie powództwa z uwagi na wycofanie o.w.u. z obrotu, Sąd uznał, iż twierdzenie to nie zostało w postępowaniu poparte żadnymi dowodami.

Przedmiotem postępowania w sprawie sygn. akt XVII AmC 4/04 była również kontrola abstrakcyjna postanowienia wzorca umowy o treści: „*Ponadto ochroną ubezpieczeniową nie są objęte (...) przedmioty służące działalności handlowej, usługowej lub produkcyjnej*”. Strona powodowa zarzuciła temu postanowieniu, iż zawierało ono błąd logiczny, który polegał na objęciu ochroną ubezpieczeniową rzeczy wyłączonych z obrotu (*res extra commercium*), co w konsekwencji godziło w dobre obyczaje i rażąco naruszało interesy konsumentów. W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie określające główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, może być uznane za klauzulę niedozwoloną, jeżeli nie zostało sformułowane w sposób jednoznaczny. Przytoczony powyżej zapis w sposób jednoznaczny i zrozumiały określał świadczenie główne ubezpieczyciela (zakres ubezpieczenia). Nie mógł być zatem uznany za niedozwolony w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. SOKiK wskazał również, że obok rzeczy wyłączonych z obrotu istnieją rzeczy dopuszczone do obrotu, które nie służą do działalności handlowej, usługowej lub produkcyjnej (np. służące do zaspokajania osobistych potrzeb uprawnionego). Nic też nie stoi na przeszkodzie, aby przedmiotem ubezpieczenia były rzeczy wyłączone z obrotu.

---

<sup>33</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 23 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które wyłączają jurysdykcję sądów polskich lub poddają sprawę pod rozstrzygnięcie sądu polubownego

## **Klauzula nr 1581 i 1582.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 maja 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 83/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Compensa S.A. w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umowy o następującej treści:

- *„W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia przez którąkolwiek ze stron, składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, jeżeli w okresie ubezpieczenia nie nastąpiła wypłata odszkodowania lub Compensa nie jest zobowiązana do jego wypłaty”.*

Postanowienie to w dniu 30 marca 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1581.

- *„W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia przez którąkolwiek ze stron, składka za niewykorzystany okres ubezpieczenia podlega zwrotowi tylko wtedy, jeżeli w okresie ubezpieczenia nie nastąpiła wypłata odszkodowania (świadczenia) lub Compensa nie jest zobowiązana do jego wypłaty”.*

Postanowienie to w dniu 30 marca 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1582.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powyżej wskazane klauzule umowne stanowiły niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., ponieważ kształtowały prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Jednocześnie, zakwestionowane postanowienia wyczerpywały znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 13 k.c., przewidywały bowiem utratę prawa żądania zwrotu świadczenia konsumenta spełnionego wcześniej, niż świadczenie kontrahenta, gdy strony wypowiadają, rozwiązują lub odstępują od umowy. Kwestionowane zapisy wprowadzały ogólną regułę niezwracania konsumentowi składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia w razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia przez którąkolwiek ze stron, w przypadku gdy w okresie ubezpieczenia nastąpiła wypłata odszkodowania lub gdy ubezpieczyciel był zobowiązany do jego wypłacenia. Dotyczyły zarówno sytuacji, w której odstąpienie od umowy ubezpieczenia, bądź jej wypowiedzeniu nastąpiło po zajściu szkody całkowitej, jak i sytuacji, w której odstąpienie od umowy, bądź jej

---

polskiego lub zagranicznego albo innego organu, a także narzucają rozpoznanie sprawy przez sąd, które są ze sobą sprzeczne.

wypowiedzenie nastąpiło po zajściu szkody częściowej. Zdaniem powoda, przedmiotowe postanowienia umowne znacząco niekorzystnie kształtowały sytuację ekonomiczną konsumenta oraz prowadziły do ukształtowania stosunku zobowiązaniowego w sposób nierównorzędny.

W ocenie powoda zapisy umowne, które przewidywały zatrzymanie przez zakład ubezpieczeń składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nie znajdowały żadnego uzasadnienia, a ponadto były sprzeczne z przepisem art. 813 § 1 k.c., który ustanawiał ogólną zasadę, iż składkę ubezpieczeniową należy obliczać za czas trwania odpowiedzialności. Przepis ten nakazywał zachowanie równowagi pomiędzy świadczeniem konsumenta a świadczeniem przedsiębiorcy. Zakładowi ubezpieczeń nie należała się składka za okres, w którym ochrona ubezpieczeniowa nie była już świadczona. Z kolei konsumentowi należał się zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia. Nastąpiło więc zachwianie równowagi obu stron ubezpieczenia, co przesądzało o ich abuzywnym charakterze. Naruszenie interesów konsumentów było szczególnie rażące w przypadku, gdy odstąpienie od umowy ubezpieczenia, bądź jej wypowiedzenie nastąpiło po zajściu szkody częściowej i po wypłacie odszkodowania równego niewielkiemu ułamkowi sumy ubezpieczenia. W takim przypadku zakład ubezpieczeń zastrzegł sobie prawo do zachowania całości uiszczonej przez konsumenta składki, przy jednoczesnym uwolnieniu się od odpowiedzialności z tytułu ochrony ubezpieczeniowej za dalszy okres trwania umowy ubezpieczenia. W takiej też sytuacji konsument musiał zawrzeć nową umowę i po raz drugi zapłacić za ten sam czas ochrony ubezpieczeniowej.

Strona pozwana wskazała, że analogiczne rozwiązanie jak w zakwestionowanych postanowieniach umownych zastosowane zostało przez ustawodawcę w przepisach art. 41 ust. 2 i 3 oraz art. 56 ust. 2 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK. Pozwany wskazał również, że przyjęcie argumentacji powoda doprowadziłoby do sytuacji, w której pozycja konsumenta po wypłacie pełnej sumy ubezpieczenia za szkodę wskutek zdarzenia, które nastąpiło np. w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia, byłaby nadmiernie uprzywilejowana, a po stronie zakładu ubezpieczeń doszłoby do zaburzenia równowagi pomiędzy przyjętym rachunkiem ekonomicznym (cena za ubezpieczenie) i rzeczywistym przychodem z kontraktu. Nie było również podstaw do oceny wyżej wymienionych postanowień w świetle przepisu art. 385<sup>3</sup> pkt 13 k.c., ponieważ przepis ten nie mógł mieć zastosowania do umowy ubezpieczenia, której naturą jest opłacenie składki przez ubezpieczającego, jako warunku rozpoczęcia „materialnego biegu ubezpieczenia”.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienia, które ustanawiały ogólną regułę niezwracania ubezpieczającemu składki za niewykorzystany okres ochrony w razie odstąpienia od umowy lub jej wypowiedzenia przez którąkolwiek ze stron w przypadku, gdy nastąpiła wypłata odszkodowania lub gdy ubezpieczyciel był zobowiązany do jego wypłacenia,

nie znajdowały żadnego uzasadnienia i prowadziły do ukształtowania stosunku ubezpieczenia w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Zdaniem SOKiK, art. 805 § 1 k.c. określa główne, ekwiwalentne świadczenia stron umowy ubezpieczenia. Świadczeniem ubezpieczającego jest zapłata składki. Natomiast świadczeniem ubezpieczyciela, które odpowiada świadczeniu ubezpieczającego jest udzielanie ochrony ubezpieczeniowej, polegającej na zobowiązaniu się do wypłaty odszkodowania w razie nastąpienia określonego zdarzenia. Koniecznym elementem każdej umowy ubezpieczenia jest określenie czasu trwania ochrony ubezpieczeniowej. Ochrona ta trwa przez cały okres obowiązywania umowy niezależnie od faktu, czy w tym okresie nastąpiło, czy też nie zdarzenie objęte ochroną. Świadczenie w postaci udzielania ochrony ubezpieczeniowej może zostać uznane za spełnione dopiero po upływie okresu, na który została zawarta umowa. W przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenia mamy do czynienia z sytuacją, w której świadczenie ubezpieczającego, polegające na zapłaceniu składki, spełnione zostało w całości, natomiast świadczenie zakładu ubezpieczeń, polegające na udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej, spełnione zostało tylko w części. W takim przypadku ubezpieczyciel, który uzyskał świadczenie ubezpieczającego na mocy zakwestionowanych postanowień o.w.u. zwalniał się z obowiązku spełnienia świadczenia ekwiwalentnego, uzyskując tym samym, kosztem ubezpieczającego, niczym nieuzasadnione korzyści. Takie ukształtowanie praw i obowiązków obu stron umowy było oczywiście sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta. Zakwestionowane zapisy stanowiły zatem niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Zdaniem SOKiK klauzule te wyczerpywały wprost przesłanki typowej klauzuli abuzywnej wymienionej przez ustawodawcę w art. 385<sup>3</sup> pkt 13 k.c. – przewidywały bowiem utratę prawa żądania zwrotu niewykorzystanej części świadczenia konsumenta spełnionego wcześniej niż świadczenie kontrahenta, gdy strony wypowiedają lub odstępują od umowy.

### **Klauzula nr 1583.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 maja 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 83/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń Compensa S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Wysokość odszkodowania pomniejsza się o procent udzielonej zniżki za zastosowanie dodatkowych zabezpieczeń, jeżeli nie zadziałały one w momencie zajścia zdarzenia, które spowodowało szkodę”.*

Postanowienie to w dniu 30 marca 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1583.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów powyżej wskazany zapis umowny stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., ponieważ kształtował prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. O abuzywnym charakterze zapisu przesądzało uprawnienie ubezpieczyciela do obniżenia wysokości odszkodowania w każdym przypadku niezadziałania dodatkowych zabezpieczeń, bez względu na przyczyny ich niezadziałania, tj. zarówno w sytuacji, gdy przyczyna niezadziałania leżała po stronie konsumenta, jak również w sytuacji, gdy zabezpieczenia te nie zadziałały z powodów niezależnych od konsumenta.

Zdaniem pozwanego przyjęcie argumentacji przedstawionej przez powoda doprowadziłoby do sytuacji, w której ubezpieczający byłby wolny od jakichkolwiek obowiązków dotyczących zabezpieczenia przedmiotu ubezpieczenia, w tym do zachowania należytej staranności. Brak aktywacji takiego urządzenia nie mógłby stanowić przesłanki umożliwiającej zmniejszenie odszkodowania. Intencją zakładu ubezpieczeń przy konstruowaniu zapisu było udzielenie zniżki ubezpieczającym za określony poziom zabezpieczenia mienia, który zmniejszał ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Pozwany podkreślił, iż żaden zapis stosowanych o.w.u. nie stawiał dla wypłaty świadczenia warunku w postaci skutecznego działania zabezpieczeń, a dodatkowo kwestionowane postanowienie odnosiło się do głównego świadczenia stron i nie mogło być przedmiotem kontroli abstrakcyjnej.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o abuzywnym charakterze zakwestionowanego zapisu przesądził fakt, iż zastrzeżenie zakładu ubezpieczeń o obniżeniu wysokości odszkodowania miało charakter kategoryczny i dotyczyło każdego przypadku niezadziałania zabezpieczeń, bez względu na to, z jakich przyczyn one nie zadziałały. Zdaniem SOKiK, o ile zastrzeżenie zmniejszenia odszkodowania w przypadku, gdy urządzenia nie zadziałały z powodów zależnych od konsumenta, znajdowało swoje uzasadnienie, o tyle zmniejszenie odszkodowania w sytuacji, gdy ubezpieczający zachował maksimum należytej staranności, a urządzenia nie zadziałały z przyczyn niezależnych od niego było nieuzasadnione i nie mieściło się w granicach dobrych obyczajów. SOKiK w uzasadnieniu wyroku wyraźnie podkreślił, że decyzja o przyznaniu zniżki za zastosowanie określonych zabezpieczeń należy zawsze do ubezpieczyciela, zatem to on określa, jakie urządzenia przyczynić się mogą do zmniejszenia ryzyka wystąpienia szkody, co uzasadnia udzielenie zniżki. Wskazując konsumentowi katalog zabezpieczeń, których zastosowanie wiąże się ze zmniejszeniem ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego, a zarazem zmniejszeniem wysokości składki, ubezpieczyciel powinien przyjąć na siebie ryzyko związane z niezadziałaniem określonego

urządzenia z przyczyn technicznych, pomimo dochowania należytej staranności przez ubezpieczającego. Przerzucanie takiego ryzyka na konsumenta, który w związku zainstalowaniem urządzeń zabezpieczających poniósł określone nakłady było niedopuszczalne. Niezadziałanie urządzenia zabezpieczającego mogło być również wynikiem działania osób trzecich. W takiej sytuacji zmniejszenie odszkodowania z powodu niezadziałania dodatkowego zabezpieczenia nie znajdowało żadnego uzasadnienia. Konsument, który poniósł określone nakłady w związku z zainstalowaniem dodatkowego zabezpieczenia, a ponadto dochował maksimum należytej staranności, aby urządzenie zadziało w odpowiednim momencie, nie może być obciążony ujemnymi skutkami przestępczego działania osób trzecich. Mając powyższe okoliczności na uwadze, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, iż kwestionowane postanowienie spełniało przesłanki klauzuli niedozwolonej w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

### **Klauzula nr 1652.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 4 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 48/08, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Koszt części zamiennych z uwzględnieniem procentowo ustalonego rynkowego ubytku wartości części – nie przekraczającego procentowo ustalonego poziomu ubytku wartości rynkowej pojazdu ustalonego przez TUiR WARTA S.A. – określonego w kalkulacji naprawy”.*

Postanowienie to w dniu 22 lipca 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1652.

W ocenie strony powodowej postanowienie to nie określało żadnych obiektywnych reguł, na podstawie których ubezpieczony mógł ustalić jakiej wysokości amortyzacji może się spodziewać w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Jedynym kryterium była arbitralna decyzja ubezpieczyciela. Z tych względów postanowienie to wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 4 i 9 k.c. Powód podkreślił, że co do zasady przyjmowanie amortyzacji na części w polisach AC nie jest samo przez się postanowieniem niedozwolonym, jednakże autor o.w.u. powinien wprost określić w jakim procencie amortyzacja ta będzie przyjmowana przy ustalaniu wysokości odszkodowania. Niedopuszczalna jest taka konstrukcja zapisu, w której jedynym podmiotem uprawnionym do stwierdzenia wielkości pomniejszenia odszkodowania z tego tytułu będzie zakład ubezpieczeń. Powód wskazał również, że zakwestionowany zapis pozostawał w jaskrawej sprzeczności z przepisami prawa, chociażby z



art. 805 k.c. Skoro ubezpieczony - konsument opłaca składkę w określonej wysokości, to powinien móc na podstawie zawartej umowy przewidzieć jakie odszkodowanie w przypadku szkody częściowej będzie w stanie uzyskać. Gdyby konsument wiedział, iż za określoną składkę otrzyma mniejsze o 38,5% od kosztów naprawy odszkodowanie, to mógłby skorzystać z oferty konkurencji, gdzie za podobną, czy mniejszą składkę, amortyzacja określona zostałaby na poziomie 20%. W opinii powoda konstrukcja o.w.u. wprowadzała klientów pozwanego w błąd co do rzeczywistych intencji wpływających z tak określonego postanowienia a praktyką działania pozwanego zakładu ubezpieczeń. Co więcej, posługiwanie się dla wprowadzania w błąd zmodyfikowanym programem Infoexpert, bez informowania o tej okoliczności było już działaniem na tyle zaawansowanym, że nawet podmioty zajmujące się na co dzień ubezpieczeniami dały się zwieść co do zgodności ustalanego uszczerbku przez ubezpieczyciela z kryteriami obiektywnymi.

W ocenie strony pozwanej zakwestionowana klauzula nie była sprzeczna z dobrymi obyczajami i nie naruszała interesów konsumentów. Ustalenie ubytku wartości części nie było dokonywane w sposób dowolny. Na zlecenie ubezpieczyciela został opracowany program komputerowy jako narzędzie w zakresie wyceny ubytku wartości części będącego pochodną ubytku wartości rynkowej pojazdu. Opracowany program był na pewno bardziej obiektywny niż zasady stosowane na rynku, gdyż wprowadzał zróżnicowane elementy do wyceny oraz ustalał ubytek wartości na wskazany dzień. Ubezpieczyciel nie mógł podawać konsumentom w chwili zawierania umowy informacji, w jakiej wysokości przyjmie wskaźnik amortyzacji, gdyż nie był on wartością stałą, lecz zgodnie z o.w.u. obliczany był na dzień ustalenia wysokości szkody i indywidualnie dla danego pojazdu. Jeżeli szkoda wystąpiła w pierwszym miesiącu użytkowania pojazdu to wskaźnik ten był mniejszy, niż gdyby szkoda wystąpiła w dziewiątym miesiącu jego użytkowania. Wyliczenie ubytku wartości w oparciu o specjalnie stworzone do tego narzędzie, jakim jest program komputerowy, przeczy zarzutom o dowolności i braku reguł przy ustalaniu stopnia amortyzacji. Wartość ubytku przenoszona była następnie do formularza kalkulacji naprawy pojazdu w systemie Audatex i przedstawiana klientowi jako jeden z jej elementów. Wszystkie elementy kalkulacji naprawy, a za taki był traktowany zgodnie z o.w.u. również ubytek wartości części, wyliczone były na dzień ustalania wysokości szkody, przy użyciu arkuszy kalkulacyjnych programów komputerowych (Audatex) a ich wysokość nigdy nie jest znana w momencie zawierania umowy.

Strona pozwana podniosła także, że ustalanie wysokości szkody i odszkodowania jest ustawowym obowiązkiem zakładu ubezpieczeń, który wynika z art. 3 ust. 5 pkt 2 i art. 16 ust. 1

ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej<sup>34</sup>. Stąd też zarzut, iż ubezpieczyciel był uprawniony do dokonywania wiążącej interpretacji umowy nie znajdował uzasadnienia. Obowiązek ustalenia wysokości szkody i odszkodowania jest obowiązkiem nałożonym przez ustawodawcę, a klient ma możliwość odwołania się od ustaleń w trybie skargowym, wskazanym w o.w.u. Obowiązek ustawowy nie może być traktowany jako klauzula abuzywna, rozumiana jako uprawnienie do wiążącej interpretacji umowy. Sama treść klauzuli dotycząca technicznych zasad ustalania wysokości szkody mogła być mało zrozumiała, lecz nie oznaczało to, że posiada walor abuzywności.

W ocenie SOKiK zakwestionowana klauzula stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., albowiem spełniała przesłanki określone w art. 385<sup>3</sup> pkt 4 i 9 k.c.<sup>35</sup> Nie wskazywała żadnych reguł, na podstawie których ustalało się poziom amortyzacji. Nie zawierała żadnych obiektywnych kryteriów, na podstawie których ubezpieczający mógł ustalić w jakiej wysokości amortyzacji może się spodziewać w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Procent amortyzacji był zależny wyłącznie od jednostronnej i arbitralnie ustalonej decyzji zakładu ubezpieczeń. Ubezpieczyciel w sposób dowolny mógł ustalić procentową wartość ubytku pojazdu. Jedynym zatem podmiotem uprawnionym do interpretacji przedmiotowego zapisu był ubezpieczyciel, a konsumenci nie mieli żadnego wpływu na decyzję w tym zakresie. Zdaniem SOKiK postanowienie to było zbyt ogólne a przy tym niejednoznaczne, przez co umożliwiało zbyt dużą swobodę ubezpieczyciela przy ustaleniu wartości amortyzacji, której konsument nie mógł przewidzieć, a następnie zweryfikować jej zasadności. SOKiK w uzasadnieniu wyroku wskazał także, że postanowienie umowne, w którym przyjmuje się amortyzację na ceny części zamiennych, nie stanowi jeszcze samo w sobie niedozwolonego postanowienia umownego, ale pod warunkiem, iż sposób jej ustalania jest jasno i czytelnie wskazany we wzorcu umownym. Posługiwanie się przedmiotowym postanowieniem dawało natomiast ubezpieczycielowi możliwość dokonania wiążącej interpretacji umowy. To do ubezpieczyciela należała ostateczna ocena, jaki będzie ostateczny procent ubytku wartości części

---

<sup>34</sup> Zgodnie z art. 3 ust. 5 pkt 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej czynnościami ubezpieczeniowymi, jeżeli są one wykonywane przez zakład ubezpieczeń, jest ustalanie wysokości szkód oraz rozmiaru odszkodowań oraz innych świadczeń należnych uprawnionym z umów ubezpieczenia lub umów gwarancji ubezpieczeniowych. Stosownie do art. 16 ust. 1 tejże ustawy po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

<sup>35</sup> Art. 385<sup>3</sup> pkt 4 k.c.: W razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które przewidują postanowienia, z którymi konsument nie miał możliwości zapoznać się przed zawarciem umowy.

zamiennych. Skutkiem dokonywania wiążącej interpretacji przez zakład ubezpieczeń było to, iż konsument o bardzo istotnej dla siebie okoliczności, jaką jest sposób ustalania odszkodowania, dowiadywał się dopiero po zaistnieniu wypadku ubezpieczeniowego. Powyższe postanowienie umowne, w ocenie SOKiK, prowadziło więc do nierównomiernego rozłożenia praw i obowiązków stron umowy ze szkodą dla konsumenta. Stanowiło nadużycie przewagi kontraktowej ubezpieczyciela, jako profesjonalisty, względem konsumenta i przyznawało zakładowi ubezpieczeń przewagę w łączącym ich stosunku ubezpieczenia. SOKiK podkreślił również, że skoro pozwany jako profesjonalista, prowadzi działalność gospodarczą nastawioną na zysk, to ponosi również ryzyko gospodarcze z tą działalnością związane. Trudno zatem zaakceptować przenoszenie tego ryzyka gospodarczego na konsumenta, gdyż jest to sprzeczne z dobrymi obyczajami. Przedmiotowa klauzula godziła więc w równowagę kontraktową i prowadziła do nieusprawiedliwionej dysproporcji praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta. W ocenie SOKiK, takie ukształtowanie stosunku prawnego we wzorcu umownym nie znajdowało żadnego uzasadnienia i w sposób rażąco naruszało interesy ekonomiczne konsumentów, jak również kształtowało ich prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami.

#### **Klauzula nr 1654.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 lutego 2009 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 252/08 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Interrisk Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe w okolicznościach innych, niż podano w zgłoszeniu szkody”.*

Postanowienie to w dniu 25 lipca 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1654.

W opinii powoda postanowienie to kształtowało prawa ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumenta. Mogło prowadzić do sytuacji, w której ubezpieczyciel dowolnie wykonywał swoje obowiązki umowne, bez względu na faktyczny związek pomiędzy zaistniałą szkodą, a niedopełnieniem tego obowiązku. Do zwolnienia się z odpowiedzialności wystarczyło jedynie to, że ubezpieczony podał inne okoliczności wypadku, niż faktyczny przebieg zdarzenia, bez względu na przyczynę zaistniałych rozbieżności.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa z uwagi na wycofanie z dniem 1 grudnia 2008 r. z obrotu konsumenckiego o.w.u., które zawierały zakwestionowane postanowienie.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis ten stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Nie jest dobrym obyczajem kupieckim w umowach ubezpieczenia autocasco, tj. postępowaniem rzetelnym i uwzględniającym tylko interesy kontrahenta, uzależnianie odpowiedzialności kontraktowej pozwanego od prawidłowego wypełnienia dokumentu zgłoszenia szkody. Czynność ta jest tylko jednym z dokumentów, na podstawie którego powinna być oceniana zasadność oraz zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Błędne jego wypełnienie nie może wprost prowadzić do wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Samo podanie innych okoliczności nie może stanowić automatycznej podstawy do odmowy uznania roszczenia, jeśli nie towarzyszą temu okoliczności skutkujące brakiem ochrony ubezpieczeniowej. Gdyby ubezpieczyciel wykazał, że w ustalonych przez niego okolicznościach wypadku w istocie ochrona ubezpieczeniowa nie powinna przysługiwać ubezpieczonemu, to wtedy takie wyłączenie odpowiedzialności byłoby uzasadnione. Przyjęte i stosowane do dnia 1 grudnia 2008 r. rozwiązanie przyznawało ubezpieczycielowi prawo do odmowy udzielania ochrony ubezpieczeniowej w sytuacji, gdy obiektywnie rzecz biorąc przysługiwała ona kontrahentowi. Umowa autocasco z takim postanowieniem prowadziła do sytuacji, w której ubezpieczyciel nie ponosiłby odpowiedzialności kontraktowej mimo istnienia jej obiektywnych przesłanek. Tym samym został naruszony interes majątkowy konsumenta.

### **Klauzula nr 1682.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 25 sierpnia 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 90/06 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „Cardif Polska” S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Wypłata świadczenia z tytułu niniejszej opcji dodatkowej powoduje zakończenie Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej”.*

Postanowienie to w dniu 28 września 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1682.

W ocenie powoda klauzula ta stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Przedmiotem umowy ubezpieczenia było życie i zdrowie ubezpieczonego, natomiast zakres ubezpieczenia obejmował śmierć ubezpieczonego w trakcie

trwania umowy. Zakres ubezpieczenia mógł objąć dodatkowe ryzyko w postaci poważnego zachorowania. W przypadku objęcia umową tego ryzyka i zajścia wypadku ubezpieczeniowego ubezpieczyciel zobowiązywał się do wypłaty świadczenia w wysokości połowy sumy ubezpieczenia. Przedmiotowe postanowienie umowne pozwalało ubezpieczycielowi na uznanie, że spełnienie świadczenia z tytułu opcji dodatkowej (poważnego zachorowania) było tożsame ze spełnieniem świadczenia głównego w razie śmierci ubezpieczonego i uprawniało do zakończenia umowy ubezpieczenia. W opinii powoda, zaistnienie w trakcie realizacji umowy poszczególnych zdarzeń, objętych ubezpieczeniem dodatkowym, wywołuje obowiązek spełnienia świadczeń tylko z tytułu tych zakresów ubezpieczenia, i które nie mogą być traktowane na równi z zrealizowaniem głównego przedmiotu umowy w całości. Zdarzenia te nie powinny także wywoływać skutku w postaci wygaśnięcia umowy, przynajmniej do momentu wypłaty na rzecz ubezpieczonego sumy ubezpieczenia w wysokości 100% jej wartości.

Strona pozwana nie zgodziła się ze stanowiskiem, iż w każdym przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na życie niedopuszczalne było takie ukształtowanie stosunku ubezpieczenia, w którym jego zakończenie nastąpiłoby w rezultacie realizacji innego świadczenia, niż świadczenie zastrzeżone na wypadek śmierci. *Essentialia negotii* umowy ubezpieczenia określone zostały w art. 805 k.c. W przypadku ubezpieczenia osobowego świadczenie zakładu ubezpieczeń polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Kwestia określenia wypadku ubezpieczeniowego w poszczególnych stosunkach ubezpieczenia pozostawiona jest umowie oraz o.w.u, natomiast art. 829 k.c. nie wyklucza możliwości powoływania kolejnych rodzajów ubezpieczeń osobowych. Taką właśnie konstrukcję przyjęto w przedmiotowych warunkach ubezpieczenia i która jest w pełni dopuszczalna. Zapis umowny przewidujący, że wypłata świadczenia z tytułu opcji dodatkowej (tj. poważnego zachorowania) powodowała zakończenie umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej, mieścił się w zakresie swobody kształtowania stosunku ubezpieczeniowego, przy uwzględnieniu wszystkich ograniczeń wynikających z kodeksu cywilnego. Ponadto jedną z podstawowych zasad w teorii prawa gospodarczego jest to, że umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu po zajściu wypadku w niej określonego. W opinii pozwanego, oferuje on świadczenie z tytułu opcji dodatkowej, tj. poważnego zachorowania, wyłącznie jako świadczenie pozwalające na przyspieszenie wypłaty świadczenia z tytułu polisy na życie. Zakład ubezpieczeń oferując takie rozwiązanie godzi się za zapłatą dodatkowej składki na wypłatę świadczenia wcześniej niż po śmierci ubezpieczonego. Ubezpieczony uzyskuje zaś uprawnienie do wypłaty środków finansowych, które mogą mu pozwolić na podjęcie leczenia, a w wielu wypadkach na uratowanie życia. Cena tak rozumianego ubezpieczenia (poważnego zachorowania) jest odpowiednio niższa

niż cena ubezpieczenia, w którym świadczenie z tytułu poważnego zachorowania jest wypłacane dodatkowo i obok świadczenia należnego na wypadek śmierci. Istotną przesłanką dla oceny tej klauzuli było również to, iż ubezpieczeni w sposób świadomy i nieograniczony decydują o rozszerzeniu zakresu ubezpieczenia, a ubezpieczyciel godzi się na objęcie ubezpieczeniem na warunkach, które są dla niego akceptowalne z punktu widzenia oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Należało zatem uznać, iż warunki handlowe oferowanego produktu ubezpieczeniowego w pełni uwzględniały interes konsumenta. Analiza zapisu prowadziła też do wniosku, iż równowaga kontraktowa stron nie została naruszona, a zatem stanowisko, iż postanowienie to rażąco naruszało interesy konsumenta i było sprzeczne dobrymi obyczajami nie znajdowało żadnego uzasadnienia.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów konsument decydując się na objęcie ubezpieczeniem ryzyka dodatkowego zawierał *de facto* osobną umowę ubezpieczenia, za co płacił wyższą składkę. Zaistnienie w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zdarzenia w postaci poważnego zachorowania ubezpieczonego rodziło po stronie ubezpieczyciela obowiązek spełnienia świadczenia tylko w tym zakresie. Wypłata świadczenia z tytułu poważnego zachorowania powinna powodować wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej tylko w zakresie tej opcji dodatkowej. Tymczasem zakwestionowane postanowienie umożliwiało zakładowi ubezpieczeń na uznanie, że spełnienie przez niego świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, a więc wypłata odszkodowania w kwocie odpowiadającej połowie sumy ubezpieczenia było tożsame ze spełnieniem świadczenia należnego w sytuacji śmierci ubezpieczonego i skutkowało wygaśnięciem ochrony ubezpieczeniowej. Zdaniem SOKiK słusznie wskazał powód, że spełnienie przez pozwanego świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzeń objętych ubezpieczeniem dodatkowym nie może być traktowane na równi ze zrealizowaniem głównego przedmiotu umowy w całości. Nie powinno także wywoływać skutku w postaci wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, przynajmniej do momentu wypłaty na rzecz konsumenta sumy ubezpieczenia w pełnej wysokości. Takie ukształtowanie stosunku prawnego we wzorcu umownym nie znajdowało żadnego uzasadnienia i w sposób rażący naruszało interesy ekonomiczne konsumentów, jak również kształtowało ich prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Z tych względów zakwestionowane postanowienie stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

### **Klauzula nr 1711.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 2 grudnia 2005 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 600/05, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 22 lutego 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 117/03,

uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umownego o następującej treści:

*„Zawiadomienia, oświadczenia i wnioski Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego związane z umową winny być doręczone na piśmie za potwierdzeniem odbioru w Biurze Głównym Towarzystwa lub listem poleconym na jego adres. Pismo Towarzystwa dostarczone pod ostatni wskazany adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego uznaje się za prawidłowo doręczone”.*

Postanowienie to w dniu 30 października 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1711.

Zdaniem powoda powyżej wskazany zapis o.w.u. stanowił niedozwolone postanowienie w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Skutkowało niedoinformowaniem konsumenta i wywoływało błędne przekonanie o trwałości umowy. Postanowienie to było niezgodne z zasadą równorzędności stron, ponieważ z jednej strony wprowadzało domniemanie dostarczenia pism ubezpieczyciela, z drugiej zaś tylko konsument zobowiązany był do doręczania pism związanych z umową za potwierdzeniem odbioru w Biurze Głównym Towarzystwa lub listem poleconym na jego adres. Rażąco naruszenie interesów konsumenta polegało na ponoszeniu dodatkowych kosztów i niepewności co do stałości treści umowy, zgody na dokonanie cesji umowy, zmiany na umowę bezskładkową, gdyż konsument mógł nie otrzymać korespondencji od zakładu ubezpieczeń z przyczyn niezależnych od niego.

Pozwany podniósł, iż zakwestionowane postanowienie reguluje kwestię techniczną jaką jest oznaczenie adresu korespondencji, a zakład ubezpieczeń nie może zwolnić się z obowiązku wykazania, iż jego oświadczenie woli doszło do konsumenta w taki sposób, by mógł się on zapoznać z jego treścią oraz nie wprowadzało szczególnych udogodnień dla zakładu ubezpieczeń kosztem konsumenta.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było jednoznaczne, nie wprowadzało w błąd konsumenta co do treści w nim zawartych. Konsument otrzymywał pełną i wyczerpującą informację o sposobie przesyłania pism zarówno kierowanych do ubezpieczyciela, jak i kierowanych bezpośrednio do konsumenta. Ubezpieczyciel wskazując, iż korespondencję do ubezpieczyciela należało kierować w określony sposób i za potwierdzeniem odbioru lub listem poleconym, zabezpieczał interesy konsumenta, który miał pewność, że dana korespondencja do ubezpieczyciela dotrze (a w razie jej zaginięcia będzie miał dowód, że określone pismo skutecznie przesłał) wywołując skutki i reakcję zakładu ubezpieczeń, zgodnie z jego treścią. Trudno również było przyjąć, żeby konsument ponosił przy tym nadmiernie

wygórowane koszty związane np. z nadaniem przesyłki na poczcie. Zapis ustanawiający domniemanie prawidłowego doręczenia nie mógł budzić żadnych wątpliwości u przeciętnego konsumenta z następujących względów. Po pierwsze, stwarzał wskazówkę dla konsumenta, że należy zawiadamiać ubezpieczyciela o każdej zmianie adresu, co pozwalało na otrzymywanie korespondencji na adres, pod którym można było ją odebrać. Po drugie, zakład ubezpieczeń znając aktualny adres konsumenta mógł skierować do niego korespondencję bez zbędnej zwłoki związanej z ustaleniem prawidłowego adresu i ponownym wysyłaniem korespondencji. Postanowienie to nie stanowiło więc niedozwolonego postanowienia wzorca umowy w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, że uznał przedmiotowe postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami. Zdaniem SA w Warszawie postanowienie to naruszało zasadę równorzędności stron umowy, gdyż określało sposób doręczenia korespondencji tylko przez konsumenta, pozostawiając ubezpieczycielowi całkowitą swobodę w wyborze sposobu przesyłania pism do konsumenta i nie stwarzało żadnej gwarancji, że zakład ubezpieczeń będzie doręczać konsumentowi korespondencję w taki sam sposób, jaki był od niego wymagany. Regulacja taka zabezpieczała jedynie interesy ubezpieczyciela, ponieważ w przypadku jakichkolwiek problemów związanych z doręczeniem korespondencji ich skutki dotyczyły przede wszystkim konsumenta. Postanowienie to mogło powodować niepewność po stronie konsumenta co do stałości treści umowy, gdyż od skutecznego doręczenia stosownego pisma były uzależnione takie zmiany, jak: wznowienie umowy, zgoda na dokonanie cesji umowy, zmiana umowy na bezskładkową, zmiana warunków ochrony ubezpieczeniowej, wysokość składki po indeksacji, itp. Brak spodziewanej korespondencji mógł powodować niepewność, czy jest to wynikiem jej niedoręczenia, czy też niewysłania jej przez ubezpieczyciela. Przeciętny konsument nie musi znać przepisów kodeksu cywilnego, w szczególności art. 61 k.c. i nie wiedzieć, czy ubezpieczyciel przy doręczeniu korespondencji stosuje te same zasady, których wymaga od konsumenta. Z tych względów za słuszny należało uznać zarzut apelacji, iż wskazane postanowienie kształtowało prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumentów.

### **Klauzula nr 1712.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 2 grudnia 2005 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 600/05, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 22 lutego 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 117/03, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umownego o następującej treści:

*„Wypłata nie zostanie dokonana, jeżeli obrażenia fizyczne powstały bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo: (...) b) w wyniku podróży łodzią podwodną, lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych odbywanego na ustalonej trasie i według zaplanowanego rozkładu.”*

Postanowienie to w dniu 30 października 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1712.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis ten mieścił się w granicach określonej przez ubezpieczycieli oceny ryzyka i związanej z tym ochrony na wypadek wystąpienia skutków zdarzeń losowych objętych ubezpieczeniem. Postanowienie to było sformułowane w sposób jednoznaczny, określało zakres ubezpieczenia w sposób nie budzący żadnych wątpliwości. Kwestionowane sformułowanie *„lot w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych odbywany na ustalonej trasie i według zaplanowanego rozkładu”* oznaczało objęcie ubezpieczeniem podróży lotniczych zgodnie z wymaganiami pasażerskiego ruchu lotniczego. Jakikolwiek zmiany w tak odbywanej podróży, niezawinione przez pasażera, nie zwalniały ubezpieczyciela od realizacji umowy ubezpieczenia. Wszelkie zmiany trasy czy rozkładu lotu, niezawinione przez pasażera, nadal odbywały się na ustalonej przez niego trasie (podróż z punktu A do punktu B) i według zaplanowanego rozkładu (dotarcie na miejsce przeznaczenia zgodnie z planem podróży). W świetle powyższego nie można było również przyjąć, iż zakwestionowane postanowienie naruszało przepisy art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c. poprzez przyznanie ubezpieczycielowi uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy i do stwierdzania zgodności świadczenia z umową.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, że uznał przedmiotowe postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami. W opinii Sądu Apelacyjnego w Warszawie sformułowanie *„z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich linii lotniczych odbywanego na ustalonej trasie i według zaplanowanego rozkładu”* oznaczało, że jakakolwiek zmiana trasy, czy godziny odlotu lub przylotu powodowała, że pasażer nie był już objęty ochroną ubezpieczeniową. Pozwany w odpowiedzi na pozew przyznał, że sformułowanie to było niefortunne, następnie zaś twierdził, że treść tego zapisu oznaczała właściwie zupełnie co innego, niż to co wynikało wprost z jego brzmienia, aby ostatecznie dowodzić, że postanowienie to dotyczyło tych klientów, którzy nigdy nie podróżują samolotami. Sąd I instancji podzielił w części argumentację pozwanego

twierdząc, że zmiana trasy lub godziny wylotu wcale nie oznaczała zmiany trasy i lot nadal odbywał się według ustalonego rozkładu, co dla Sądu Apelacyjnego w Warszawie było zupełnie niezrozumiałe. Kwestionowane postanowienie nie tylko było „niefortunne”, ale oczywiście nieprawidłowe i powinno być zmienione. Nieporozumieniem było powoływanie się przez pozwanego na treść art. 385 § 2 k.c., gdyż przepis ten dotyczy sytuacji, gdy konkretne postanowienie nie zostało zakwestionowane jako abuzywne, a jedynie budziło wątpliwości interpretacyjne. Natomiast w niniejszym przypadku kwestionowane postanowienie było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta. Niedopuszczalne było wyłączenie ochrony ubezpieczeniowej w wypadkach, na które konsument nie ma żadnego wpływu, a tak było w sytuacjach, gdy zła pogoda lub względy bezpieczeństwa spowodowały, że przewoźnik lotniczy zmienił godzinę odlotu lub trasę lotu. Przyjmując za prawdziwe twierdzenia pozwanego, iż nie miał zamiaru odmawiać ochrony ubezpieczeniowej w przypadkach niezależnych od konsumenta zmian trasy i rozkładu lotu, uznać należało, że cytowane sformułowanie uprawniało ubezpieczyciela do dokonywania wiążącej interpretacji umowy, co stanowiło klauzulę abuzywną wymienioną w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c. Zakładając natomiast, że postanowienie to wprowadzono pod kątem potrzeb klientów, którzy nie podróżują samolotami, to zauważyć trzeba było, że pozwany nie wykazał, aby składka w takim przypadku była niższa, a przede wszystkim brak było prawidłowego postanowienia dotyczącego osób podróżujących samolotami i narażonych na nieprzewidziane, a wprowadzane przez przewoźnika zmiany lotów. Zarzuty wobec omawianego zapisu nie miały nic wspólnego z przysługującym pozwanemu uprawnieniem do ograniczenia zakresu ubezpieczenia. Ograniczenia takie muszą być jednak jasne i precyzyjne oraz nie mogą wyłączać ochrony ubezpieczeniowej w sytuacjach niezależnych od woli konsumenta. Postanowienia umowne nie spełniające tych warunków muszą być uznane za niedozwolone.

#### **Klauzula nr 1713, 1714, 1715 i 1716.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 2 grudnia 2005 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 600/05, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 22 lutego 2005 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 117/03, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Amplico Life Pierwsze Amerykańsko-Polskie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji w obrocie z konsumentami postanowień wzorca umownego o następującej treści:

- *„Jeżeli niniejsza umowa dodatkowa wygaśnie lub zostanie rozwiązana w inny sposób, obowiązek opłacania składek ustaje i Towarzystwo nie ponosi z jej tytułu żadnej odpowiedzialności z wyjątkiem ewentualnego zwrotu części ostatniej składki na żądanie*

*Ubezpieczającego za okres nie objęty ochroną ubezpieczeniową oraz dodatkowych składek wpłaconych po rozwiązaniu umowy”.*

- *„Bez względu na postanowienia umowy ubezpieczenia dotyczące wieku Ubezpieczonego, zawarcie niniejszej umowy dodatkowej po dniu sześćdziesiątych pierwszych (61) urodzin Ubezpieczonego lub objętego niniejszą umową dodatkową jego współmałżonka jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych składek na żądanie Ubezpieczającego”.*
- *„Bez względu na postanowienia umowy ubezpieczenia dotyczące wieku ubezpieczonego, zawarcie niniejszej umowy dodatkowej po dniu 60-tych urodzin Ubezpieczonego jest bezskuteczne i nie rodzi żadnych zobowiązań Towarzystwa, z wyjątkiem obowiązku zwrotu otrzymanych składek na żądanie Ubezpieczającego”.*
- *„W przypadku opisanym w pkt e) Towarzystwo na życzenie Ubezpieczonego zwróci składkę w wysokości proporcjonalnej do okresu odbywania przezeń służby wojskowej”.*

Postanowienia te w dniu 30 października 2009 r. zostały wpisane do rejestru klauzul abuzywnych odpowiednio pod nr 1713, 1714, 1715 i 1716.

Zdaniem powoda postanowienia te uzależniały zwrot składki od zgłoszenia przez ubezpieczającego odrębnego żądania, natomiast zwrot składki za okres nie objęty ubezpieczeniem był obowiązkiem zakładu ubezpieczeń i nastąpić powinien niezależnie od żądania ubezpieczającego.

W opinii strony pozwanej zakwestionowane postanowienia nie ograniczały obowiązku zwrotu składki za niewykorzystaną ochronę ubezpieczeniową, określały jedynie moment, od którego roszczenie to stawało się wymagalne.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie podzielił zdania powoda, że postanowienia te z uwagi na użyte w nich sformułowania „ewentualny zwrot”, „na żądanie”, „na życzenie” były sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszały interesy konsumenta z powodu nadmiernych, nieuzasadnionych i uciążliwych formalności dla konsumenta. Zdaniem SOKiK przeciętny konsument jest w posiadaniu wiedzy, że należy mu się zwrot składki za niewykorzystaną ochronę ubezpieczeniową, czy nienależnie zapłaconych lub pobranych. Nie można było przyjąć, aby „żądanie”, czy „życzenie” ich zwrotu narażało konsumenta na nadmierną niewygodę, stratę czasu, czy wręcz wprowadzało go w błąd co do obowiązku zwrotu przez zakład ubezpieczeń kwot z tytułu nienależnych mu składek. Pomijając wywody co do wykładni przepisów kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej, których to przepisów

przeciętny konsument nie zna, to nie sposób przyjąć, aby miał on jakiegokolwiek wątpliwości co do obowiązku zwrotu należnych konsumentowi składek i brak „zgłoszenia żądania” traktował jako brak zobowiązania ubezpieczyciela w tym zakresie. Poza tym sformułowanie „na żądanie” nie wyłączało zobowiązania zakładu ubezpieczeń do zwrotu nienależnie pobranych składek.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, że uznał przedmiotowe postanowienia za niedozwolone i zakazał ich stosowania w obrocie z konsumentami. W ocenie SA w Warszawie z treści tych postanowień wynikało, że zwrot nienależnie pobranych składek nastąpi dopiero po zgłoszeniu takiego żądania przez konsumenta. Nie można było zgodzić się z twierdzeniem, iż przeciętny konsument wie, że należy mu się zwrot nienależnie pobranych składek. Nie jest to rzecz oczywista w sytuacji ogólnej, niskiej świadomości prawnej społeczeństwa. W szczególności, wątpliwości mogą dotyczyć sytuacji, w której wysokość składki za dany okres trudno wyliczyć samodzielnie i ostatecznie określa ją dopiero ubezpieczyciel. Wymóg zgłoszenia takiego żądania był formalnością nadmierną i nieuzasadnioną, zwłaszcza gdy weźmie się pod uwagę obowiązki nałożone na konsumenta co do sposobu doręczania ubezpieczycielowi korespondencji (klauzulą nr 1711), zaś sformułowanie „ewentualny” zwrot rzeczywiście sugerowało, jakoby zwrot był uzależniony od jeszcze innych nieznanych warunków. Zwrot nienależnie pobranych składek jest oczywistym obowiązkiem ubezpieczyciela. Powinien nastąpić niezależnie od inicjatywy ze strony klienta i w związku z tym zbędne jest umieszczanie w treści zapisów umownych sformułowań w rodzaju „na życzenie Ubezpieczającego”, czy też „na żądanie Ubezpieczającego”. Skoro zakład ubezpieczeń nie kwestionuje istnienia po jego stronie obowiązku zwrotu nadpłaconych składek, to powinien tak sformułować zapisy o.w.u., aby nie budziły żadnych wątpliwości w tym zakresie. Nie do przyjęcia była interpretacja przedstawiona przez ubezpieczyciela, iż wezwanie ze strony konsumenta do zwrotu nienależnie pobranych składek wyznacza datę wymagalności tego świadczenia. Pozwany całkowicie błędnie powoływał się na przepis art. 455 k.c., gdyż przepis ten wskazuje na obowiązek spełnienia świadczenia niezwłocznie po wezwaniu ze strony wierzyciela tylko wtedy, gdy termin spełnienia świadczenia nie jest oznaczony ani nie wynika z właściwości zobowiązania. W niniejszym przypadku zobowiązanie do zwrotu składki powstaje z chwilą wygaśnięcia lub niedojścia do skutku umowy ubezpieczenia. Odmienna interpretacja prowadziłaby do wniosku, że konsumentowi nie należy się zwrot składki, jeśli nie zażądałby jej wypłaty w stosowanym czasie - w takich wypadkach dochodziłoby do niesłusznego wzbogacenia się pozwanego kosztem klienta. Powyższe przyczyny spowodowały, iż Sąd Apelacyjny w pełni podzielił zarzuty apelacji co do abuzywności kwestionowanych postanowień.

## **Klauzula nr 1719.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 3 sierpnia 2009 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 249/08 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez AVIVA Towarzystwo Ubezpieczeń Ogólnych S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Nie odpowiadamy również za szkody, jeżeli doszło do niej w innych okolicznościach niż podano przy jej zgłoszeniu”.*

Postanowienie to w dniu 30 października 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1719.

W ocenie powoda postanowienie to kształtowało prawa ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Zostało skonstruowane w taki sposób, że brak było możliwości jednoznacznego zinterpretowania okoliczności wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela. Przyznawało ubezpieczycielowi całkowitą dowolność przy wykonywaniu swego obowiązku umownego, bez względu na faktyczny związek między zaistniałą szkodą a niedopełnieniem tego obowiązku. Do zwolnienia się z odpowiedzialności przez ubezpieczyciela wystarczyło jedynie podanie innych okoliczności wypadku, niż faktyczny przebieg zdarzenia i bez względu na przyczynę zaistniałych rozbieżności. Zdaniem powoda samo tylko podanie innych okoliczności nie mogło stanowić automatycznej podstawy do odmowy uznania roszczenia, jeżeli nie towarzyszyły temu inne okoliczności, które skutkowały brakiem ochrony ubezpieczeniowej. Gdyby ubezpieczyciel wykazał, iż w ustalonych przez niego okolicznościach faktycznych do wypadku rzeczywiście nie doszło to ochrona nie powinna być świadczona i taka odmowa miałaby swoje uzasadnienie. W przeciwnym wypadku istniało zbyt szerokie pole interpretacji, co było wykluczone w świetle obowiązujących przepisów prawa, w szczególności w świetle art. 12 ust. 3 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

Zdaniem strony pozwanej warunki regulujące umowę ubezpieczenia nie zawierały w swojej treści niedozwolonych postanowień umownych, nie kształtowały praw ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i nie naruszały interesów konsumentów. Zostały one opracowane w maksymalnie przyjazny sposób dla konsumenta, spotkały się one z bardzo dobrym przyjęciem zarówno przez konsumentów, jak i rynek ubezpieczeń oraz stworzyły nową, lepszą jakość produktu oferowanego konsumentom. Pozwany podniósł także, że nie można zgodzić się z twierdzeniem, iż w oparciu o to postanowienie ubezpieczyciel mógł postępować w sposób dowolny. Nieprawdziwe było twierdzenie, że do zwolnienia się z odpowiedzialności wystarczyło

jedynie podanie przez ubezpieczającego innych okoliczności wypadku niż faktyczny przebieg zdarzenia i bez względu na przyczynę zaistniałych rozbieżności. Brak stosownej wiedzy po stronie konsumenta lub niepełna wiedza o zdarzeniu nie stanowiły podstawy do odmowy wypłaty odszkodowania. Pozwany wskazał, że zgłaszanie szkód z tzw. „ustawek” jest częstą praktyką klientów zakładów ubezpieczeń. Ubezpieczyciele muszą w taki sposób formułować o.w.u., ażeby przy pełnym poszanowaniu praw konsumenta, mieć możliwość niewypłacenia odszkodowania klientom nierzetelnym. Kwestionowana klauzula nie działała automatycznie, a jej zapisy służyły jedynie ograniczeniu nieuczciwych praktyk.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwestionowana klauzula już na etapie samego zgłoszenia szkody nakładała na ubezpieczającego zbyt daleko idący obowiązek przedstawienia okoliczności zdarzenia, które miały odpowiadać faktycznemu jego przebiegowi. Uchybienie temu obowiązkowi skutkowało wyłączeniem odpowiedzialności ubezpieczyciela. Ubezpieczający był zatem zobowiązany do przedstawienia rzeczywistego przebiegu zdarzenia mimo, że – również z przyczyn przez niego niezawinionych i niezależnych – mógł nie mieć o nim pełnej wiedzy. Przykładowo, ubezpieczający mógł być przekonany, że zdarzenie miało miejsce w określonych okolicznościach i działając w dobrej wierze taką wersję zdarzenia przedstawił, a następnie w związku z przeprowadzonym postępowaniem likwidacyjnym zostało ustalone, że wypadek miał jednak inny przebieg. Zaistnienie niezgodności między tą relacją ubezpieczającego a faktycznym przebiegiem zdarzenia pociągało za sobą wyłączenie odpowiedzialności. Kwestionowana klauzula mogła zatem znaleźć zastosowanie nie tylko w przypadku, gdy ubezpieczający, próbując dokonać wyłudzenia odszkodowania, świadomie wprowadzał ubezpieczyciela w błąd, lecz również wtedy, gdy ubezpieczony z przyczyn od siebie niezawinionych minął się z prawdą w zgłoszeniu szkody. W opinii SOKiK kwestionowana klauzula kształtowała prawa i obowiązki ubezpieczającego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, ponieważ nakładała na konsumenta obowiązek przedstawienia, już na etapie zgłoszenia szkody, okoliczności, które powinny odpowiadać faktycznemu jego przebiegowi mimo, że ów konsument z przyczyn przez siebie niezawinionych mógł nie dysponować stosowną wiedzą. Jednocześnie, klauzula ta nie określała o jakie okoliczności chodziło. Ubezpieczyciel miał zatem podstawę do zwolnienia się z odpowiedzialności w związku z dostrzeżonymi rozbieżnościami pomiędzy zgłoszeniem a dokonanymi później ustaleniami mimo, że rozbieżności te były niewielkie albo dotyczyły okoliczności drugorzędnych z punktu widzenia ustalenia przebiegu zdarzenia. Powyższe dodatkowo potwierdzało, że kwestionowana klauzula kształtowała prawa ubezpieczonego w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Rażące naruszenie interesu konsumenta polegało na pozbawieniu ubezpieczonego prawa do odszkodowania tylko z tej przyczyny, że zaistniała niezgodność między jego relacją a faktycznym przebiegiem zdarzenia. W

ocenie SOKiK nie jest dobrym obyczajem kupieckim w umowach ubezpieczenia autocasco, a także postępowaniem rzetelnym uzależnianie odpowiedzialności kontraktowej od prawidłowego wypełnienia dokumentu zgłoszenia szkody. Zgłoszenie szkody jest tylko jednym z dokumentów, na podstawie którego powinna być oceniana zasadność zgłoszonego roszczenia oraz zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Błędne jego wypełnienie nie może wprost prowadzić do wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Samo podanie innych niż w zgłoszeniu, okoliczności szkody nie może stanowić automatycznej podstawy do odmowy uznania roszczenia, jeżeli nie towarzyszą temu okoliczności skutkujące brakiem ochrony ubezpieczeniowej. Gdyby ubezpieczyciel wykazał, że w ustalonych przez niego okolicznościach faktycznych ochrona ubezpieczeniowa nie powinna przysługiwać ubezpieczającemu, to wtedy takie wyłączenie odpowiedzialności byłoby w pełni uzasadnione. Zawarcie w o.w.u. tak skonstruowanego zapisu w sposób rażąco naruszało interesy konsumentów. Umowa autocasco z takim postanowieniem prowadziła do sytuacji, w której ubezpieczyciel nie ponosiłby odpowiedzialności kontraktowej mimo istnienia jej obiektywnych przesłanek. Tym samym naruszony byłby interes majątkowy powoda. W ocenie SOKiK zakład ubezpieczeń ma prawo do określenia katalogu obowiązków, których musi przestrzegać podmiot podlegający ochronie ubezpieczeniowej, jak również prawo do określenia sankcji na wypadek nie wywiązywania się z tych obowiązków. Jednakże zastosowanie tak surowej sankcji, jak odmowa wypłaty odszkodowania każdorazowo uwarunkowane musi być istnieniem związku przyczynowego pomiędzy niedopełnieniem obowiązku a zaistnieniem szkody. Kwestionowane postanowienie takiego zastrzeżenia nie zawierało, pozwalało więc pozwanemu na odmowę wypłaty odszkodowania w każdym przypadku stwierdzenia, że szkoda powstała w okolicznościach innych niż podane w zgłoszeniu szkody – a więc również w przypadkach, w których niedopełnienie obowiązku w żaden sposób nie przyczyniło się do powstania szkody. Zakwestionowane postanowienie w ogóle nie uwzględniało przyczyn zaistnienia rozbieżności pomiędzy opisem zdarzenia przedstawionym przez ubezpieczającego a ujawnionym w okresie późniejszym rzeczywistym stanem faktycznym. W konsekwencji, stosując zakwestionowane postanowienie, pozwany zastrzegł sobie możliwość wyłączenia odpowiedzialności odszkodowawczej również w przypadku, gdy podając okoliczności zdarzenia odmienne od rzeczywistych ubezpieczający dochował wszelkich aktów należytej staranności oraz dobrej wiary. Ponadto wzorzec umowny nie wskazywał, kto i w jakim trybie ustalać miał rzeczywisty stan faktyczny i weryfikować prawdziwość okoliczności podanych przez ubezpieczającego w zgłoszeniu szkody. Jeżeli ustaleń tych dokonywać miał sam pozwany, to jego ustalenia zawsze mogły mieć charakter arbitralny i swobodny, co w oczywisty sposób wyczerpywało przesłanki klauzuli abuzywnej określonej w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c. Z powyższych więc

względów, SOKiK uznał, że zakwestionowane postanowienie o.w.u. stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

#### **Klauzula nr 1749.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1365/008, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 16 czerwca 2008 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 111/07, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ING Nationale-Nederlanden Polska S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Wartość wykupu jest to procent rezerwy matematycznej przypadającej na daną umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, zgodnie z poniższą tabelą:*

*- Liczba pełnych lat polisowych, za które opłacono wszystkie składki całkowite;*

*- Wartość wykupu jako procent rezerwy matematycznej przypadającej na daną umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej:*

*a) 2 – lata 80% wartości wykupu;*

*b) 3 – lata – 85% wartości wykupu,*

*c) 4 lata – 90% wartości wykupu.*

*Wysokość wartości wykupu oblicza się według stanu rezerwy matematycznej przypadającej na umowę główną z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, na wcześniejszy z dni (dalej: dzień wartości wykupu):*

*a) dzień następujący po ostatnim dniu opłaconego okresu, tj. termin płatności składki całkowitej najdawniej wymagalnej albo*

*b) dzień rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej.*

*Wartość wykupu, obliczona zgodnie z postanowieniami ust. 1 i 2, jest pomniejszana o sumę zaległych składek całkowitych lub powiększana o część opłaconej składki całkowitej należnej za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.*

*Gdy składka za umowę główną została opłacona jednorazowo, Ubezpieczający nabywa prawo do wypłaty wartości wykupu dnia następnego, licząc od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności. Wartość wykupu stanowi wtedy 95% rezerwy matematycznej z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej, przypadającej na daną umowę główną w dniu rozwiązania umowy głównej.*



*Jeżeli dzień wartości wykupu przypada po przekształceniu umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, to wartość wykupu stanowi 95 % rezerwy matematycznej z wyłączeniem rezerwy na świadczenie dodatkowe umowy głównej.”*

Postanowienie to w dniu 18 listopada 2009 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 1749.

Powód zakwestionował powyżej wskazane postanowienie umowne w zakresie, w jakim ustalana była wartość wykupu przy użyciu zwrotu „rezerwa matematyczna”. W opinii powoda postanowienie to było sprzeczne z szeregiem powszechnie obowiązujących przepisów prawa, naruszało interesy konsumenta, dlatego też należało je uznać za niedozwolone. Treść tego postanowienia umownego była niejednoznaczna a wręcz myląca. Określając wartość wykupu posługiwało się niezrozumiałym zwrotem „rezerwa matematyczna”, który nie był objaśniony w żadnym miejscu w o.w.u. Pozwalało więc ubezpieczycielowi na dowolne i nieweryfikowalne określenie kwoty należnej ubezpieczonemu, natomiast konsument rozwiązując umowę ubezpieczenia, skazany był wyłącznie na wyliczenie ubezpieczyciela, opierające się w istocie na nieznanym ubezpieczonemu i nieokreślonych w umowie czynnikach. W ocenie powoda, ubezpieczyciel wykorzystując niejednoznaczność użytych w przepisie zwrotów kształtował stosunek prawny ubezpieczenia nie na podstawie umowy i obowiązującego prawa, a jedynie w myśl własnego interesu ekonomicznego. Zdaniem powoda, zasady języka matematyki ubezpieczeniowej wspierały w ten sposób obowiązujące prawo i o.w.u., a konsument nie był w stanie choćby w przybliżeniu określić wysokość świadczenia, jakie będzie mu należne po rozwiązaniu umowy. Takie sformułowanie było więc niedopuszczalne. W opinii powoda, ubezpieczyciel jako profesjonalista winien formułować o.w.u. w taki sposób, ażeby nie powstawały niejasności w jego stosowaniu ze szkodą dla wprowadzanego w błąd konsumenta. Zakwestionowane postanowienie w sugestywny sposób nakazywało sądzić konsumentowi, że w przypadku rozwiązania umowy otrzyma on kwotę w wysokości od 80% do 95% środków wpłaconych ubezpieczycielowi. W praktyce zapis prowadził do tego, że ubezpieczyciel wypłacał 80-95% wartości „rezerwy matematycznej”, która obliczana była przez ubezpieczyciela na podstawie znanych tylko jemu warunkach. W ocenie strony powodowej zakwestionowane postanowienie było sprzeczne z treścią art. 385 § 2 k.c., art. 12 ust. 3 i 4 oraz art. 13 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Ponadto ubezpieczyciel formułując tak niejednoznaczne postanowienie umowne w rzeczywistości nałożył na konsumenta obowiązek zapłaty rażąco wygórowanego odstępnego, co wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 17 k.c.

Zdaniem pozwanego zakwestionowane postanowienie nie wskazywało, że wartość wykupu jest procentowym udziałem w kwocie składek wpłaconych ubezpieczycielowi. Przepis art. 385<sup>3</sup> pkt 17 k.c. nie mógł mieć zastosowania do sytuacji uregulowanej przez zakwestionowane postanowienie. Prawo do wypłaty wartości wykupu przysługiwało ubezpieczającemu w przypadku rozwiązania umowy lub w przypadku jej wygaśnięcia nie będącego konsekwencją wypłaty świadczenia. Uprawnienie to nie miało nic wspólnego z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel nie był i nie jest upoważniony do uzależniania skorzystania z prawa do odstąpienia od umowy ubezpieczenia od zapłaty przez ubezpieczającego oznaczonej sumy odstępnego. Pozwany podniósł także, że wartość wykupu jest specyficznym pojęciem prawnym użytym po raz pierwszy w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej i nie ma ono charakteru odstępnego, ani kary umownej. Zakład ubezpieczeń musi otworzyć tzw. rezerwę matematyczną, która stanowi zabezpieczenie wypłaty świadczeń w przyszłości oraz pokrycie przyszłych kosztów ubezpieczenia. Dzięki temu wysokość wpłacanej składki nie zwiększa się wraz ze wzrostem kosztów ubezpieczenia. Wzrost wartości tej rezerwy ma dwa źródła. Jest to wpływ z tzw. części oszczędnościowej składki - czyli części składki z danego okresu po potrąceniu kosztów ryzyka, administracyjnych, rozłożonych w czasie kosztów akwizycji związanych z danym okresem, a także oprocentowanie uzyskiwane z inwestowania środków stanowiących pokrycie rezerwy matematycznej. Ponieważ rezerwa ta stanowi zabezpieczenie kosztów świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w przyszłości to w chwili rozwiązania umowy ubezpieczenia przez ubezpieczonego, większość zakładów ubezpieczeń wypłaca rezerwę matematyczną pomniejszoną o koszty manipulacyjne rozwiązania umowy i inne nierozliczone koszty (głównie akwizycji). Ta pozostała kwota jest wartością wykupu. Strona pozwana zaznaczyła, że w uzasadnieniu pozwu powód wskazał, że wartość wykupu jest skumulowaną wartością nadwyżki zapłaconych składek nad poniesionymi kosztami ubezpieczenia. Formując taką ocenę sam powód przyznał, że różnica pomiędzy kwotą opłaconych składek a wartością wykupu nie jest odstępnym, ani karą umowną. Pozwany wskazał również, że pojęcie „rezerwy matematycznej” jest pojęciem zaczerpniętym z języka matematyki ubezpieczeniowej, gdzie przy użyciu właściwych językowi matematyki środków przypisano mu konkretne znaczenie. W postaci wywodu matematycznego rezerwa ta została opisana w Regulaminie Rezerw, który został przyjęty uchwałą Rady Nadzorczej Towarzystwa. W opinii pozwanego przepisy art. 385 § 2 k.c. i art. 12 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie nakładają na ubezpieczyciela obowiązku zawierania w o.w.u. wszystkich użytych w nim pojęć. Nie można mówić o jednoznaczności lub niejednoznaczności pojęcia np. „rezerwa matematyczna”. Również z brzmienia art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej nie wynika obowiązek definiowania elementów istotnych dla samodzielnego wyliczenia wartości

wykupu przez ubezpieczającego. Zaś wymóg „wskazania (gwarantowanej) wartości wykupu” został spełniony wobec konsumentów w terminie ustawowym. Na ubezpieczycielu nie ciążył prawny obowiązek zdefiniowania (w o.w.u. lub umowie) procesu obliczeniowego prowadzącego do uzyskania wynikowej wartości w postaci kwoty wartości wykupu. Zamieszczenie w o.w.u. kwestionowanego postanowienia umownego miało na celu przybliżenie klientom trudnych zagadnień aktuarialnych, znanych w szczególności tylko nielicznym specjalistom. Było to świadectwo dobrej woli pozwanego, traktowania poważanie i z szacunkiem swoich klientów, choć podjęcie trudu przygotowania tych zapisów nie było realizacją prawnego obowiązku. Użycie w o.w.u. pojęcia rezerwy matematycznej miało charakter jedynie pomocniczy, służące pełniejszemu opisaniu konstrukcji ubezpieczeniowych i samo w sobie nie wpływało na żadne prawa ubezpieczonego, które wynikały z umowy ubezpieczenia. Celem zakwestionowanego zapisu było wskazanie (nazwanie) czynników wpływających na wartość wykupu. Cel ten został spełniony a sformułowania zawarte w postanowieniu nie były wewnętrznie sprzeczne i nie zawierały informacji, które prowadziłyby do błędnych wniosków, że wartość wykupu to procentowy udział w kwocie wpłaconych składek. Z tych względów zakwestionowane postanowienie nie kształtowało praw i obowiązków konsumentów w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumentów.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów określenie „rezerwa matematyczna” nie zostało zdefiniowane w żadnym postanowieniu o.w.u. Nie było to również pojęcie występujące w przepisach prawa. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej posługiwała się określeniem „rezerw techniczno-ubezpieczeniowych”, które są przeznaczone na pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań, jakie mogą wynikać z zawartych umów ubezpieczenia (art. 151 ust. 1 ustawy). Obliczanie tych rezerw następuje wyłącznie przez aktuarusza z uwzględnieniem odpowiednich formuł matematycznych (art. 151 ust. 3 i 4 ustawy). W kontekście przywołanych przepisów, SOKiK podzielił stanowisko, że określeniu „rezerwa matematyczna” należy przypisywać znaczenie „rezerwy techniczno-ubezpieczeniowej” i ocenę, że dla przeciętnego konsumenta, określenie to jest niezrozumiałe. Dla oceny abuzywności całego postanowienia zawierającego niezrozumiałe sformułowanie należy jednak brać pod uwagę cały kontekst, w którym zostało użyte. W kwestionowanym postanowieniu umownym określenie „rezerwa matematyczna” występowało jako wskazanie sposobu wyliczenia „wartości wykupu”. To ostatnie pojęcie zaczerpnięte było z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i odnosiło się do kwoty, za którą ubezpieczyciel zobowiązany jest wykupić ubezpieczenie na żądanie ubezpieczonego przed upływem terminu umowy. Wartość wykupu musi być wskazana w umowie ubezpieczenia (art. 13 ust. 1 pkt 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej), a jeśli wielkość ta zmienia się w trakcie obowiązywania umowy, to ubezpieczyciel ma obowiązek pisemnego

informowania ubezpieczającego o wartości wykupu, nie rzadziej niż raz w roku. Zdaniem SOKiK konsument miał zatem zagwarantowaną prawnie informację odnośnie wartości wykupu w postaci wskazanej konkretnie kwoty w umowie ubezpieczenia lub w pisemnej informacji. Oznaczało to, że nawet nie rozumiejąc pojęcia „rezerwa matematyczna” konsument był w posiadaniu informacji co do wysokości wartości wykupu jego ubezpieczenia. Zakwestionowane postanowienie umowne miało w związku z tym wyłącznie charakter informacyjny i nie regulowało praw i obowiązków konsumenta. Nie naruszało zatem praw i obowiązków konsumenta w sposób rażący. Z powyższych więc względów powództwo należało oddalić jako bezzasadne.

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1365/08 zmienił zaskarżony wyrok Sądu I instancji w ten sposób, iż uznał to postanowienie umowne za niedozwolone i zakazał jego stosowania. W pierwszej kolejności Sąd Apelacyjny w Warszawie podkreślił, że z uzasadnienia wyroku Sądu I instancji miało wynikać, że zakwestionowane przez powoda określenie „rezerwa matematyczna” nie zostało zdefiniowane w innym postanowieniu o.w.u. i nie było pojęciem występującym w przepisach prawa. Twierdzenie to było słuszne, ale w kontekście niniejszej sprawy uzupełnienia wymagało to, że powód wniósł o uznanie za niedozwolone postanowień o.w.u. w zakresie w jakim ustalają wartość wykupu jako procent rezerwy matematycznej. Zauważyć także należało, że w treści o.w.u., w definicjach umownych, znajdowała się definicja wartości wykupu, która określała to pojęcie jako kwotę, którą ubezpieczyciel wypłacał ubezpieczającemu albo jego prawnym spadkobiercom w przypadkach określonych w o.w.u. Wzorzec umowny nie zawierał jednak definicji pojęcia „rezerwa matematyczna”, choć używane ono było przy objaśnianiu innych terminów. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie określenie wartości wykupu jako procentu rezerwy matematycznej było niezrozumiałe dla przeciętnego konsumenta, ponieważ była to klasyczna sytuacja objaśniania nieznanego przez nieznaną. Symptomatyczne były zresztą usilne starania powoda, czynione przed wniesieniem pozwu, o poznanie szczegółowego wyliczenia wypłacanej mu kwoty tytułem wykupu wraz z podaniem podstaw prawnych oraz o wskazanie przepisu pozwalającego na zdefiniowanie wyrażenia „rezerwa matematyczna”. Dopiero w toku postępowania sądowego pozwany ujawnił wewnętrzny regulamin tworzenia, wykorzystywania i rozwiązywania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Jego zapisy również były niezrozumiałe z uwagi na użycie pojęć języka matematyki ubezpieczeniowej. Nie negując konieczności posługiwania się przez ubezpieczyciela skomplikowanymi obliczeniami matematycznymi nie sposób było się zgodzić z sytuacją, w której ubezpieczony odstępując od umowy ubezpieczenia był zaskoczony porażająco niską wartością wykupu. Oczywistym było, że zapisy zakwestionowanego postanowienia nie mogą być rozumiane jako zobowiązanie do wypłacenia kwoty odpowiadającej procentowemu udziałowi w sumie wpłaconych składek, ale za

niedopuszczalne uznać należało postępowanie ubezpieczyciela, które uniemożliwiało ubezpieczającemu przy zawieraniu umowy poznanie choćby szacunkowej wartości ekonomicznej, kryjącej się pod określeniem „wartość wykupu jest to procent wartości matematycznej”. Dodatkowo, żadne postanowienie o.w.u. nie zawierało choćby najmniejszego pouczenia o ekonomicznym ryzyku odstąpienia od umowy kapitałowego ubezpieczenia na życie, które w większym stopniu jest produktem ochronnym niż inwestycyjnym. W tej sytuacji nie można było podzielić stanowiska Sądu I instancji, iż zakwestionowane postanowienie nie naruszało praw i obowiązków konsumenta w sposób rażący. Specyficzność pojęcia „wartość wykupu”, znana wąskiemu gronu osób trudniących się profesjonalnie ubezpieczeniami, była dla przeciętnego konsumenta całkowicie niezrozumiała i dlatego w ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

### **Klauzula nr 2001.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 10 czerwca 2008 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 300/07 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„1. W razie powstania szkody polegającej na zniszczeniu lub uszkodzeniu pojazdu (wyposażenia dodatkowego) ubezpieczyciel ustala w ocenie technicznej:*

- 1. zakres uszkodzeń, których powstanie pozostaje w związku przyczynowym ze zdarzeniem, za którego następstwo Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność,*
- 2. części pojazdu podlegające wymianie lub naprawie w następstwie tego zdarzenia,*
- 3. czas robocizny niezbędny do wykonania naprawy,*
- 4. maksymalne stawki za roboczogodzinę naprawy,*
- 5. zużycie eksploatacyjne części pojazdu (ogumienia, tłumików, katalizatorów, akumulatora itd.. Ubezpieczyciel uwzględnia koszty naprawy dokonanej wyłącznie w zakresie określonym w ocenie technicznej i technologicznie koniecznej w związku ze szkodą, udokumentowane imiennymi rachunkami.*

*i*

- 2. Jeżeli naprawa pojazdu nie została udokumentowana imiennymi rachunkami wysokość odszkodowania nie uwzględnia podatku VAT.”*

Postanowienie to w dniu 23 sierpnia 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2001. Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów został podtrzymany

wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 27 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1473/08<sup>36</sup>.

W opinii powoda zapis umowy, o którym mowa w ust. 1, poprzez jednostronne zastrzeżenie uprawnienia dla ubezpieczyciela do określenia w ocenie technicznej zakresu uszkodzeń, części podlegających wymianie, czasu robocizny, maksymalnych stawek za roboczogodzinę, ograniczał wysokość szkody tylko do uszkodzeń zawartych przez zakład ubezpieczeń w tej ocenie technicznej. Tak skonstruowane postanowienie rażąco naruszało interesy ubezpieczającego – konsumenta i było sprzeczne z dobrymi obyczajami. Wysokość odszkodowania już na samym wstępie ograniczona została poprzez zastrzeżenie dla ubezpieczyciela wyłącznego uprawnienia do ustalenia rozmiaru szkody, przy jednoczesnym braku w o.w.u. postanowień pozwalających na weryfikację przez ubezpieczającego tak sporządzonej wyceny. W tej sytuacji konsument był stroną słabszą, gdyż wszelkie uprawnienia związane z wyceną szkody i wysokością wypłaconego odszkodowania posiadał ubezpieczyciel, a ubezpieczający – konsument musiał podporządkować się ustaleniom zakładu ubezpieczeń. Przyznawało prawo do jednostronnego ustalenia odszkodowania, które mogło być znacznie zaniżone w stosunku do rzeczywistej wartości szkody i do rzeczywistych kosztów naprawy.

Postanowieniu, o którym mowa w ust. 2 klauzuli abuzywnej nr 2001 (ustalenie odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody), powód zarzucił jego sprzeczność z dobrymi obyczajami oraz rażące naruszenie interesu konsumenta (art. 385 § 1 k.c.). Postanowienie to miało być również sprzeczne z przepisami ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach, a także pozostawać w opozycji do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 listopada 2001 r. (III CZP 68/01, OSNC 2002/6/74), w którym jednoznacznie zostało wskazane, że *„odszkodowanie za szkodę poniesioną w wyniku uszkodzenia pojazdu mechanicznego należącego do poszkodowanego nie będącego podatnikiem podatku VAT, ustalone według cen części zamiennych i usług koniecznych do wykonania naprawy pojazdu, obejmuje mieszczący się w tych cenach podatek VAT”*. W opinii powoda jedynym celem postanowienia było bezpodstawne zaniżenie wypłaconego ubezpieczającemu odszkodowania o kwotę należnego podatku VAT<sup>37</sup>.

Oceniając postanowienie wprowadzające ograniczenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń do uszkodzeń wyłącznie wymienionych przez zakład ubezpieczeń w ocenie technicznej, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wskazał, iż kształtowało ono prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało jego interesy.

---

<sup>36</sup> Zakwestionowane postanowienie umowne stanowiło połączenie 3 zapisów o.w.u., pierwsze dwa dotyczyły zasad ustalenia rozmiaru szkody w ocenie technicznej z zastrzeżeniem, że ubezpieczyciel uwzględniał koszty naprawy dokonanej wyłącznie w zakresie określonym w ocenie technicznej, ostatni zapis odnosił się do ustalania odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody.

Stanowiło zatem niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Zdaniem SOKiK poprzez treść zakwestionowanego postanowienia ubezpieczyciel, wykorzystując swoją przewagę kontraktową, zastrzegł sobie szerokie uprawnienie do decydowania o tym, kiedy i w jakiej wysokości zostanie wypełnione zobowiązanie do wypłaty odszkodowania za szkodę. Takie zastrzeżenie stało w sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało interesy konsumenta – kształtowało bowiem sytuację prawną ubezpieczającego w sposób zdecydowanie mniej korzystny niż pozycję ubezpieczyciela. Zakład ubezpieczeń jako zobowiązany do wypłaty odszkodowania nie może być jedynym podmiotem uprawnionym do oceny, jakie uszkodzenia są objęte ochroną ubezpieczeniową. W takiej bowiem sytuacji, zakład ubezpieczeń stawia się w uprzywilejowanej sytuacji, gdyż *de facto* to on sam decyduje, jaki będzie zakres tego odszkodowania. Może to prowadzić do zaistnienia rozbieżności pomiędzy rzeczywistym zakresem szkody a stanem faktycznym oraz rozmiarem szkody ustalonym przez ubezpieczającego i w efekcie prowadzić do zaniżenia wysokości odszkodowania.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów również postanowienie dotyczące ustalania odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody kształtowało prawa konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Stanowiło zatem niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 lipca 2001 r. o cenach podatek od towarów i usług uwzględniany jest w cenie towaru lub usługi, o ile te towary lub usługi podlegają opodatkowaniu tym podatkiem. Podatek VAT jest realnym kosztem dla poszkodowanego, o ile poszkodowany ten nie jest przedsiębiorcą i kupowane przez niego towary i usługi nie służą mu do wykonywania działalności opodatkowanej VAT. Zgodnie bowiem z art. 86 ust. 1 ustawy o podatku od towarów i usług jedynie podatnicy VAT są uprawnieni do obniżania kwoty podatku należnego o kwotę podatku naliczonego. Na problem ten zwrócił uwagę Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 17 maja 2007 r. (III CZP 150/06, OSNC 2007/10/144), który wskazał, że *„odszkodowanie przysługujące na podstawie umowy odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego za szkodę powstałą w związku z ruchem tego pojazdu, ustalone według cen części zamiennych i usług, obejmuje kwotę podatku od towarów i usług (VAT) w zakresie, w jakim poszkodowany nie może obniżyć podatku od niego należnego o kwotę podatku naliczonego”*. W związku z powyższym postanowienie o.w.u., zgodnie z którym zakład ubezpieczeń nie uwzględniał w wypłaconym odszkodowaniu podatku VAT, kształtowało prawa ubezpieczonego w sposób mniej korzystny niż powszechnie obowiązujący przepis art. 805 § 2 pkt 1 k.c., zgodnie z którym zakład ubezpieczeń jest zobowiązany do zapłaty odszkodowania za

---

<sup>37</sup> Twierdzenia i zarzuty strony pozwanej nie zostały przedstawione z uwagi na ich pominięcie przez SOKiK z powodu niezłożenia odpowiedzi na pozew w terminie, o którym mowa w art. 479<sup>14</sup> § 1 k.c. i zadziałania prekluzji, o której mowa w § 2 tegoż przepisu.

szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku. Odszkodowanie to powinno odpowiadać szkodzie, jaką poniósł ubezpieczony, a więc niewątpliwie powinno również uwzględniać podatek od towarów i usług.

Apelację od orzeczenia Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wywiodła strona pozwana, która zaskarżyła wyrok w całości, wnosząc o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie powództwa. Strona pozwana zarzuciła wyrokowi SOKiK naruszenie prawa materialnego, tj. art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., art. 812 § 2 k.c. (w brzmieniu obowiązującym w dacie wprowadzenia przez pozwaną wzorca umownego do obrotu), art. 805 k.c., art. 12a i art. 16 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 27 maja 2009 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1473/08 oddalił apelację, utrzymując wyrok Sądu I instancji. Zdaniem SA w Warszawie, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów dokonał trafnej oceny postanowień w kontekście żądania uznania ich za abuzywne. Sąd rozpoznający apelację w pełni podzielił stanowisko Sądu I instancji zawarte w uzasadnieniu zaskarżonego orzeczenia. Wbrew stanowisku apelującego SOKiK nie poddał w wątpliwość obowiązujących przepisów prawa nakładających na ubezpieczycieli obowiązek ustalania wysokości szkody i wypłaty odszkodowania. Sąd I instancji uznał za niedozwolone takie postanowienia o.w.u., które przyznawały ubezpieczycielowi możliwość jednostronnego określenia zakresu uszkodzeń bez możliwości wzięcia udziału w tym procesie ubezpieczonego i bez możliwości weryfikacji dokonanych przez ubezpieczyciela ustaleń w tym zakresie. Powoływane przez apelującego przepisy ustawy o działalności ubezpieczeniowej (art. 12a i art. 16) nie zawierają ograniczenia w zakresie możliwości konsumenta wzięcia przez niego udziału w procesie likwidacji szkody, również na etapie ustalania zakresu uszkodzeń, a co za tym idzie należnego odszkodowania. Przepis art. 812 § 2 pkt 9 k.c. w brzmieniu obowiązującym od dnia 1 stycznia 2004 r., stanowiący, że ogólne warunki ubezpieczenia, określają w szczególności sposób ustalania wysokości szkody oraz wypłaty odszkodowania, nie uprawniał zakładu ubezpieczeń będącego autorem wzorca do konstruowania jego postanowień, które w stosunku ubezpieczenia będą dawały przewagę ubezpieczycielowi. Sąd Apelacyjny w Warszawie ma świadomość, że umowa ubezpieczenia autocasco jest zawierana na zasadzie dobrowolności, nie oznacza to jednak, że konsument, chcąc zawrzeć taką umowę z ubezpieczycielem, musi zgodzić się na warunki narzucone przed drugą stroną umowy. W każdym razie dobrowolność zawierania umów autocasco nie umożliwia uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone.

Sąd Apelacyjny w Warszawie w pełni podzielił dokonaną przez Sąd I instancji ocenę postanowienia dopuszczającego ustalenie odszkodowania w kwocie netto w przypadku kosztorysowego rozliczenia szkody. SA w Warszawie, powołując się na uchwałę Sądu Najwyższego dnia 17 maja 2007 r. (III CZP 150/06) zaznaczył, że odszkodowanie przysługujące



na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadacza pojazdu mechanicznego za szkodę powstałą w związku z ruchem tego pojazdu, ustalone według cen części zamiennych i usług obejmuje kwotę podatku od towarów i usług w zakresie, w jakim poszkodowany nie może obniżyć podatku od niego należnego o kwotę podatku naliczonego. Bez znaczenia przy tym, w ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie, pozostawał fakt, że powyższa uchwała dotyczyła odszkodowania przysługującego na podstawie umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, a nie umowy dobrowolnego ubezpieczenia autocasco.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu były również postanowienia odnoszące się do likwidacji szkody całkowitej, które określały, że z tego rodzaju szkodą mamy do czynienia, gdy koszty naprawy uszkodzonego pojazdu przekraczają 70% wartości pojazdu z dnia szkody. W ocenie powoda postanowienia regulujące rozliczenie szkody całkowitej w ten sposób, rażąco naruszały interesy konsumenta i były sprzeczne z dobrymi obyczajami. Zgodnie z zapisami o.w.u. wartość pojazdu, a w konsekwencji wartość szkody całkowitej uzależniona była wyłącznie od wyceny sporządzonej przez pozwanego ubezpieczyciela, brak było postanowień przewidujących uprawnienie konsumenta do weryfikacji sporządzonej wyceny wartości pojazdu. Ponadto ukształtowanie granicy opłacalności naprawy samochodu na poziomie 70% wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody było niekorzystne dla konsumenta, ponieważ w przypadku, gdy koszt naprawy samochodu przekroczył ten pułap, ale nie przewyższał wartości rynkowej pojazdu z dnia szkody, konsumentowi było wypłacane odszkodowanie w wysokości rażąco niższej niż rzeczywisty koszt naprawy. Taki sposób wyliczenia odszkodowania był rażąco krzywdzący dla ubezpieczonego i nie miał jakiegokolwiek uzasadnienia ekonomicznego i technicznego.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo w zakresie tych postanowień, nie stwierdzając ich abuzywności. Zawarty w postanowieniu sposób określania wysokości odszkodowania za szkodę całkowitą odnosił się do świadczenia zakładu ubezpieczeń, jakim jest wypłacenie odszkodowania, określało zatem główne świadczenie stron. Sformułowane ono było w sposób jednoznaczny i nie budzący żadnych wątpliwości, a zatem na podstawie art. 385<sup>1</sup> § 1 zdanie drugie k.c. nie mogło zostać uznane za abuzywne.

Ocena tych postanowień, która została dokonana przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów nie była przedmiotem kontroli apelacyjnej.

#### **Klauzula nr 2007.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony

Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„1. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w wyniku kradzieży pojazdu lub jego części albo użycia pojazdu bez zgody właściciela, jeżeli:*

*a) w chwili dokonania kradzieży pojazd nie był należycie zabezpieczony (...)*

*d) poszkodowany nie przedłożył ubezpieczycielowi oryginału dowodu rejestracyjnego i innych oryginałów dokumentów pojazdu na podstawie których pojazd był dopuszczony do ruchu w dniu szkody oraz kompletu kluczy służących do otwarcia i uruchomienia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń uruchamiających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą (piloty, immobilizery, karty magnetyczne itp) chyba, że pojazd został utracony w wyniku rozboju”.*

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2007.

Powód zakwestionował następujące postanowienie o.w.u.:

*„1. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w wyniku kradzieży pojazdu lub jego części albo użycia pojazdu bez zgody właściciela, jeżeli:*

*a) w chwili dokonania kradzieży pojazd nie był należycie zabezpieczony lub nie były uruchomione wszystkie znajdujące się w pojeździe urządzenia zabezpieczające, określone w § 5, oddalenia się kierującego od pojazdu i pozostawienia kluczyków w pojeździe, chyba, że pojazd został utracony wskutek rozboju,*

*c) klucze lub dokument pojazdu nie były należycie zabezpieczone poza pojazdem, chyba, że pojazd został utracony wskutek rozboju,*

*d) poszkodowany nie przedłożył ubezpieczycielowi oryginału dowodu rejestracyjnego i innych oryginałów dokumentów pojazdu na podstawie których pojazd był dopuszczony do ruchu w dniu szkody oraz kompletu kluczy służących do otwarcia i uruchomienia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń uruchamiających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą (piloty, immobilizery, karty magnetyczne itp) chyba, że pojazd został utracony w wyniku rozboju”.*

Powód zarzucił wskazanym powyżej zapisom umownym, ich sprzeczność z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i art. 385<sup>1</sup> pkt 9 i 11 k.c. Zdaniem powoda pozwany zamieścił w przedmiotowym wzorcu postanowienia sprzeczne z obowiązującymi przepisami w oczekiwaniu, że konsumenci, których świadomość prawna z reguły nie jest wysoka – nie odkrywają, że wiążące ich postanowienia tej umowy zawierają uregulowania sprzeczne z prawem i nie będą dochodzić należnych im roszczeń.

Nie ulega wątpliwości, iż głównym celem umowy ubezpieczenia pojazdów mechanicznych od ich utraty jest pokrycie przynajmniej części szkody poniesionej przez ubezpieczonego i tym samym przejście przez zakład ubezpieczeń ryzyka wystąpienia zdarzeń losowych, które mogą wywołać szkodę w mieniu ubezpieczonego. Niewątpliwie zakład ubezpieczeń ma możliwość dokonywania w umowie wyłączenia lub ograniczenia swojej odpowiedzialności w celu zminimalizowania ryzyka ubezpieczeniowego. Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń powinny mieć jednak charakter wyjątkowy i jako wyjątki nie mogą być interpretowane rozszerzająco. Dodatkowo, powinny być sformułowane w sposób precyzyjny, zrozumiały, nie pozostawiający żadnych wątpliwości co do zakresu wyłączeń odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Powyższe zapisy umożliwiały dowolną interpretację zakładu ubezpieczeń, rozszerzały katalog sytuacji, w których ubezpieczyciel był zwolniony z obowiązku świadczenia i w konsekwencji prowadziły do zanegowania samego celu umowy ubezpieczenia, jakim powinna być ochrona ubezpieczonego przed szkodzącymi zdarzeniami losowymi ujętymi w o.w.u.

Zdaniem powoda zapis, o którym mowa w ust. 1 lit. a) posługiwał się sformułowaniem „nienależytego zabezpieczenia” pojazdu przed kradzieżą. Z kolei zapis wskazany w ust. 1 lit. c) mówił „o nienależytym zabezpieczeniu dokumentów poza pojazdem”. Sformułowania te były nieostre, nieprecyzyjne i mogły być przez strony umowy różnie interpretowane. Nieprecyzyjne, zawołowane zapisy o.w.u., tworzące pole do dowolnej interpretacji przez ubezpieczyciela i umożliwiające mu odmowę wypłaty odszkodowania, niezależnie od stopnia rzeczywistej winy ubezpieczonego w powstaniu szkody, były niewątpliwie postanowieniami umownymi, które nie powinny wiązać ubezpieczonego z racji ukształtowania jego praw i obowiązków w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami i rażąco naruszającymi jego interesy. Wskazane sformułowania wprost wypełniały dyspozycję art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c., gdyż uprawniały zakład ubezpieczeń do dokonywania wiążącej interpretacji umowy i jednostronnego stwierdzania zgodności świadczenia z umową. Dodatkowo, sformułowanie, o którym mowa w ust. 1 lit. c) dopuszczało interpretację, w myśl której ubezpieczony ma obowiązek należytego zabezpieczenia dokumentów jedynie poza pojazdem, a zatem brak należytego zabezpieczenia dokumentów w pojeździe nie wyłączał odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Powód podniósł także, że sposób sformułowania o.w.u., umieszczenie w różnych miejscach zapisów odnoszących się do możliwości wyłączenia lub ograniczenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, przy jednoczesnym nałożeniu na ubezpieczonego szeregu dodatkowych obowiązków, kolidowało z dobrymi obyczajami, zasadami uczciwości kupieckiej oraz stanowiło naruszenie art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

W opinii strony powodowej, kolejnymi, nieprecyzyjnymi sformułowaniami były wyrażenia „oryginału dowodu rejestracyjnego i innych oryginałów dokumentów pojazdu”.

Powyższe sformułowania nie były pojęciami normatywnymi i nie zdefiniowanymi w żadnym akcie prawnym. Również w o.w.u. brak było wyraźnego określenia, co strony umowy rozumieją pod pojęciem „dokumenty pojazdu” i „oryginały dokumentów pojazdu”. Przyjmując potoczne rozumienie tego sformułowania można było przyjąć, iż chodziło tu o wszystkie dokumenty, które są niezbędne do prowadzenia i dopuszczenia samochodu do ruchu. Zakres przedmiotowy powyższego zapisu o.w.u. był na tyle szeroki, iż mogło tu chodzić nie tylko o kartę pojazdu, ale np. o: przegląd powypadkowy pojazdu, przegląd techniczny, umowę zakupu samochodu, polisę ubezpieczeniową, dowód uiszczenia cła lub podatku. Tak sformułowane postanowienie stwarzało pole do dowolnej interpretacji przez zakład ubezpieczeń nieostrych pojęć i tym samym stanowiło niedozwoloną klauzulę umowną. Dodatkowo, powyżej wskazane postanowienie umowne nakładało na ubezpieczonego obowiązek przedłożenia oryginałów dokumentów pojazdu, pod rygorem wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Niewystarczającym było przedłożenie wtórników dokumentów pojazdu. Tymczasem przepisy ustawy – Prawo o ruchu drogowym, dopuszczają wydawanie jak i skuteczne posługiwanie się w obrocie wtórnikami niektórych dokumentów pojazdu, takich jak np. dowód rejestracyjny. Za niedozwolone i naruszające w sposób rażący dobre obyczaje i interesy konsumenta należało uznać zapisy o.w.u., które uniemożliwiają uzyskanie ubezpieczonemu odszkodowania w sytuacji nieprzedstawienia oryginałów dokumentu pojazdu, mimo iż nawet ustawodawca dopuszcza skuteczne używanie ich wtórników. Na zakończenie uzasadnienia abuzynośći zakwestionowanego postanowienia, strona powodowa wskazała, iż wszelkie wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, uzasadnione faktem nieodpowiedniego zachowania się ubezpieczonego lub osoby, za którą ubezpieczony odpowiada, powinny pozostawać w związku przyczynowym z powstaniem szkody. Tymczasem w zakwestionowanych zapisach o.w.u. ubezpieczyciel wyłączał swoją odpowiedzialność bez względu na to, czy zachowanie ubezpieczonego pozostawało w związku przyczynowym z powstaniem szkody.

Zdaniem strony pozwanej zarzut powoda o naruszeniu zakwestionowanym postanowieniem treści art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c. należało uznać za zupełnie chybiony. Opierał się na niezrozumieniu treści tych przepisów. Klauzulą abuzywną byłoby takie postanowienie o.w.u., zgodnie z którym ubezpieczyciel ma wyłączne prawo do dokonywania wiążącej interpretacji postanowień wzorca umowy oraz wyłączne prawo stwierdzania czy klient zachował się zgodnie z jego postanowieniami. Sytuacje, o których mowa w zakwestionowanym postanowieniu siłą rzeczy muszą być określone w sposób abstrakcyjny. Nie jest bowiem możliwe enumeratywne wyliczenie wszystkich przypadków, w których nastąpiło nienależyte zabezpieczenie pojazdu, nienależyte zabezpieczenie kluczy lub dokumentów pojazdu poza pojazdem. Każdy przypadek jest oceniany w kontekście kwestionowanych postanowień o.w.u. przez pryzmat zasad

racjonalnego postępowania w danej sytuacji oraz zasad doświadczenia życiowego. Czym innym jest kwestia na tyle ogólnego sformułowania danego zapisu wzorca umownego, że możliwe są jego różne interpretacje, a czym innym kwestia zastrzeżenia dla kontrahenta konsumenta prawa do wyłącznej i wiążącej dla konsumenta interpretacji. To, że dane postanowienie umowne może być różnie interpretowane przez strony jest sytuacją normalną i możliwą. Odnośnie podniesionej kwestii interpretacji zabezpieczenia dokumentów poza pojazdem to w rozumieniu strony pozwanej przedmiotowy zapis formułował w sposób jasny i zrozumiał wymóg należytego zabezpieczenia dokumentów pojazdu jako warunku koniecznego dla skuteczności ochrony. Naruszeniem tego wymogu było zarówno nienależyte zabezpieczenie dokumentów poza pojazdem jak i pozostawienie dokumentów w pojeździe. W kwestii interpretacji terminu „dokumenty pojazdu” pozwany wskazał, że termin ten należy interpretować zgodnie z zasadami logiki. W grę wchodziły wszystkie dokumenty, które umożliwiały bądź ułatwiały zbycie pojazdu. Z tego względu na ubezpieczającym ciążył obowiązek przedłożenia oryginalnych dokumentów pojazdu pod rygorem wyłączenia odpowiedzialności. Brak oryginalnych dokumentów stwarzał domniemanie, że nie zostały one w sposób należyty zabezpieczone. Z punktu widzenia ubezpieczyciela znaczenie ma nie tylko to czy uchybienie jakiemuś obowiązkowi lub niespełnienie danego wymogu warunkującego ochronę ubezpieczeniową pozostawało w związku przyczynowym z powstaniem szkody. Liczy się również wpływ danej okoliczności na prawdopodobieństwo powstania szkody, a także na możliwość jej późniejszego odwrócenia czy zabezpieczenia i dochodzenia przez zakład ubezpieczeń roszczeń regresowych.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał za niedozwolone i zakazał stosowania postanowienia o treści zakwestionowanej przez powoda. W ocenie SOKiK w postanowieniu tym zawarto nieprecyzyjne sformułowanie typu „należycie zabezpieczony”, „inne dokumenty”, co pozwalało pozwanemu na dowolną interpretację zapisów umowy w zakresie należytego zabezpieczenia pojazdu, na dowolne określenie jakie konkretnie dokumenty wymagane są przez ubezpieczyciela do wypłaty odszkodowania (art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c.). Wymóg przedstawienia oryginałów dokumentów wprowadzał konsumenta w błąd co do jego uprawnień, ponieważ ustawa z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym, dopuszczała możliwość posługiwania się wtórnymi dokumentami, o czym konsument, nie znający przepisów tej ustawy mógł nie wiedzieć. Ponadto postanowienie to pozwalało na nieograniczoną wypłatę odszkodowania jedynie w przypadku rozboju. Konsument z reguły nie wie, jakie zdarzenie należy kwalifikować jako rozbój a jakie jako np. kradzież zuchwałą, a to z kolei umożliwiało pozwanemu dowolną kwalifikację czynu zabronionego, leżącego u podstaw wyłączenia jego odpowiedzialności.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zmienił zaskarżony wyrok w ten sposób, że uznał za niedozwolone

postanowienie o treści powołanej na wstępie opisu niniejszej klauzuli. Odnośnie postanowienia zawierającego sformułowanie „w chwili dokonania kradzieży pojazd nie był należycie zabezpieczony”, to Sąd Apelacyjny w Warszawie zauważył, że zakwestionowane postanowienie poza ogólnikowym określeniem „pojazd nie był należycie zabezpieczony”, zastrzegало odmowę wypłaty odszkodowania w jeszcze kilku innych sytuacjach na wypadek niedokonania przez ubezpieczającego takich aktów staranności, jak: uruchomienie wszystkich znajdujących się w pojeździe urządzeń zabezpieczających, nieoddalenie się od pojazdu i niepozostawienie w nim kluczyków, konieczność utrzymania sprawności znajdujących się w pojeździe urządzeń zabezpieczających. Przy takim ujęciu zasad odpowiedzialności ubezpieczyciela nie wiadomo było jakie to inne stany faktyczne zakład ubezpieczeń mógłby zakwalifikować jako przypadki nienależytego zabezpieczenia pojazdu. W powyższej kwestii ubezpieczający miał prawo oczekiwać od ubezpieczyciela jasnego sprecyzowania obowiązków, które musi przedsięwziąć, aby nie narazić się na utratę świadczenia w przypadku kradzieży pojazdu. Skarżący poniósł w apelacji, że dokonana przez niego interpretacja określenia – „nienależycie zabezpieczony pojazd” nie miała charakteru wiążącego dla drugiej strony. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, nie negując tego poglądu, należało jednak zauważyć, iż trudno zaakceptować taki zapis, który już z góry rodził stan niepewności, co do oczekiwanego przez ubezpieczyciela postępowania ubezpieczającego, związanego ze sposobem zabezpieczenia pojazdu przed kradzieżą. Z tych względów postanowienie o treści „nie był należycie zabezpieczony” Sąd Apelacyjny w Warszawie uznał za abuzywne.

W przypadku zakwestionowanego przez Sąd I instancji postanowienia wyłączającego odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku, gdy klucze lub dokument pojazdu nie były należycie zabezpieczone poza pojazdem, to zdaniem Sądu Apelacyjnego, brak jest możliwości kazuistycznego wyliczenia wszystkich obowiązków ubezpieczającego z tym związanych, gdyż mogą wchodzić tu w grę bardzo różne sytuacje życiowe. W razie zaistnienia sporu między stronami, co do tego, czy wyżej wymienione przedmioty zostały właściwie zabezpieczone stosowane rozstrzygnięcie wyda sąd z uwzględnieniem zasad doświadczenia życiowego na tle konkretnego stanu faktycznego.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie było również podstaw, aby przypisać abuzywność postanowieniom wyłączającym odpowiedzialność ubezpieczyciela w razie naruszenia nakazu uruchomienia w pozostawionym pojeździe wszystkich znajdujących się w pojeździe urządzeń zabezpieczających (określonych w innym miejscu o.w.u.), czy też zakazu oddalania się kierującego od pojazdu i pozostawiania w nim kluczyków. Wszystkie te przedsięwzięcia mają na celu stworzenie maksymalnych przeszkód dla potencjalnych sprawców kradzieży i leżą w interesie obydwu stron stosunku zobowiązaniowego.

Wbrew stanowisku Sądu I instancji w załączniku nr 1 do o.w.u. zawarta była definicja przestępstwa rozboju. Ubezpieczający miał zatem świadomość jakiego rodzaju przestępnych działań złodzieja pojazdu nie pozbawi uprawnionego do uzyskania odszkodowania, mimo niedopełnienia opisanych wyżej wymogów.

Sąd Apelacyjny w Warszawie nie znalazł jednak podstaw do wzruszenia wyroku w części dotyczącej postanowienia uzależniającego udzielenie ochrony ubezpieczeniowej od przedstawienia oryginału dowodu rejestracyjnego pojazdu oraz oryginałów wszystkich dokumentów, na podstawie których ubezpieczony pojazd został dopuszczony do ruchu, do przekazania kompletu kluczy służących do uruchomienia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń uruchamiających urządzenia zabezpieczające przed kradzieżą. Zdaniem SA w Warszawie słusznie podniosła strona powodowa, że nałożenie na ubezpieczającego choćby obowiązku przedstawienia oryginału dowodu rejestracyjnego może okazać się niewykonalne z całkowicie obiektywnych przyczyn (np. zniszczenie dowodu rejestracyjnego), a w takim przypadku ustawodawca uznaje za dokument równorzędny – wtórnik dowodu rejestracyjnego. Nie można wówczas konstruować, powoływanego w apelacji, domniemania faktycznego, że brak oryginałów dokumentów świadczy o ich nienależyтым zabezpieczeniu. Nic też nie stało na przeszkodzie, żeby wskazać jakie konkretnie dokumenty związane z dopuszczeniem pojazdu do ruchu ubezpieczyciel miał na myśli, zamiast posługiwać się ogólnikowym pojęciem „inne dokumenty”. Tak więc zapis ten naruszał dyspozycję art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c., gdyż pozwany przyznawał sobie uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy oraz art. 385<sup>3</sup> pkt 11 k.c. poprzez zastrzeżenie zbyt dużej dowolności w decydowaniu o niewypłaceniu odszkodowania. Oprócz tego tak szerokie ujęcie przypadków zwalniających ubezpieczyciela z odpowiedzialności za powstałą szkodę pozostawało w sprzeczności z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Mogły się bowiem zdarzyć sytuacje, w których niemożność dostarczenia oryginału, choćby jednego z kilku kluczyków służących do uruchomienia pojazdu, nie będzie pozostawać w jakimkolwiek związku przyczynowym z kradzieżą.

#### **Klauzula nr 2008.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„2.Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w pojeździe, którego kierujący w chwili wypadku znajdował się w stanie nietrzeźwości lub stanie wskazującym na spożycie alkoholu, był pod wpływem narkotyków, środków psychotropowych lub innych podobnie działających środków, a także gdy kierowca pojazdu bez uzasadnionej przyczyny oddalił się z miejsca wypadku”.*

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2008.

Strona powodowa wskazała, że wszelkie wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, uzasadnione faktem nieodpowiedniego zachowania się ubezpieczonego lub osoby, za którą ubezpieczony ponosi odpowiedzialność, powinny pozostawać w związku przyczynowym z powstaniem szkody. Tymczasem, zakwestionowanym postanowieniem ubezpieczyciel wyłączał swoją odpowiedzialność bez względu na to czy nieodpowiednie zachowanie się ubezpieczonego pozostawało w związku z powstaniem szkody, czy też nie. Tym samym postanowienie o treści powyżej wskazanej było niedozwolonym postanowieniem umownym w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Zdaniem strony pozwanej w przypadku szkód w ubezpieczeniach komunikacyjnych pozostawanie przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających zawsze stwarza domniemanie istnienia związku przyczynowego pomiędzy stanem osoby ubezpieczonej a szkodą. Postanowienie to miało również charakter prewencyjny. W przypadku ubezpieczeń autocasco zrozumiałe jest przyjęcie odgórnego założenia, że związek taki – a przynajmniej wpływ tej okoliczności na ryzyko zajścia wypadku ubezpieczeniowego – faktycznie istnieje.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia, uzasadnione faktem nieodpowiedniego zachowania się ubezpieczonego winno pozostawać w związku przyczynowym z powstaniem szkody. Postanowienie, które z góry zakładało, iż w przypadku gdy kierujący znajdował się w stanie nietrzeźwości, pod wpływem narkotyków etc., związek ten zawsze istnieje, należało uznać za abuzywne.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, nie znalazł podstaw do wzruszenia orzeczenia Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, który uwzględnił żądanie powoda o uznanie za niedozwolone postanowienia wyłączającego z góry odpowiedzialność za szkodę w pojeździe, jeżeli kierujący, w chwili wypadku, znajdował się w stanie nietrzeźwości, wskazującym na spożycie alkoholu, był pod wpływem narkotyków lub środków psychotropowych. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie sam fakt, że zapis umowny miał pełnić funkcję prewencyjną nie stanowiło wystarczającego uzasadnienia do uchylenia się



ubezpieczyciela od obowiązku naprawienia szkody, jeżeli pozostawało ona w całkowitym oderwaniu od zachowania się kierującego pojazdem. Dodatkowo, postanowienie o bardzo zbliżonej treści zostało już wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych pod nr 1315 - wyrokiem SOKiK z dnia 11 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 68/06<sup>38</sup>.

### **Klauzula nr 2009.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„3.Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych: w wyniku kradzieży radia lub radioodtwarzacza z odejmowanym panelem czołowym gdy ubezpieczający nie może przedstawić tego panela towarzystwu”.*

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2009.

Zdaniem strony powodowej postanowienie to było sprzeczne z treścią art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i art. 385<sup>3</sup> pkt 11 k.c. Zapis ten nakładał na ubezpieczonego obowiązek, który mógł być dla niego niemożliwy do spełnienia. Nie sposób bowiem było wykluczyć sytuacji, iż ubezpieczony mógł utracić panel w innych okolicznościach niż kradzież pojazdu i w ich wyniku nie był go w stanie przedstawić ubezpieczycielowi. Przykładowo, mógł go zgubić poza pojazdem, panel mógł także zostać zniszczony itd. Dodatkowo, ubezpieczyciel nie uzależniał odmowy wypłacenia odszkodowania od wystąpienia związku przyczynowego pomiędzy brakiem możliwości dostarczenia panelu czołowego i dokonaną kradzieżą. W postanowieniach o.w.u. brak było również jasno sformułowanego obowiązku ubezpieczającego do informowania ubezpieczyciela o każdorazowym zgubieniu lub zniszczeniu panela czołowego radia lub radioodtwarzacza.

Zdaniem pozwanego nieprzedstawienie panelu czołowego odtwarzacza oznaczało, że w ocenie ubezpieczyciela prawdopodobne było, iż ubezpieczony zostawił panel w samochodzie, co miało wpływ na zdarzenie ubezpieczeniowe w postaci kradzieży radia, które w innym przypadku nie zostałyby skradzione. Faktem jest, że do utraty panelu mogło dojść w innych okolicznościach. Ubezpieczyciel oceniając ryzyko ubezpieczeniowe zakłada jednak, że do ochrony ubezpieczeniowej chce przyjąć jedynie takie sytuacje, w których ubezpieczający będzie w stanie

---

<sup>38</sup> Opis klauzuli i uzasadnienia wyroku znajduje się na s. 68-69 Raportu.

przedstawić panel ubezpieczycielowi. Nie ma tutaj znaczenia związek przyczynowy pomiędzy niemożliwością wykonania tego obowiązku a szkodą. Znaczenie ma jedynie fakt, iż w ocenie ubezpieczyciela niemożliwość przedstawienia panelu oznacza w praktyce, że mogło mieć to wpływ na szkodę – zwiększyło prawdopodobieństwo jej wystąpienia. Ten zapis o.w.u. stwarzał zatem pewne domniemanie, które faktycznie nie mogło zostać obalone.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wyłączało odpowiedzialność ubezpieczyciela bez względu na to, czy istniał związek przyczynowy między niemożliwością przedstawienia panelu a szkodą. Założenie, iż w każdym przypadku nieprzedstawienia przez konsumenta panela istnieje związek przyczynowy ze szkodą, uznać należało za postanowienie niedozwolone w rozumieniu art. 385<sup>3</sup> pkt 11 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. SA w Warszawie nie podzielił zarzutu pozwanego, który negował abuzowność postanowienia uzależniającego wypłatę odszkodowania za kradzież radia od przedstawienia przez ubezpieczającego panelu czołowego z przyczyn, które przytoczył Sąd I instancji. Na marginesie, sam skarżący nie wykluczył zaistnienia takiej sytuacji, w której ubezpieczający przypadkowo utracił panel, a jednocześnie doszło do kradzieży radia z samochodu mimo braku tego elementu.

#### **Klauzula nr 2010.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„4. Ubezpieczenie nie obejmuje także szkód powstałych w okolicznościach innych niż określone w zgłoszeniu szkody dokonany w Towarzystwie”.*

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2010.

Zakwestionowanemu postanowieniu powód zarzucił sprzeczność z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. W ocenie strony powodowej postanowienie to w sposób rażący naruszało interesy konsumenta poprzez zignorowanie konieczności uzależniania odmowy wypłaty odszkodowania z powodu podania przez ubezpieczonego innych okoliczności niż w zgłoszeniu szkody od zajścia związku przyczynowego między tymi okolicznościami a powstaniem szkody. Zdaniem powoda sankcja w

postaci odmowy odszkodowania musi być uzależniona od istnienia związku przyczynowego pomiędzy nienależytym zachowaniem ubezpieczonego, polegającym na podaniu przez niego nieprawdy, a powstaniem szkody.

Zdaniem strony pozwanej zarzut powoda o abuzywności tego postanowienia był niezrozumiały. Podanie w zgłoszeniu szkody okoliczności innych niż mające miejsce w rzeczywistości uniemożliwia ubezpieczycielowi dokonanie prawidłowej likwidacji szkody i świadczy o podjęciu próby wyłudzenia świadczenia ubezpieczeniowego. Chodzi bowiem o to, że w praktyce ubezpieczający podaje okoliczności inne niż mające miejsce w rzeczywistości – w sytuacji, kiedy stan faktyczny umożliwiałby ubezpieczycielowi odmowę przyjęcia odpowiedzialności za wypadek ubezpieczeniowy. Stawianie wymogu istnienia związku przyczynowego pomiędzy podaniem nieprawdy w zgłoszeniu szkody a powstaniem szkody jest absurdem. Z zasad logiki wynika bowiem, że podanie nieprawdy w zgłoszeniu szkody może nastąpić dopiero po powstaniu szkody (albo w sytuacji, kiedy szkoda w ogóle nie powstała, albo ktoś chce wyłudzić świadczenie). Takiego związku nigdy nie będzie.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela w przypadku szkód powstałych w okolicznościach innych niż określone w zgłoszeniu, oznaczało, że wypłata odszkodowania nie będzie możliwa, gdy na powstanie szkody wpływ miały okoliczności nie wskazane w zgłoszeniu szkody bez winy konsumenta czy przez jego niedopatrzenie. Konsument powinien mieć prawo do powoływania się na okoliczności inne niż w zgłoszeniu np. wynikające z protokołów policyjnych, czy ze zeznań świadków zdarzenia, szczególnie w sytuacji, gdy mogłyby mieć one wpływ na powstanie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. SA w Warszawie uznał ten zapis za niedozwolony. Dodatkowo wskazał, że tego rodzaju zastrzeżenia zostały już kilkakrotnie zakwestionowane przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów i wpisane do rejestru klauzul niedozwolonych np. w wyroku SOKiK z dnia 2 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 123/07, poz. 1291<sup>39</sup>.

### **Klauzula nr 2011.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za

---

<sup>39</sup> Opis klauzuli i uzasadnienia wyroku znajduje się na stronie s. 30-31 Raportu.

niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„6. Niezależnie od obowiązków określonych w § 19-22 w ubezpieczeniu autocasco do obowiązków ubezpieczającego należy:*

*5) przedłożenie oryginalnych dokumentów (w przypadku kradzieży) potwierdzających pochodzenie pojazdu i umożliwiających jego identyfikację (np. brief, dokument odprawy celnej, umowa kupna-sprzedaży, faktura zakupu, karta pojazdu) oraz kompletu oryginalnych kluczy służących do otwarcia pojazdu w liczbie podanej we wniosku ubezpieczeniowym wraz z kompletem urządzeń uruchamiających systemy zabezpieczające przed kradzieżą (piloty, immobilizery, karty magnetyczne itp), chyba, że pojazd został utracony w wyniku rozboju”.*

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2011.

Powód zarzucił temu postanowieniu jego sprzeczność z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c. W ocenie powoda zapis ten nakładał niczym nieuzasadniony obowiązek przedłożenia oryginałów dokumentów potwierdzających pochodzenie pojazdu i umożliwiających jego identyfikację. Ustawa - Prawo o ruchu drogowym dopuszczała natomiast posługiwanie się w obrocie wtórnymi dokumentami pojazdu. Za niedozwolone i naruszające w sposób rażący dobre obyczaje i interesy konsumenta należy uznać takie zapisy o.w.u., które uniemożliwiają uzyskanie ubezpieczonemu odszkodowania, w sytuacji nie przedstawienia oryginałów dokumentu pojazdu, mimo, że nawet ustawodawca dopuścił skuteczne używanie wtórników.

Jeżeli chodzi o stanowisko strony pozwanej to miało one tożsamy charakter jak przy klauzuli abuzywnej nr 2007. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznając przedmiotowe postanowienie za niedozwolone do oceny jego abuzywności, odniósł argumenty przedstawione przy kontroli abstrakcyjnej klauzuli abuzywnej nr 2007 - w części dotyczącej obowiązku przedstawienia oryginalnych dokumentów oraz pojęcia rozboju.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. Argumentacja Sądu Apelacyjnego w Warszawie była tożsama jak w przypadku klauzuli abuzywnej nr 2007 i w części poświęconej ocenie nałożenia obowiązku przedstawienia tylko oryginalnych dokumentów.

### **Klauzula nr 2012.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony

Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„7. Ustalenie wartości szkody (w przypadku wybrania wariantu kosztorysowego) następuje na podstawie wyceny dokonanej przez ubezpieczyciela. Wyceny dokonuje się w oparciu o zasady systemu Audatex (bez uwzględnienia podatku VAT)”.*

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2012.

W ocenie powoda zakład ubezpieczeń w sposób bezzasadny i dowolny przyjął, że wysokość szkody ubezpieczonego nie obejmuje podatku VAT. Tym samym naruszona została także zasada zakresu odpowiedzialności za szkodę i sposobu wyliczenia odszkodowania wyrażona w art. 361 § 2 k.c. i 363 k.c.

Zdaniem pozwanego umowa ubezpieczenia autocasco ma charakter dobrowolny i zasady odpowiedzialności ubezpieczyciela, w szczególności dotyczące sposobu obliczania należnego odszkodowania mogą być ustalane w sposób dowolny w granicach zasady swobody umów. Przedstawiona przez powoda argumentacja była jak najbardziej słuszna, ale w odniesieniu do odszkodowania z ubezpieczenia obowiązkowego OC posiadaczy pojazdów mechanicznych, gdzie osoba poszkodowana ma prawo do uzyskania odszkodowania zapewniającego naprawienie szkody w pełnej wysokości.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis o ustaleniu wartości szkody bez uwzględniania podatku VAT (bez względu na to czy był to wariant kosztorysowy, czy w oparciu o system Audatex) uznać należało za sprzeczny z art. 363 § 2 k.c. w zw. z art. 361 § 2 k.c. Wysokość odszkodowania winna być ustalona według cen części zamiennych i usług koniecznych do wykonania naprawy.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. Zdaniem Sądu Apelacyjnego w Warszawie, jeżeli chodzi o rozstrzygnięcie Sądu I instancji w zakresie tego zapisu, to wprawdzie należało zgodzić się z uwagą pozwanego, że odszkodowanie określone w art. 805 § 2 pkt 1 k.c. ma charakter umowny i nie jest tożsame z odszkodowaniem, które przewidują przepisy ogólne prawa cywilnego (art. 361 i nast. k.c.), lecz okoliczność ta nie mogła jeszcze przesądzać o zasadności zarzutu skarżącego. Przedmiotowa regulacja naruszała uprawnienia ubezpieczonych, gdyż nie mogli oni uzyskać pełnej rekompensaty z tytułu doznanej szkody (wariant kosztorysowy) i to w znacznym rozmiarze. Jakkolwiek zakłady ubezpieczeniowe stosują w ogólnych warunkach umów ubezpieczenia mienia różne ograniczenia, które modyfikują

obowiązek całkowitego naprawienia szkody (np. franszyza redukcyjna), to takie działania powinny mieć charakter wyjątkowy. Pominięcie przy wycenie wartości szkody podatku VAT oznaczało, że na ubezpieczającego został przerzucony cały jego wydatek, co rażąco naruszało jego interesy i nie było do pogodzenia z dobrymi obyczajami. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie nie stoi na przeszkodzie, aby pozwany skalkulował wysokość stawki ubezpieczeniowej, w taki sposób, który pozwoli mu na prowadzenie z zyskiem tego rodzaju działalności ubezpieczeniowej, bez szkody dla interesów ubezpieczonych.

### **Klauzula nr 2013.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 9 lutego 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 782/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie - Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 5 marca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 155/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Concordia Polska Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„9. Ubezpieczyciel ma prawo do potrącenia z odszkodowania rat składki jeszcze nie wymagalnych niezależnie od tego, którego rodzaju ubezpieczenia dotyczy wypłata”.*

Postanowienie to w dniu 1 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2013.

Zdaniem powoda postanowienie to w sposób rażąco naruszało interes konsumenta, które polegało na tym, że ubezpieczyciel jednostronnie przypisał sobie prawo do potrącenia z odszkodowania rat składki, które nie były wymagalne. Powyższa możliwość zastrzeżona została bez względu na wysokość odszkodowania oraz ilość pozostałych do zapłacenia rat składki i ich wartość pieniężną. Działanie takie mogło doprowadzić do sytuacji, w której całość wypłaconego odszkodowania została potrącona przez ubezpieczyciela na poczet niewymagalnych składek ubezpieczeniowych i w efekcie naruszyć interes ekonomiczny konsumenta.

W ocenie pozwanego pomimo treści zakwestionowanego zapisu praktyka polegająca na potrącaniu niewymagalnych rat składki z kwoty wypłaconego odszkodowania nie miała miejsca. Dlatego też zapis ten miał zostać zmieniony przy okazji uchwalenia nowego brzmienia o.w.u. Zdaniem pozwanego nie było jednak argumentów, które mogłyby przemawiać za możliwością uznania tego elementu o.w.u. za postanowienie niedozwolone. Skoro bowiem zgodnie z umową ubezpieczenia miała nastąpić wypłata całego, nieumniejszonego świadczenia z tej umowy (co do zasady nawet w wysokości całej sumy ubezpieczenia), to nielogiczne byłoby, gdyby składka nie była opłacona w całości. Jeżeli świadczenie jednej strony umowy – zakładu ubezpieczeń miało

być wykonane w całości, to tym bardziej świadczenie drugiej strony – ubezpieczającego powinno być również wykonane w całości.

Zdaniem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to naruszało równowagę kontraktową stron, zobowiązując konsumenta do „zapłaty” rat składki jeszcze niewymagalnych, co wyczerpywało znamiona klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 16 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, utrzymał wyrok Sądu I instancji w części uznającej to postanowienie za niedozwolone. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie rację należało przyznać skarżącemu (stronie pozwanej), że postanowienie to nie wyczerpywało dyspozycji art. 385<sup>3</sup> pkt 16 k.c., jednakże naruszało przepis art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Z punktu widzenia interesów ubezpieczonego istotne jest, ażeby uzyskał on w danym momencie odszkodowanie pozwalające mu na likwidację powstałej szkody. Słusznie argumentowała strona powodowa, że akceptacja przedmiotowej klauzuli mogła prowadzić do powstania sytuacji, że składka ubezpieczeniowa, przewidziana do zapłaty w późniejszym terminie mogła mieć niebagatelną wysokość i poprzez jej potrącenie z odszkodowania, zostanie podważony cel umowy ubezpieczenia.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu były również następujące postanowienia wzorca umowy:

- *„Sumę ubezpieczenia ustala ubezpieczający w oparciu o wartość rynkową pojazdu na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia. Wartość ta musi odpowiadać cechom publikowanym w miesięczniku Info-Ekspert Pojazdy samochodowe – wartości rynkowe lub katalogu Eurotax z zastrzeżeniem postanowień § 28”.*

Zdaniem powoda postanowienie to było sprzeczne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i wyczerpywało znamiona postanowienia, o którym mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c. Posługiwało się nieprecyzyjnym pojęciem wartości rynkowej, nie wskazując czy wyliczona wartość pojazdu ma charakter brutto, czy netto. Precyzyjne określenie wartości rynkowej pojazdu jest o tyle istotne, iż od niej zależy wysokość sumy ubezpieczenia, jaką strony przyjmą w umowie. Użycie nieprecyzyjnego, niedookreślonego sformułowania tworzyło pole do dowolnej interpretacji umowy przez ubezpieczyciela, co wprost wypełniało przesłanki klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c.

Zdaniem strony pozwanej nie jest konieczne precyzowanie czy wartość pojazdu ma mieć charakter brutto, czy netto. Uzależnione to będzie od tego czy ubezpieczony pojazd jest związany z prowadzoną przez ubezpieczonego działalnością gospodarczą i czy (oraz w jakim zakresie)

dokonano odliczenia podatku VAT. Wynika to z przewidzianej w art. 824<sup>1</sup> § 1 k.c. zasady ustalania odszkodowania. Odwołanie się do cenników Info-Ekspert i Eurotax było precyzyjnym kryterium dotyczącym sposobu ustalania wartości rynkowej pojazdu.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie, które dotyczyło ustalenia sumy ubezpieczenia i wartości rynkowej pojazdu nie mogło zostać uznane za abuzywne, gdyż dotyczyło głównych świadczeń stron, a dodatkowo w sposób jednoznaczny wskazywało jaką wartość pojazdu przyjmuje ubezpieczyciel do ustalenia sumy ubezpieczenia. Postanowienie to nie było przedmiotem kontroli apelacyjnej.

- *„Ubezpieczyciel udziela zniżek składki za przyjęcie w umowie ubezpieczenia systemu rozliczeniowego kosztów naprawy według wariantu kosztorysowego”.*

W ocenie strony powodowej postanowienie to nakłaniało konsumenta do przyjęcia mniej korzystnego dla niego wariantu likwidacji szkody, oferując w zamian zniżkę w składce ubezpieczeniowej o niesprecyzowanej wysokości. Dodatkowo, konsument nie był informowany, jakie są konsekwencje przyjęcia kosztorysowego wariantu likwidacji szkody, w szczególności, że kosztorys nie uwzględnia podatku VAT. Niewątpliwie praktykę taką należało uznać za mającą na celu wprowadzenie w błąd konsumenta poprzez pozorne obiecanie mu korzyści, które w rzeczywistości prowadziło do pogorszenia jego sytuacji. Ponadto zakwestionowany zapis umowny naruszał interes ekonomiczny konsumenta poprzez wypłatę odszkodowania w mniejszej wysokości, co godziło w dobre obyczaje kupieckie, a także w zasadę rzetelnego traktowania konsumenta i w konsekwencji rażąco naruszał interes konsumentów. Tym samym należało uznać ten zapis za sprzeczny z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Zdaniem strony pozwanej umowa ubezpieczenia dobrowolnego może w sposób dowolny określać granice odpowiedzialności ubezpieczyciela. Dopuszczalne są takie warianty ochrony ubezpieczeniowej, w których uzyskane przez ubezpieczonego odszkodowanie nie zapewni mu możliwości pełnego naprawienia szkody. Wbrew twierdzeniom strony pozwanej – zasady dotyczące naprawienia szkody w wariantcie kosztorysowym były w o.w.u. wyraźnie określone. Był to wariant mniej korzystny dla ubezpieczonego. Udzielenie zniżki w składce za wybranie tego wariantu było logiczną konsekwencją przyjęcia takiego rozwiązania. Ubezpieczyciel stworzył możliwość wyboru pomiędzy standardowym sposobem naprawienia szkody (zapewniającego pełne odszkodowanie) a wariantem kosztorysowym, który nie zapewniając pełnego odszkodowania był wariantem tańszym.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to nie miało charakteru abuzywnego (z zastrzeżeniem, że wariant kosztorysowy obejmuje podatek VAT). Było



jednoznaczne i nie budziło żadnych wątpliwości interpretacyjnych. Ocena SOKiK w zakresie tego postanowienia nie była przedmiotem postępowania apelacyjnego.

- *„1. Obowiązkiem ubezpieczającego jest: 1) udzielanie ubezpieczycielowi odpowiedzi na pytania zamieszczone w umowie ubezpieczenia lub skierowane do niego w innej formie pisemnej, 2) podanie wszystkich znanych okoliczności istotnych dla oceny ryzyka i ustalenia składki.*  
*2. Jeżeli ubezpieczyciel zawarł umowę ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi ubezpieczającego na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne”.*

W ocenie strony powodowej, zakład ubezpieczeń w sposób niedozwolony używał nieodokreślonego zwrotu „podanie wszystkich znanych okoliczności”, bez sprecyzowania o jakie okoliczności chodzi. Niepodanie tych okoliczności mogło z kolei prowadzić do odmowy wypłaty odszkodowania. Za pomocą tego postanowienia ubezpieczyciel przypisał sobie prawo do wiążącej interpretacji umowy, czym naruszył normę z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i art. 385<sup>3</sup> pkt 11 k.c.

Zdaniem strony pozwanej w działalności ubezpieczyciela niezwykle ważna jest prawidłowa ocena przyjmowanego do ubezpieczenia ryzyka. W praktyce najwięcej informacji o przyjmowanym przez ubezpieczyciela ryzyku posiada sam klient. Zrozumiałe jest zatem oczekiwanie zakładu ubezpieczeń, że klient poda mu wszystkie informacje niezbędne do oceny ryzyka. Nie jest możliwe przewidzenie przez ubezpieczyciela wszystkich czynników, które mogą mieć wpływ na prawdopodobieństwo zajścia wypadku. Nie można stąd sprecyzować o jakie okoliczności chodzi. Ubezpieczyciel zakłada bowiem, że są to okoliczności znane klientowi, których sam ubezpieczyciel nie przewidział.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis ten odpowiadał treści art. 815 k.c. i jako zgodny z obowiązującymi przepisami prawa nie mógł zostać uznany za abuzywny. Ocena SOKiK w zakresie tego postanowienia nie była przedmiotem kontroli apelacyjnej.

- *„Ubezpieczający ma obowiązek niezwłocznie zgłaszać ubezpieczycielowi wszelkie zmiany okoliczności, które mogą mieć wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia wypadku”.*

Zdaniem powoda postanowienie to w sposób nieprecyzyjny określało obowiązki ubezpieczonego, czym naruszało art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c. Konsument jako podmiot o mniejszej świadomości prawnej powinien być dokładnie i w sposób wyczerpujący informowany o obowiązkach, jakie na nim spoczywają, a których prawidłowe wykonanie może mieć wpływ na uzyskanie odszkodowania. Tymczasem powyższe postanowienie było na tyle

nieprecyzyjne (nie było wiadomo o jakie okoliczności chodziło), iż stwarzało pole do dowolnej interpretacji tego zapisu przez ubezpieczyciela.

Zdaniem pozwanego postanowienie to było logiczną konsekwencją postanowienia umownego regulującego deklarację ryzyka. Chodziło o okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytał przed zawarciem umowy, a także inne znane ubezpieczającemu.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to odwoływało się do zdarzeń przyszłych i niepewnych (prawdopodobieństwa wypadku). Żadna ze stron umowy, zarówno przedsiębiorca jak i konsument nie może wiedzieć jaka zmiana i jakich okoliczności „ma wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa”. Postanowienie przyznające ubezpieczycielowi prawo do przeprowadzenia takiej oceny było sprzeczne z art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sąd I instancji w ten sposób, że oddalił powództwo w zakresie żądania uznania tego postanowienia za niedozwolone. SA w Warszawie w pełni podzielił zarzuty pozwanego podważające podgląd Sądu I instancji o abuzywności tego postanowienia. Przedmiotowy zapis został potraktowany w sposób wyrywkowy, bez analizy dalszej części zapisu o.w.u., gdzie wyjaśniono, że chodzi o te okoliczności, co do których ubezpieczyciel pytał przed zawarciem umowy. Również i to postanowienie nawiązywało do ustawowego uregulowania przyjętego w art. 815 § 2 k.c. i dlatego nie mogło zostać uznane za abuzywne.

- *„Jeżeli ubezpieczający umyślnie lub z rażącego niedbalstwa nie wykonał obowiązków określonych w ust. 1, ubezpieczyciel ma prawo odmówić wypłaty odszkodowania”.*

Powyżej wskazanemu postanowieniu powód zarzucił jego sprzeczność z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i art. 385<sup>3</sup> pkt 9 i 11 k.c. W ocenie powoda postanowienie to w sposób rażący naruszało interesy konsumenta, ponieważ niewykonanie umyślnie lub z rażącego niedbalstwa obowiązków związanych z podjęciem przez ubezpieczonego (kierowcę) wszelkich dostępnych środków w celu zmniejszenia szkody, uzasadniało odmowę wypłaty odszkodowania bez względu na to czy zachowanie ubezpieczonego pozostawało w związku z brakiem zmniejszenia szkody. Postanowienie to wprost naruszało dyspozycję art. 826 § 3 k.c., który uwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności z powodu niezapobieżenia szkodzie lub zmniejszeniu jej rozmiarów na skutek umyślnego działania lub rażącego niedbalstwa ubezpieczonego, ale tylko w sytuacji, w której szkoda powstała właśnie z powodu zachowania się ubezpieczającego.

Pozwany odnosząc się do powyżej sformułowanych zarzutów, wskazał, że postanowienie to zostało aneksem do o.w.u. dostosowane do stanu zgodnego z prawem (do treści art. 826 k.c.).

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo w zakresie tego postanowienia, gdyż pozwany dostosował jego brzmienie do stanu zgodnego z prawem, a od zaprzestania stosowania zakwestionowanego postanowienia do wytoczenia powództwa upłynęło ponad 6 miesięcy. Ocena SOKiK o przyczynach nieuznania tego postanowienia za abuzywne nie była przedmiotem kontroli apelacyjnej.

- *„Ubezpieczający (ubezpieczony, uprawniony) ma obowiązek udostępnić dokumenty, które ubezpieczyciel uzna za niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania”.*

Powyżej wskazanemu postanowieniu powód zarzucił jego sprzeczność z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c. W ocenie powoda postanowienie to w sposób rażąco naruszało interesy konsumentów, ponieważ nie precyzowało, jakich dokumentów ma prawo oczekiwać ubezpieczyciel od ubezpieczonego. Zdaniem powoda zakład ubezpieczeń powinien zawrzeć wyczerpujący katalog dokumentów, jakich może żądać od ubezpieczonego, z zaznaczeniem dla jakich celów dokument byłby wykorzystany. Nieprecyzyjne sformułowanie obowiązku ubezpieczonego stanowiło naruszenie zasad lojalności i uczciwości kupieckiej, definiowało bowiem obowiązek ubezpieczonego w sposób nieprecyzyjny, co z kolei mogło skutkować odmową wypłaty odszkodowania za powstałą szkodę.

Zdaniem strony pozwanej nie jest możliwe przewidzenie wszystkich możliwych kategorii dokumentów, jakie będą konieczne do prawidłowej likwidacji szkody. To jaki dokument będzie niezbędny jest wiadomo dopiero po zajściu wypadku ubezpieczeniowego. Dlatego też nie jest możliwe sformułowanie wyczerpującego, enumeratywnego postanowienia zawierającego katalogu dokumentów, jakie można żądać od ubezpieczonego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było niedozwolone. Ubezpieczyciel w sposób dowolny przyznał sobie prawo do żądania od konsumenta bliżej nieokreślonych dokumentów, tj. takich jakie „uzna za niezbędne”. Pozwany jako podmiot profesjonalnie zajmujący się ubezpieczeniami, winien wiedzieć i wskazać konsumentowi, jakie dokumenty są mu niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sąd I instancji w ten sposób, że oddalił powództwo w zakresie żądania uznania tego postanowienia za niedozwolone. W ocenie SA w Warszawie nie można było zgodzić się ze stanowiskiem Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, jakoby postanowienie to zastrzegało dowolność postępowania pozwanego zakładu ubezpieczeń przy uznawaniu dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o wypłatę odszkodowania. Trafnie argumentował skarżący, że nie jest możliwe określenie z góry – jakie dokumenty okażą się konieczne do prawidłowej likwidacji

szkody, a zapis ten znajdował swój odpowiednik w przepisie art. 16 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Nie sposób było dopatrzeć się wskazywanego przez powoda naruszenia art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c.

- *„1. Prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni (osoby fizyczne) lub w terminie 7 dni (osoby prawne) od daty zawarcia na okres dłuższy niż 6 miesięcy. Odstąpienie od umowy nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłaty składki za okres, w którym ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.*  
*2. Zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nastąpi po potrąceniu kosztów manipulacyjnych w wysokości 20% zwracanej składki.”*

Postanowieniu, o którym mowa w ust. 1, powód zarzucił rażące naruszenie interesów konsumentów. Zdaniem powoda niedopuszczalne było wyłączenie prawa konsumenta do odstąpienia od umowy ubezpieczenia, jeżeli umowa ta została zawarta na okres krótszy niż 6 miesięcy. Postanowieniu wskazanym w ust. 2, powód zarzucił, iż wyłączało ono z góry możliwość zwrotu części uiszczonej przez ubezpieczonego składki za niespełnione przez pozwanego świadczenie. Dodatkowo, nakładało na konsumenta niczym nieuzasadnioną opłatę manipulacyjną w rażąco wysokim procencie kwoty zwracanej składki. Opłata ta stanowiła nałożenie na konsumenta „odstępnego”, co wprost naruszało normę z art. 385<sup>3</sup> pkt 16 k.c. Tym samym było sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając interesy konsumenta.

Jeżeli chodzi o postanowienie, o którym mowa w ust. 1, to pozwany wskazał, że stanowiło ono wierne przeniesienie na grunt o.w.u. treści art. 812 § 4 k.c. Trudno zatem uznać, aby ten sam ustawodawca, który sformułował treść art. 385<sup>1</sup> k.c. w tym samym akcie prawnym wprowadził przepis będący sam w sobie klauzulą abuzywną. Odnosnie zarzutu powoda w przedmiocie postanowienia wskazanego w ust. 2, pozwany poinformował, iż aneksem do o.w.u. zmienił treść zapisu, dostosowując go do brzmienia art. 813 § 2 k.c. z tym zastrzeżeniem, że zwrot składki nie należał się w przypadku wykorzystania ochrony ubezpieczeniowej, przez które rozumiało się wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego wyczerpującego sumę ubezpieczenia.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zapis, o którym mowa w ust. 1, odpowiadał treści art. 814 § 4 k.c. i jako taki nie mógł zostać uznany za niedozwolony. Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo w zakresie tego postanowienia, o którym mowa w ust. 2, gdyż pozwany dostosował jego brzmienie do stanu zgodnego z prawem, a od zaprzestania stosowania zakwestionowanego postanowienia do wytoczenia powództwa upłynęło ponad 6 miesięcy. Ocena SOKiK w zakresie tych postanowień nie była przedmiotem kontroli w postępowaniu apelacyjnym.

## **Klauzula nr 2035.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 8 lipca 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 824/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń Ergo Hestia S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Sądem właściwym dla rozstrzygania ewentualnych sporów w zakresie świadczenia usług drogą elektroniczną jest Sąd powszechny RP wg siedziby STU Ergo Hestia S.A. w Sopocie”.*

Postanowienie to w dniu 27 września 2010 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2035.

W ocenie powoda zakwestionowane postanowienie „Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną” było sprzeczne z dobrymi obyczajami, rażąco naruszało interes ekonomiczny konsumenta, gdyż narzucało konsumentom właściwość miejscową sądu.

Wyrokiem zaocznym z dnia 14 kwietnia 2010 r. Sąd Okręgowy w Warszawie, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał za niedozwolone postanowienie objęte żądaniem pozwu i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami.

Strona pozwana w sprzeciwie od wyroku zaocznego podniosła, że zgodnie z art. 16b pkt 19 ustawy z dnia 2 marca 2000 r. o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną przez produkt niebezpieczny została zobowiązana do wskazania we wzorcu umowy sądu właściwego do rozstrzygania sporów. Dodatkowo, regulamin, w którym zawarte było to postanowienie, dotyczył tylko i wyłącznie umów o świadczenie usług drogą elektroniczną, a nie umów ubezpieczenia. Kwestionowane postanowienie nie wyłączało jurysdykcji sądów polskich, nie poddawało sprawy pod rozstrzygnięcie sądu polubownego polskiego lub zagranicznego albo innego organu, a także nie narzucało rozpoznania sprawy przez sąd, który wedle ustawy nie jest miejscowo właściwy na podstawie art. 385<sup>3</sup> pkt 23 k.c. Zdaniem ubezpieczyciela w sporach powstałych lub mogących powstać z zawartej w oparciu o ten regulamin umowy był i będzie zawsze podmiot świadczący usługę, a zatem sądem właściwym według właściwości ogólnej (art. 30 k.p.c.) jest sąd siedziby ubezpieczyciela. Dodatkowo, konsument przy zawieraniu umowy może skorzystać z różnych sposobów jej zawarcia, w tym również przez internet, przy czym w tym ostatnim wypadku przed skorzystaniem z usługi zapoznaje się on w pierwszej kolejności z regulaminem świadczenia usług drogą elektroniczną, który akceptuje albo nie. Dopiero akceptacja tego regulaminu rodzi możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów wzorzec umowy, który zawierał zakwestionowane postanowienie, nie stanowił podstawy do zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodnie bowiem z treścią regulaminu został on sporządzony przy uwzględnieniu art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną, a jego przedmiotem było określenie (sposobu) korzystania z usług świadczonych drogą elektroniczną za pośrednictwem serwisu Hestia, a w szczególności sposobu zachowania danych związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia, o prawie właściwym do zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia, sposobie jej rozwiązania oraz trybie dochodzenia roszczeń z umowy ubezpieczenia. Fakt, iż przedmiotowy regulamin regulował zasady zachowania danych związanych z umową ubezpieczenia, nie powodowało, że na jego podstawie był nawiązywany stosunek ubezpieczenia, a zatem rzeczone postanowienie nie powodowało narzucenia właściwości sądu miejscowo właściwego dla siedziby ubezpieczyciela w stosunkach ubezpieczenia, nawet jeśli za pośrednictwem sieci internetowej została zawarta umowa ubezpieczenia. Dalej idąc, SOKiK wskazał, że ustawa o świadczeniu usług drogą elektroniczną regulowała jedynie prawo właściwe (prawo materialne) dla sporów wynikających z realizacji umowy o świadczenie usług drogą elektroniczną. Nie odnosiła się do właściwości miejscowej sądu. Natomiast art. 16b ust. 19 ustawy o ochronie niektórych praw konsumentów oraz o odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną za produkt niebezpieczny nakładał na przedsiębiorcę jedynie obowiązek poinformowania, przy użyciu środka porozumiewania się na odległość, najpóźniej w chwili złożenia mu propozycji zawarcia umowy, o sądzie właściwym dla rozstrzygnięcia sporów związanych z wykonaniem umowy zawartej na odległość. Zdaniem SOKiK, literalna wykładnia tego przepisu nie prowadziła do wniosku, że koniecznym było oznaczenie wprost siedziby sądu. Przywołany przepis ustawy nakładał jedynie obowiązek wskazania co do zasady właściwości miejscowej sądu, a zatem poprzez odwołanie się do przepisów art. 27 i nast. k.p.c. możliwym było, w zależności od okoliczności konkretnej sprawy i wyboru jednej z podstaw właściwości sądu, wskazanie, iż spory będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla przedsiębiorcy, bądź sąd miejsca zamieszkania konsumenta. W ocenie SOKiK nietrafny był argument pozwanego, że tak określona właściwość sądu uzasadniona była faktem, że w sporach wynikających ze świadczenia usług drogą elektroniczną stroną pozwaną mógł być tylko ubezpieczyciel, a co za tym idzie sądem właściwym będzie sąd oznaczony według zasady ogólnej (art. 30 k.p.c.) Przedmiotowy regulamin przewidywał możliwość sporu ubezpieczyciela z konsumentem z tytułu szkody wyrządzonej przez konsumenta wskutek przesłania przez niego informacji o charakterze bezprawnym, obraźliwym, mogącym wprowadzić w błąd, a także treści zawierających wirusy lub mogących wywołać zakłócenia lub uszkodzenia systemów komputerowych. W takim przypadku, wobec treści zakwestionowanego postanowienia umownego, niezależnie od miejsca zamieszkania

konsumenta, musiał on w celu obrony swoich praw prowadzić proces w sądzie właściwym dla siedziby ubezpieczyciela, podczas gdy w braku tegoż postanowienia toczyłby on ten spór przed sądem, w którego okręgu zamieszkuje. Pomijając nawet powyższe, również w wypadku, w którym układ procesowy przedstawiłby się tak jak twierdzi pozwany (konsument pozywa ubezpieczyciela na tle zobowiązania wynikającego z umowy zawartej w oparciu o regulamin), kwestionowane postanowienie nie mogło się ostać, a to z tej przyczyny, że właściwość ogólna jest podstawową, ale nie jedyną podstawą właściwości jaka może znaleźć zastosowanie i z której konsument może skorzystać. Nie można wykluczyć, że zaistniałby spór, który pozwoliłby konsumentowi skorzystać z sądu właściwego według miejsca wykonania zobowiązania (art. 34 k.p.c.), które znajduje się w jego miejscu zamieszkania – co z przyczyn oczywistych byłoby dla niego bardziej wygodne niż konieczność poszukiwania ochrony prawnej w sądzie ogólnie właściwym dla pozwanego (art. 30 k.p.c.). Zamieszczając w treści regulaminu postanowienie o treści powyżej wskazanej zakład ubezpieczeń wykluczył możliwość skorzystania z innej właściwości niż właściwość ogólna, która to była korzystna tylko dla ubezpieczyciela. Powyższe względy, w tym wskazana wprost sprzeczność kwestionowanego postanowienia umownego z przepisem art. 385<sup>3</sup> pkt 23 k.c., powodowały, że w ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, postanowienie to należało uznać za niedozwolone i zakazać jego stosowania w obrocie z konsumentami.

Niezależnie od powyższej oceny, SOKiK w uzasadnieniu wyroku zwrócił również uwagę, że postanowienie to było zbieżne z postanowieniami umownymi uprzednio wpisanymi do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 76, 77, 169, 310, 409, 637, 801, 879, 913, 922, 1404, 1449, 1663, 1734, 1735, 1799.

### **Klauzula nr 2161.**

Sąd Apelacyjny w Warszawie wyrokiem z dnia 14 maja 2010 r. w sprawie sygn. akt VI ACa 1175/09, po rozpoznaniu apelacji od wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie, Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 29 czerwca 2009 r. w sprawie sygn. akt AmC 274/09, uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez UNIQA Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Opłata likwidacyjna (koszt wykupu środków zgromadzonych na ORJU składek regularnych) – przy dokonaniu całkowitego lub częściowego wykupu certyfikatu ubezpieczeniowego – 100% jeżeli składki regularne były łącznie opłacane krócej niż 1 rok”.*

Postanowienie to w dniu 4 lutego 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2161.

W ocenie powoda postanowienie to naruszało obowiązek rzetelnego i kompleksowego informowania konsumenta o istotnych okolicznościach dotyczących jego praw i obowiązków, a także nie realizowało przewidzianego w art. 13 ust. 4 pkt 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej obowiązku określenia lub zawarcia w umowie zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Powodowało to, że tak sformułowane postanowienie umowne rażąco naruszało interesy konsumenta, gdyż wykreowało nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na niekorzyść klienta. Jednocześnie, godziło w dobre obyczaje, gdyż nie pozwalało konsumentowi zapoznać się ze specyfiką i charakterystyką opłaty likwidacyjnej oraz uniemożliwiało przeprowadzenie realnej oceny o ekwiwalentności świadczeń wynikających z umowy.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa w całości, podnosząc, że ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniem kapitałowym miały zastosowanie do przedsiębiorców, którzy występują w roli ubezpieczających. Nie była to umowa zawierana z konsumentem w rozumieniu art. 22<sup>1</sup> k.c. Powód nie posiadał zatem czynnej legitymacji procesowej. Niezależnie od tego zakwestionowane postanowienie nie miało charakteru abuzywnego.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w całości podzielił stanowisko zaprezentowane przez ubezpieczyciela. Uznał, iż w świetle art. 479<sup>38</sup> § 1 k.c. powód nie miał czynnej legitymacji procesowej, gdyż nie mógł on z ubezpieczycielem zawrzeć umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Stronami takiego stosunku zobowiązaniowego byli przedsiębiorcy, a ubezpieczony (np. powód) był wyłącznie beneficjentem takiej umowy. Poglądu takiego nie zmieniał fakt, że przepis art. 805 § 5 k.c. stanowił, że w przypadku gdy umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej art. 385<sup>1</sup>, 385<sup>3</sup> k.c. stosuje się odpowiednio, albowiem to przepisy kodeksu postępowania cywilnego przesadzają o katalogu podmiotów uprawnionych do inicjowania abstrakcyjnej kontroli wzorców umownych, a nie przepisy prawa materialnego. Niezależnie od tego, Sąd I instancji, merytorycznie ustosunkował się do treści zakwestionowanego postanowienia. W ocenie SOKiK postanowienie to zawierało wszelkie, niezbędne informacje. Nie można utożsamiać pojęcia składki ubezpieczeniowej z pojęciem „kosztów wykupu”, gdyż w tym drugim przypadku chodziło *de facto* o koszt manipulacyjny, jaki trzeba było ponieść żeby wykupić środki zgromadzone na osobistym rachunku osoby ubezpieczonej. Poza tym, umowa ubezpieczenia na wypadek śmierci



lub dożycia określonego wieku ma charakter długoterminowy i powszechnie wiadomym jest, że w pierwszych latach koszt wykupu alokowanych środków jest większy, niż w kolejnych latach, a co za tym idzie również opłaty manipulacyjne są wyższe. Z tych względów zakwestionowane postanowienie nie naruszało treści art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i nie nosiło znamion przesłanek klauzuli abuzywnej przykładowo wymienionej w art. 385<sup>3</sup> k.c.

Sąd Apelacyjny w Warszawie, po rozpoznaniu apelacji, zmienił wyrok Sądu I instancji w ten sposób, że uznał zakwestionowane postanowienie za niedozwolone i zakazał jego stosowania w obrocie z konsumentami. W ocenie SA w Warszawie ubezpieczony konsument posiadał legitymację czynną do wytoczenia powództwa o uznanie postanowienia wzorca umowy za niedozwolone. Wprawdzie z formalnoprawnego punktu widzenia nie mógł on zawrzeć umowy ubezpieczenia, ale jako jej beneficjent (potencjalny ubezpieczony) odgrywałby pierwszoplanową rolę w powstałym stosunku zobowiązaniowym. Na ubezpieczonym spoczywałby cały ciężar ekonomiczny związany z udzielaniem mu ochrony ubezpieczeniowej, podczas gdy dla ubezpieczającego zostały zastrzeżone tylko pewne czynności o charakterze organizacyjnym, służące należytej dbałości o interes ubezpieczonego. Dla ubezpieczonego nie jest rzeczą obojętną kwestia wysokości pobieranych przez ubezpieczyciela opłat, skoro takie wydatki są pokrywane bezpośrednio z jego środków.

W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie, Sąd I instancji pozostawał w błędzie utrzymując, że koszty wykupu środków (opłata likwidacyjna) nie będą, w pierwszym roku obowiązywania umowy ubezpieczenia, pochłaniały wszystkich środków, stanowiących równowartość zaewidencjonowanych na osobistym rachunku ubezpieczonego jednostek uczestnictwa w danym funduszu kapitałowym. Zgodnie z treścią o.w.u. „wykup” oznaczał wypłatę środków zgromadzonych na osobistym rachunku jednostek uczestnictwa (ORJU) pomniejszoną o koszt przewidziany w tabeli opłat i limitów, tj. o opłatę likwidacyjną. Z kolei z punktu 2 tej tabeli wynikało, że koszt ten będzie wynosił w pierwszym roku 100%, z tym że nie sprecyzowanego – czego? Skoro jednak w punkcie 1 tejże tabeli inna opłata (opłata administracyjna) była określona procentowo od wartości rachunku jednostek uczestnictwa to nie było powodów, aby przyjąć odmienny punkt widzenia w przypadku sposobu wyliczenia opłaty likwidacyjnej. Poza tym, w odpowiedzi na pozew, zakład ubezpieczeń nie negował tezy powoda, że rezygnacja przez ubezpieczonego z dalszego wnoszenia składek ubezpieczeniowych w pierwszym roku trwania ubezpieczenia będzie skutkować utratą wszystkich środków, jakie zostaną uzyskane poprzez wykup jednostek uczestnictwa. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie ubezpieczyciel przewidział dla ubezpieczonego swoistą sankcję za rezygnację z dalszego kontynuowania umowy bez powiązania jej z realnie poniesionymi wydatkami w przypadku zawarcia ubezpieczenia na rzecz konkretnej osoby. Przy czym zastrzeżenie to miało

charakter uniwersalny, tzn. było całkowicie niezależne od wartości posiadanych przez ubezpieczonego jednostek uczestnictwa. Tak sformułowane postanowienie naruszało dobre obyczaje, gdyż skutkowało przejściem przez ubezpieczyciela całości wykupionych środków w całkowitym oderwaniu od skali poniesionych przez ten podmiot wydatków. Nie wystarczało tu ogólne powołanie się na rzekomo powszechnie znany fakt, że koszt wykupu alokowanych środków w pierwszych latach obowiązywania umowy ubezpieczenia jest wyższy niż w latach następnych z uwagi na wyższe opłaty manipulacyjne. Nie stanowiło też dostatecznego usprawiedliwienia dla stosowania tak rygorystycznego automatyzmu okoliczność, że umowy ubezpieczenia na życie mają ze swej natury długoterminowy charakter. Kwestionowany zapis rażąco naruszał interes konsumenta, gdyż prowadził do uzyskiwania przez ubezpieczyciela pewnych korzyści, kosztem ubezpieczonego, zwłaszcza gdy ten ostatni zgromadził na swoim rachunku osobistym aktywa o znacznej wartości. Słusznie zatem powód wskazywał, że przedmiotowa klauzula wypełniała dyspozycję przepisu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

Przedmiotem kontroli abstrakcyjnej w niniejszym postępowaniu było również postanowienie o.w.u. o treści: „w każdym momencie trwania umowy ubezpieczenia [...] ma prawo dokonać zmian warunków umowy poprzez dostarczenie ubezpieczającemu nowej treści OWU”.

Strona powodowa zarzuciła temu zapisowi umownemu, że nie wskazywało ono postanowień objętych klauzulą modyfikacyjną, jak również ważnych przyczyn uzasadniających jednostronną zmianę umowy, co stało w sprzeczności z dyspozycją art. 385<sup>3</sup> pkt 10 i 19 k.c. Strona pozwana, podobnie jak w przypadku klauzuli abuzywnej nr 2161, wniosła o oddalenie powództwa z powodu braku legitymacji czynnej powoda i z uwagi na brak przesłanek do uznania o abuzywności tego postanowienia.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo również w zakresie tego postanowienia i z przyczyn wskazanych przy opisie klauzuli abuzywnej nr 2161 (brak legitymacji powoda). Podobnie, merytorycznie ustosunkował się do treści zakwestionowanego postanowienia. SOKiK wskazał, że przewidziana możliwość zamiany o.w.u. nie regulowała praw i obowiązków konsumenta (ubezpieczonego), gdyż prawo wniesienia sprzeciwu przeciwko takim zmianom przysługiwało wyłącznie ubezpieczającemu (przedsiębiorcy) i w razie dokonania takiej czynności dochodziło do wypowiedzenia umowy łączącej ubezpieczyciela z ubezpieczającym, co nie miało wpływu na prawa i obowiązki ubezpieczonego. W treści o.w.u. przewidziano bowiem obowiązek informowania ubezpieczonego o dokonanych zmianach przed wyrażeniem zgody na ich wprowadzenie, a wobec braku odrębnych uregulowań we wzorcu umownym, dotyczących tej kwestii, zastosowanie miały przepisy ustawowe, które gwarantowały osobie ubezpieczonej, iż w przypadku nieprzekazania jej stosowanych informacji o zamierzonych modyfikacjach w o.w.u.,

zmiana warunków umowy ubezpieczenia była skuteczna względem ubezpieczonego jedynie w części dla niego korzystnej. Sąd I instancji podniósł również, że ubezpieczony miał możliwość zachowania ciągłości ubezpieczenia w drodze indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na wypadek rozwiązania umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Sąd I instancji nie uznał zatem, iż zakwestionowany zapis umowny był postanowieniem niedozwolonym.

Ocena o braku abuzywności tego postanowienia umownego została podzielona w postępowaniu apelacyjnym przez Sąd Apelacyjny w Warszawie. Zdaniem tego Sądu, pomijając nawet kwestię adresata tego zapisu (dotyczył on ubezpieczającego, a nie ubezpieczonego), nie sposób było zauważyć, iż istota tego zapisu umownego sprowadzała się do zagwarantowania ubezpieczycielowi prawa dokonania zmian umowy w całym okresie jej obowiązywania. Natomiast powód w sposób nieuprawniony powiązał użyty w nim zwrot „w każdym momencie” z brakiem konieczności zaistnienia ważnej przyczyny do dokonania modyfikacji o.w.u. W ocenie Sądu Apelacyjnego w Warszawie ubezpieczyciel nie naruszył tu również przepisu art. 385<sup>3</sup> pkt 19 k.c., który zakazuje wprowadzania do umowy zastrzeżenia przewidującego uprawnienie kontrahenta konsumenta do dokonania jednostronnej zmiany, bez ważnych przyczyn, istotnych cech świadczenia. Stosowne gwarancje stabilności postanowień zawartej na rzecz osoby ubezpieczonej umowy ubezpieczenia na życie zawierały postanowienia o.w.u., które regulowały obowiązek poinformowania ubezpieczonego o zmianach przed wyrażeniem zgody na ich dokonanie i skutki niewykonania tego obowiązku informacyjnego. Jakkolwiek z treści zakwestionowanego postanowienia umownego nie wynikało wprost – o wyrażenie czyjej zgody chodziło - to skoro była tam mowa o informacji dotyczącej zmian warunków ubezpieczenia kierowanej do ubezpieczonego, w grę mogła wchodzić tylko jego wola, tym bardziej, że ustawodawca w przepisie art. 829 § 2 k.c. zawarł wymóg uzyskania uprzedniej zgody ubezpieczonego zarówno na zawarcie umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, jak i na jej zmianę. Prawidłowo zatem Sąd I instancji uznał, że sporny zapis umowny nie mógł rodzić negatywnych skutków prawnych dla ubezpieczonego.

### **Klauzula nr 2305.**

Sąd Okręgowy w Warszawie - Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 14 stycznia 2011 r. w sprawie sygn. akt 1667/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Pisma towarzystwa skierowane pod ostatni znany towarzystwu adres ubezpieczającego, uczestnika, uposażonego, uposażonego zastępczego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, uważa się za doręczone po upływie trzydziestu dni od dnia ich wysłania”.*

Postanowienie to w dniu 13 maja 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2305.

W ocenie powoda postanowienie to stanowiło niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> k.c. – było sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszało uzasadniony interes konsumenta, ponieważ w sposób sprzeczny z prawem wprowadzało domniemanie doręczenia oświadczeń zakładu ubezpieczeń konsumentowi na niekorzyść konsumenta.

Zdaniem pozwanego zakwestionowane postanowienie nie było sprzeczne z dobrymi obyczajami, zaś istniejąca w pewnym stopniu nierównowaga kontraktowa, ustanawiająca domniemanie doręczenia wyłącznie na korzyść ubezpieczyciela, nie stanowiła rażącego naruszenia interesów konsumenta. Wprowadzenie przedmiotowego postanowienia uzasadnione było przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej. Zgodnie bowiem z art. 13 ust. 3 tejże ustawy w zakresie ubezpieczeń, o których mowa w dziale I załącznika do ustawy, zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a w przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalone na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o każdej zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia. Ponadto ust. 3a i 3c ww. przepisu ustawy o działalności ubezpieczeniowej przewidywały obowiązek przekazywania ubezpieczonemu i ubezpieczającemu określonych informacji. Istotne przy tym było to, iż w przypadku nieprzekazania ubezpieczonemu wymaganych informacji, zmiana warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia, wysokość świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym wartość wykupu, sumy ubezpieczenia w przypadku umowy ubezpieczenia z sumą ubezpieczenia wyrażoną w ustalonej kwocie oraz wartości premii jest skuteczna względem ubezpieczonego jedynie w części korzystnej dla tego ubezpieczonego. Podobny obowiązek nakładał art. 16 ust. 1 ustawy, zgodnie z którym po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z

roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. Strona pozwana podkreśliła również, że umowa ubezpieczenia jest kontraktem najwyższego zaufania, dlatego w o.w.u. zawarte zostało zobowiązanie, iż nie będzie on korzystał z postanowień zawartych we wzorcu, godzące w dobre obyczaje, ani w inny sposób, który postanowienia uprawniające go do stosowanych ustaleń czyniłby niedozwolonymi. Ponadto klauzula ta miała zastosowanie jedynie wówczas, gdy konsument nie zaktualizował uprzednio przekazanych danych. Nieprzekazanie zaś przez konsumenta informacji o zmianie adresu mogło skutkować niewykonaniem przez zakład ubezpieczeń jego obowiązków ustawowych.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to spełniało przesłanki uznania go za niedozwoloną klauzulę umowną. Kwestionowane postanowienie umowy rażąco naruszało interes konsumenta, gdyż poważnie i znacząco odbiegało od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia. W niniejszej sprawie nie ulegało wątpliwości, że stosowane przez pozwanego postanowienie umowne godziło w zasadę równowagi kontraktowej, naruszając tym samym interesy konsumenta. Zgodnie bowiem z art. 61 § 1 k.c., oświadczenie woli, które ma być złożone drugiej stronie, jest złożone z chwilą, gdy doszło do niej w taki sposób, że mogła zapoznać się z jego treścią. Przepis ten w zakresie składania oświadczeń woli opowiada się za teorią doręczenia. Nie wymaga jednak, aby adresat oświadczenia faktycznie zapoznał się z jego treścią. Decydujące znaczenie ma sama możliwość zapoznania się. Złożenie oświadczenia woli ma miejsce także wówczas, gdy strona mając realną możliwość zapoznania się z jego treścią z własnej woli nie podjęła przesyłki pocztowej, zawierającej to oświadczenie (por. wyrok SN z dnia 11 grudnia 1996 r., I PKN 36/96, OSNC 14/97, poz. 251). Jeżeli więc oświadczenie zostało przesłane adresatowi listem albo innym sposobem porozumiewania się na odległość, składający oświadczenie powinien wykazać np. za pomocą pocztowego dowodu nadania albo zwrotnego poświadczenia odbioru że list został adresatowi doręczony. Pocztowy dowód nadania listu poleconego nie jest wprawdzie dowodem doręczenia go adresatowi, ale jest dowodem *prima facie*. W wyroku z dnia 15 stycznia 1990 r. (I CR 1410/89) Sąd Najwyższy wyjaśnił, że jeżeli treść oświadczenia woli składanego innej osobie jest zawarta w piśmie przesłanym pocztą, a przesyłka - wobec niemożności doręczenia - została pozostawiona w urzędzie pocztowym z powiadomieniem o niej jej adresata, dojście oświadczenia do wiadomości tej osoby w rozumieniu art. 61 k.c. następuje z chwilą doręczenia pisma w dniu przyjętym analogicznie do daty doręczenia pisma sądowego w trybie art. 139 § 1 k.p.c. Podobny pogląd wyrażony został także w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 października 1974 r. I CR 407/74 (OSNCP 10-11/75, poz. 152).

Mając na uwadze ogólną zasadę składania oświadczeń woli, wyrażoną w art. 61 § 1 k.c., oraz fakt, że uregulowana ona jest w przepisie ustawy, przyjąć należało, że treść zakwestionowanego postanowienia była sprzeczna z prawem oraz godziła w zasadę swobody umów. Jednocześnie, w sposób rażący postanowienie to naruszało interes konsumenta, albowiem prowadziło do postawienia go w sytuacji słabszej strony stosunku prawnego i obarczało negatywnymi konsekwencjami. Przyjęcie bowiem konstrukcji domniemania doręczenia z upływem 30 dni od dnia wysłania pisma, powodowało, że konsument nie miał możliwości wykazania, że nie mógł zapoznać się z treścią kierowanych do niego przez zakład ubezpieczeń informacji. Sam fakt wysłania pisma na adres konsumenta nie stanowił żadnego dowodu, że miał on realną możliwość zapoznać się z treścią kierowanej do niego korespondencji. SOKiK podzielił przy tym wskazania Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zawarte w „Raporcie z kontroli wzorców umownych stosowanych przez zakłady ubezpieczeń”<sup>40</sup>, że wprowadzanie do umów domniemania doręczenia jest dopuszczalne, jednakże jedynie w sytuacji przysługiwania takiego domniemania w stosunku do obu stron umowy. Nieuzasadnione było przy tym twierdzenie pozwanego, że adres siedziby zakładu ubezpieczeń jest faktem powszechnie znanym i dostępnym, wobec czego konsumentowi nie powinny przysługiwać analogiczne. W ocenie SOKiK, podobna sytuacja występuje w stosunku do konsumenta. Podpisując umowę z ubezpieczycielem, konsument wskazuje adres, na który winna być kierowana korespondencja i wiedza ta jest zakładowi ubezpieczeń znana. Stosując natomiast zasady doręczeń zawarte w art. 61 § 1 k.c., zakład ubezpieczeń winien konsumentowi wysłać wszelkie wymagane prawem informacje pod znany sobie adres wskazany w umowie. Posiadając dowód doręczenia takiej korespondencji, pozwany będzie zwolniony z sankcji jakie nakłada na niego ustawa o działalności ubezpieczeniowej za niedopełnienie obowiązków informacyjnych wobec konsumenta. Bez znaczenia pozostaje przy tym, czy konsument zaktualizował swoje dane, w tym dane adresowe, informując o tym ubezpieczyciela, bowiem jak wskazano powyżej, dojście do wiadomości konsumenta w rozumieniu art. 61 k.c. następuje z chwilą doręczenia pisma w dniu przyjętym analogicznie do daty doręczenia pisma sądowego w trybie art. 139 § 1 k.p.c. Jeżeli nawet konsument zaniechałby obowiązku aktualizacji danych, a zakład ubezpieczeń doręczyłby pismo na nieaktualny, ale ostatni znany mu adres, to pozwany nie podniósłby negatywnych konsekwencji doręczenia korespondencji na nieaktualny adres, albowiem w trybie domniemania wynikającego z art. 61 § 1 k.c. przesyłkę należało uznać za prawidłowo doręczoną. Wobec powyższych wywodów uznać należało, że przyjęcie domniemania doręczenia powiązanego z jedynie z faktem wysłania oświadczenia woli, bez możliwości zapoznania się, choćby tylko

---

<sup>40</sup> Raport z kontroli wzorców umownych ubezpieczeń na życie, Warszawa, styczeń 2010 r., s. 16-17, [www.uokik.gov.pl/download.php?id=598](http://www.uokik.gov.pl/download.php?id=598)

domniemanego, z jego treścią, w sposób rażący, tj. oczywisty, niewątpliwy i bezsporny naruszało interesy konsumenta. Wobec tego postanowienie to spełniało przesłanki klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

### **Klauzula nr 2311.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 24 stycznia 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1874/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„[...] Jeżeli Ubezpieczający, Uposażony, lub inny adresat korespondencji zmienił adres korespondencyjny i nie powiadomił o tym Ubezpieczyciela w formie wskazanej w ust. 1, to przyjmuje się, że Ubezpieczyciel przekazał korespondencję i wywiera ona skutki prawne po upływie 30 dni od dnia jej wystania na ostatni podany adres”.*

Postanowienie to w dniu 10 czerwca 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2311.

W ocenie powoda zakwestionowane postanowienie naruszało art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. oraz było tożsame w treści i w skutkach z postanowieniami uprzednio wpisanymi do rejestru klauzul abuzywnych. Niekorzystnie kształtowało sytuację konsumenta, gdyż tworzyło fikcję doręczenia korespondencji konsumentowi już w momencie jej wysłania. W ocenie powoda, ubezpieczyciel uzależniał sytuację prawną konsumenta od działania osoby trzeciej nie mającej żadnego związku, ani z zakładem ubezpieczeń, ani z konsumentem, z którym ubezpieczyciel zawarł umowę. Na podstawie tak skonstruowanego postanowienia ubezpieczyciel mógł wysłać pismo zwykłym listem, który następnie został zagubiony przez pocztę, ale i tak skutek doręczenia miałby miejsce. Zakwestionowany zapis o.w.u. szedł dalej w ograniczeniu praw konsumenta niż instytucja doręczenia zastępczego, gdyż w przypadku tej instytucji wymagane jest, aby poczta podjęła próbę doręczenia korespondencji. Dopiero kiedy doręczenie okazuje się niemożliwe następuje skutek w postaci uznania, że do doręczenia doszło. Natomiast zgodnie z zakwestionowanym postanowieniem żadne działanie ze strony poczty nie było wymagane. List mógł zostać zagubiony zaraz po jego nadaniu, a i tak skutek doręczenia nastąpił. Sprzeczne ze standardami ochrony konsumenta powinno być postanowienie umowne, które idzie dalej niż instytucja doręczenia zastępczego i przesuwą moment doręczenia z chwili, kiedy poczta bezskutecznie próbuje doręczyć przesyłkę na moment, kiedy ubezpieczyciel nadaje tę przesyłkę na pocztę. Dodatkowo, przedmiotowe postanowienie działało jedynie na korzyść ubezpieczyciela.

Strona pozwana potwierdziła, że stosowany zapis tworzył swojego rodzaju domniemanie doręczenia przesyłki po upływie 30 dni od dnia jej wysłania. Domniemanie to dotyczyło wyłącznie sytuacji, w której druga strona umowy ubezpieczenia (ubezpieczający lub ubezpieczony) nie powiadomił o zmianie swojego adresu do korespondencji. Celem przedmiotowego zapisu było wskazanie konsekwencji związanych z brakiem poinformowania o zmianie adresu do korespondencji. Pozwany wskazał, że zgodzić się należy z twierdzeniem, że stosownie do obowiązującej na gruncie prawa materialnego teorii doręczenia, której egzemplifikację stanowi art. 61 k.c. to nadawca oświadczenia ponosi ryzyko tego, że oświadczenie woli nie dojdzie do adresata w ogóle lub dojdzie do niego w taki sposób, że nie będzie on mógł się z nim zapoznać w zwykłym toku czynności, tj. bez szczególnych nakładów lub starań. Na składającym oświadczenie spoczywa jedynie ciężar udowodnienia, że oświadczenie doszło do adresata w sposób umożliwiający zapoznanie się z jego treścią. W ocenie pozwanego informowanie ubezpieczyciela o zmianie danych do korespondencji stanowi minimum staranności, jakiej można oczekiwać od drugiej strony, w tym od konsumenta. Nie można zgodzić się ze stanowiskiem, iż poprzez zastosowanie domniemania doręczenia konsument zostaje pozbawiony możliwości rzeczywistego zapoznania się z oświadczeniem woli ubezpieczyciela i narażony jest na skutki prawne z tym związane. Konsument nie informując o zmianie adresu do korespondencji sam pozbawia się takiej możliwości, a ryzykiem związanym z brakiem możliwości doręczenia przesyłki nie można obciążać ubezpieczyciela. Wysłanie korespondencji na ostatni znany adres jest w takiej sytuacji równoznaczne z podjęciem należytych starań, mających na celu umożliwienie adresatowi korespondencji zapoznania się z jej treścią. Chybiony był zarzut powoda, iż klauzula ta szła dalej w ograniczeniu praw konsumenta niż instytucja doręczenia zastępczego. Zakwestionowany zapis o.w.u. miał zastosowanie wyłącznie w przypadku, gdy druga strona umowy nie powiadomiła ubezpieczyciela o zmianie swojego adresu korespondencyjnego. W takiej sytuacji bez znaczenia było to czy przesyłka dotarła pod wskazany adres czy też nie. Niezależnie bowiem od liczby podejmowanych prób doręczenia przesyłki oraz sposobu doręczania korespondencji (za pośrednictwem poczty, czy pracownika ubezpieczyciela), wszelkie działania skierowane na umożliwienie konsumentowi zapoznania się jej treścią z góry były skazane na niepowodzenie. Działo się tak z woli i za zgodą konsumenta, który nie poinformował o zmianie adresu, pod który należało kierować korespondencję. Uznanie twierdzeń powoda za zasadne prowadziłyby do naruszenia równowagi stron stosunku umownego poprzez nieuzasadnione, nadmierne wzmocnienie pozycji konsumenta. W sytuacji bowiem, gdy na ubezpieczycielu ciąży szereg obowiązków informacyjnych, z którymi wiąże się wymóg pisemnego informowania ubezpieczającego, czy ubezpieczonego o zmianach umowy, przyjęcie rozwiązania sugerowanego przez powoda, uniemożliwiłoby ubezpieczycielowi wywiązanie się z



tych zobowiązań. Tym czasem, pomimo nałożonych na ubezpieczyciela obowiązków informacyjnych, żadne przepisy obowiązującego prawa nie zobowiązywały zakładu ubezpieczeń do weryfikacji czy druga strona umowy wskazała prawidłowy adres do korespondencji. Tym bardziej ubezpieczyciel nie miał obowiązku poszukiwania adresu celem doręczenia korespondencji. Nie można było zgodzić się także z zarzutem powoda, iż kwestionowane postanowienie umowne działało jedynie na korzyść ubezpieczyciela. Postanowienie umowne nie uzależniało skuteczności korespondencji od sposobu jej nadania. Ponadto o.w.u. przewidywały możliwość ustalenia innej formy komunikacji niż forma pisemna, wobec czego zarzut naruszenia równowagi stron poprzez wprowadzenie wymogu pisemności w kontaktach z ubezpieczającymi, ubezpieczonymi był całkowicie nieuzasadniony.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie stanowiło niedozwolone postanowienie wzorca umowy w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Niekorzystnie kształtowało sytuację konsumenta poprzez zastosowanie w zakresie sposobu składania oświadczeń woli instytucji tzw. doręczenia zastępczego, co było niezgodne z regułą wyrażoną w art. 61 k.c. Przenoszenie konstrukcji postępowania cywilnego na grunt stosunków cywilnoprawnych z konsumentami nie znajdowało żadnych podstaw prawnych. Konsekwencją stosowania przez ubezpieczyciela tak skonstruowanego postanowienia mogła być w szczególności sytuacja, w której konsument w sposób nagły i nieoczekiwany znajdzie się w niekorzystnym dla siebie położeniu prawnym. Należało mieć na względzie, że skutki zastosowania przez ubezpieczyciela doręczenia zastępczego mogły być dla klienta bardzo poważne. Ubezpieczyciel był bowiem uprawniony do uznania, że klient został poinformowany np. o istotnych zmianach regulaminu, podczas gdy taka informacja w ogóle do niego nie dotarła. Ocena, czy istniała w danym przypadku możliwość zapoznania się przez konsumenta z treścią oświadczenia woli przedsiębiorcy wymaga uwzględnienia konkretnych okoliczności sprawy. Na składającym oświadczenie woli spoczywa ciężar dowodu, że doszło ono do adresata w sposób umożliwiający mu zapoznanie się z jego treścią. Adresat oświadczenia woli może natomiast obalić domniemanie doręczenia wskazując, że nie miał możliwości zapoznania się z jego treścią. Trudno wyobrazić sobie sytuację, w której rygory doręczenia zastępczego korespondencji ubezpieczyciela mogłaby działać na korzyść klienta. Możliwe było, że klient faktycznie nie zapoznał się z treścią oświadczenia woli zakładu ubezpieczeń i w czasie właściwym nie mógł w żaden sposób zareagować i tym samym został pozbawiony możliwości obrony swoich interesów. W rezultacie SOKiK uznał, iż zakwestionowane postanowienie zostało ustalone wyłącznie w interesie ubezpieczyciela z pominięciem interesu klientów. Ubezpieczyciel chciał mieć w ten sposób zapewnioną możliwość uznania każdej korespondencji kierowanej do klienta za doręczoną

także w sytuacjach, gdy ten faktycznie jej nie odebrał i to niezależnie od tego, czy w danych okolicznościach miał on taką realną możliwość.

W świetle powyższego umieszczenie w o.w.u. klauzuli o treści powyżej wskazanej, w ocenie SOKiK, prowadziło do nieuzasadnionego uprzywilejowania przedsiębiorcy, który uzyskał możliwość uproszczenia zasad prowadzenia swojej działalności kosztem naruszenia interesów konsumenta. Ponadto treść zakwestionowanej klauzuli mogła doprowadzić konsumenta do przekonania, że wynikająca z niej możliwość uznania kierowanej do niego korespondencji za doręczoną, mimo że faktycznie nie miał możliwości zapoznania się z jej treścią, nie pozwalała mu na obronę lub dochodzenie jego słuszných roszczeń poprzez możliwość obalenia domniemania doręczenia. Takie ukształtowanie stosunku prawnego stanowiło nadużycie przewagi kontraktowej przez ubezpieczyciela, który jest profesjonalistą względem konsumenta. Przedmiotowe postanowienie nie uwzględniało i nie zabezpieczało interesu konsumenta, jako słabszej strony umowy, nie znajdowało żadnego uzasadnienia i prowadziło do ukształtowania stosunku ubezpieczeniowego w sposób nierównorzędny i rażąco niekorzystny dla konsumenta. Zakwestionowany zapis bezsprzecznie kształtował prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

#### **Klauzula nr 2322.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1872/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez HDI Asekuracja Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Jeżeli ubezpieczający zmienił adres bądź siedzibę i nie zawiadomił o tym HDI, zawiadomienia lub oświadczenia, skierowane przez HDI listem poleconym na ostatni adres bądź siedzibę ubezpieczającego, wywierają skutki prawne w chwili, w której doszłoby do niego, gdyby nie zmienił adresu bądź siedziby”.*

Postanowienie to w dniu 10 czerwca 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2322.

W ocenie powoda kwestionowane postanowienie to niekorzystnie kształtowało sytuację konsumenta, przenosząc do obrotu konsumenckiego instytucję doręczenia zastępczego, będącą rozwiązaniem prawa procesowego, która nie powinna być adoptowana, gdy jedną ze stron umowy jest konsument oraz z uwagi na treść art. 61 k.c. Konsument mógł zostać pozbawiony możliwości rzeczywistego zapoznania się z oświadczeniem woli ubezpieczyciela. Dodatkowo,

kwestionowane postanowienie zostało zastrzeżone wyłącznie na rzecz zakładu ubezpieczeń, z wyłączeniem jego klientów, a więc ubezpieczyciel mógł dowolnie zmienić adres, bez ryzyka, że korespondencja jego klientów wysłana na poprzedni adres będzie skutecznie doręczona. Tym samym została zakłócona zasada równouprawnienia stron umowy.

Zdaniem strony pozwanej z treści art. 353<sup>1</sup> k.c. i przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej wynikało prawo zakładu ubezpieczeń do określenia praw i obowiązków stron umowy, a w art. 18 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK była przewidziana instytucja doręczenia zastępczego<sup>41</sup>. Skutkiem uwzględnienia zarzutów powoda byłoby wprowadzenie obowiązku poszukiwania przez zakład ubezpieczeń niesolidnego i nielojalnego kontrahenta. Kwestionowanej klauzuli nie można uznać za sprzeczną z prawem, właściwością oraz celem umowy ubezpieczenia i zasadami współżycia społecznego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z treści art. 61 k.c. wynika, iż w sprawie składania oświadczeń woli ustawodawca przyjął teorię doręczenia. Według niej dla przyjęcia, że oświadczenie woli zostało złożone innej osobie, istotna jest chwila dojścia treści tego oświadczenia do wiadomości adresata. Ze względu na interes i bezpieczeństwo obrotu oraz ułatwienia dowodowe domniemywa się, że adresat zapoznał się treścią oświadczenia, gdy doszło do niego w taki sposób, iż powzięcie o nim wiadomości stało się możliwe. Z punktu widzenia skuteczności oświadczenia woli nieistotne jest zatem, czy i kiedy adresat zapoznał się z jego treścią. Wystarczające jest, że oświadczenie woli doszło do niego w sposób stwarzający mu realną możliwość zapoznania się z jego treścią. Oświadczenie woli uznaje się za skutecznie złożone również wtedy, gdy adresat mogąc się zapoznać z jego treścią, celowo tego nie uczynił, odmówił zapoznania się z nim lub z własnej woli nie podjął przesyłki pocztowej zawierającej to oświadczenie. Innymi słowy, odmowa przyjęcia oświadczenia woli lub zaniechanie zapoznania się z nim nie wywołuje żadnych negatywnych skutków prawnych dla składającego oświadczenia woli. Musi jednak zostać zachowany warunek umożliwienia adresatowi oświadczenia zapoznania się z tym oświadczeniem, bez znaczenia pozostanie, czy adresat faktycznie się z tym oświadczeniem zapoznał. Zdaniem SOKiK zakwestionowana klauzula takiej możliwości konsumenta pozbawiała. Skutek doręczenia był przewidziany w każdej sytuacji wysłania przesyłki, mimo że przepisy prawa przyjmują obowiązek jej faktycznego doręczenia w taki sposób, aby adresat miał możliwość zapoznania się z jego treścią. Dodatkowo, to na składającym oświadczenie woli spoczywa ciężar dowodu, że doszło ono do adresata w sposób umożliwiający mu zapoznanie się jego treścią. Ryzyko niedojścia oświadczenia woli zgodnie z teorią doręczenia

---

<sup>41</sup> Zgodnie z tym przepisem jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego, rolnik lub posiadacz budynku zmienił adres bądź siedzibę i nie zawiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, zawiadomienia lub oświadczenia, skierowane przez zakład ubezpieczeń listem poleconym, na ostatni adres bądź siedzibę posiadacza pojazdu mechanicznego,

spoczywa na składającym oświadczenie. Tymczasem postanowienie objęte sporem takiego ryzyka dla zakładu ubezpieczeń nie przewidywało, a wręcz przeciwnie, przerzucało je na konsumenta. Taki zapis o.w.u. w sposób sprzeczny z przepisami i dobrymi obyczajami kształtował prawa i obowiązki konsumentów, rażąco naruszając ich interesy poprzez przerzucenie na nich w każdej sytuacji obowiązku wykazania, że przesyłki nie otrzymali, a więc obowiązku przedstawienia tzw. dowodu negatywnego, co było niezgodnie z treścią art. 6 k.c.

W ocenie SOKiK legitymacją do wprowadzenia tak skonstruowanego postanowienia umownego nie był również przepis art. 18 ust. 2 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK. Przepis ten nie mógł mieć zastosowania, gdyż o.w.u. swoim zakresem nie obejmowały ubezpieczeń obowiązkowych. Normy tej nie można interpretować w sposób rozszerzający i wprost implementować na grunt ubezpieczeń dobrowolnych. W dalszej części uzasadnienia wyroku, SOKiK wskazał, że kwestionowane postanowienie zostało zastrzeżone jedynie na rzecz ubezpieczyciela. Oznaczało to, że zakład ubezpieczeń mógł w każdej chwili dowolnie zmieniać adres (np. zlikwidować oddział w danej miejscowości) bez ryzyka uznania, że korespondencja jego klientów wysłana na poprzedni adres będzie skutecznie doręczona. Innymi słowy, konsument miał obowiązek zachowania zasad przewidzianych w art. 61 k.c., natomiast dla ubezpieczyciela takiego obowiązku w o.w.u. nie przewidziano. Zatem zakład ubezpieczeń wymagał od konsumentów przestrzegania art. 354 – 355 k.c., nie oferując ze swojej strony tego samego. Tak więc została zakłócona zasada równouprawnienia stron umowy, co było niezgodne z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Skoro ustawodawca przyjął obowiązek doręczenia oświadczeń woli, to ubezpieczyciel nie może zastosować fikcji doręczenia dla składania oświadczeń woli. Natomiast czym innym (a przynajmniej może być) obowiązek wierzyciela współdziałania przy wykonaniu zobowiązania przez dłużnika w odniesieniu do umów ubezpieczenia objętych o.w.u., o czym mowa jest w art. 354 § 2 k.c., gdyż odnosi się to w zasadzie do wypłaty odszkodowania, podczas gdy przedmiotową klauzulą były objęte wszelkie zawiadomienia i oświadczenia ubezpieczyciela. Naruszenie art. 354 § 2 k.c. może mieć wpływ na rozstrzygnięcie sądu w konkretnym przypadku, jednak nie uchyla obowiązku przewidzianego w art. 61 k.c., w którym to przepisie przewidziano odrębną instytucję prawa cywilnego, a dającą możliwość zapoznania się z przesłanym mu oświadczeniem czy zawiadomieniem. Na zakończenie uzasadnienia wyroku, SOKiK wskazał, że postanowienie to było podobne w treści i sensie do postanowień wpisanych uprzednio do rejestru klauzul abuzywnych, które przewidywały instytucję doręczenia zastępczego<sup>42</sup>. Co więcej, klauzula wpisana pod nr 1711 odnosiła się do sektora ubezpieczeń, a więc takiego samego, w

---

rolnika lub posiadacza budynku, wywierają skutki prawne od chwili, w której doszłyby do niego, gdyby nie zmienił adresu bądź siedziby.

<sup>42</sup> W uzasadnieniu wyroku SOKiK przywołał postanowienia umowne wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 918, 1207, 1482, 1601, 1681, 1711.

którym działał pozwany zakład ubezpieczeń, zatem nie było uprawnione twierdzenie, że możliwe jest stosowanie doręczenia zastępczego w stosunkach ubezpieczeniowych (poza ubezpieczeniami obowiązkowymi)<sup>43</sup>. Mając na uwadze powyższe argumenty, Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał zakwestionowane postanowienie za niedozwolone w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c.

### **Klauzula nr 2522.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 6 kwietnia 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 144/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego osoba ubezpieczona poniosła śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie uprawiania przez osobę ubezpieczoną niebezpiecznych sportów, takich jak sporty lotnicze, w tym spadochroniarstwo i baloniarstwo, sporty wspinaczkowe i speleologia, sporty motorowe i motorowodne, skoki na gumowej linie, nurkowanie na głębokość większą niż 10 m”.*

Postanowienie to w dniu 19 września 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2522.

W ocenie powoda – Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to wyczerpywało przesłanki klauzuli abuzywnej, o której mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c., gdyż przyznawało ubezpieczycielowi prawo do dokonywania wiążącej interpretacji umowy. Pozwalało na to użycie sformułowania „takich jak” przed wyliczeniem niebezpiecznych sportów, których uprawianie wyłączało odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. W ten sposób ubezpieczyciel zapewnił sobie możliwość uzupełnienia katalogów sportów niebezpiecznych o takie, które nie przewidywała umowa ubezpieczenia. Określenie, które nie wykluczało dopuszczenia innych okoliczności, które obok wyraźnie wskazanych mogą stanowić podstawę do określonego działania, stwarzało dla zakładu ubezpieczeń możliwość jednostronnego kształtowania treści umowy.

Strona pozwana podniosła, że stosowany półotwarty katalog sportów niebezpiecznych uprawianych przez osobę ubezpieczoną nie mógł być interpretowany w oderwaniu od wykładni literalnej i celowościowej tego postanowienia umownego. Zapis ten miał chronić ubezpieczyciela przed sytuacją, w której osoba ubezpieczona poniosła śmierć w następstwie nieszczęśliwego

---

<sup>43</sup> Opis klauzuli nr 1711 i uzasadnienia SOKiK znajduje się na s. 86-88 Raportu.

wypadku, spowodowanego uprawianiem sportów niebezpiecznych, których na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia nie znano i przewidzieć się nie dało. Ubezpieczyciel nie jest w stanie przewidzieć wszystkich niebezpiecznych sportów, które często wymyślane są przypadkowo, a informacja o nowych, ekstremalnych wyzwaniach przedostaje się do polskich ubezpieczycieli za pośrednictwem internetu. Nie ma więc możliwości wprowadzenia wszystkich nazw sportów do umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel musiał posłużyć się normą generalną, uzupełnioną o przykładowe wyliczenia sytuacji, do których ta norma odnosi się. Przykładowe wyliczenie ułatwiało interpretację, wskazując ubezpieczonemu sytuacje, których ta interpretacja dotyczyła. Dzięki takiemu zapisowi unikało się zbyt kazuistycznych postanowień, zawierających bardzo długie listy wszystkich okoliczności, które zakład ubezpieczeń chciałby zawrzeć w postanowieniu, a i tak nie było pewności, że wyliczenie zastosowane przez ubezpieczyciela będzie całościowe. Również w kodeksie cywilnym stosowana jest tożsama metoda budowania normy prawnej. Uwzględnienie wszystkich istniejących i przyszłych niebezpiecznych sportów doprowadziłoby do powstania ogólnych warunków, które liczyłyby kilkaset stron, a osoba ubezpieczona mogłaby zarzucać, że ich postanowienia są nieczytelne lub ze względu na ich długość nie można było się z nimi zapoznać przed zawarciem umowy.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zgodzić się należało ze stroną pozwaną, że rozwój społeczny, ale również „pomysłowość” ludzka powoduje, że pojęcie sportu nie jest pojęciem stałym, dyscypliny sportowe zmieniają się, dochodzą coraz to nowe. Tenże wniosek ubezpieczyciel odniósł również to tzw. sportów niebezpiecznych i wskazał w zakwestionowanej klauzuli, że nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego osoba ubezpieczona poniosła śmierć ma zostać spowodowany lub mieć miejsce w bezpośrednim następstwie uprawiania przez osobę ubezpieczoną niebezpiecznych sportów. I w tym miejscu wymienił takie sporty jak sporty lotnicze, w tym spadochroniarstwo i baloniarstwo, sporty wspinaczkowe i speleologia, sporty motorowe i motorowodne, skoki na gumowej linie, nurkowanie na głębokości większej niż 10 m. Ubezpieczyciel w treści postanowienia użył jednocześnie sformułowania „takich jak”, co jednoznacznie oznaczało, że są to przykładowe sporty jakie uważał za niebezpieczne. Dodatkowo, w odpowiedzi na pozew pozwany wskazał na inne przykładowe sporty, które mogą być uznane za niebezpieczne, a mianowicie: freefall, freeride, downhill, hydrospeed, b.a.s.e., jumping, dream jumping, buggykitting i zorbing, a także poniósł, że nie ma możliwości przewidzenia, jakie jeszcze sporty niebezpieczne i ich odmiany zostaną wymyślone.

W ocenie SOKiK postanowienie to wyczerpywało znamiona postanowienia niedozwolonego, o którym mowa w art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c., gdyż przyznawało prawo ubezpieczycielowi do określenia, czy dane zdarzenie było skutkiem uprawiania niebezpiecznego sportu, a więc czy zachodzą przesłanki odmowy wypłaty odszkodowania. Takiego uprawnienia

nie posiadał konsument, nie wiedział jakimi kryteriami będzie posługiwał się ubezpieczyciel przy ocenie, czy określona dziedzina sportu spełnia znamiona określone w postanowieniu, czy też nie. Zdaniem SOKiK, o ile należy zgodzić się z pozwanym, że nie jest możliwe stworzenie postanowienia zawierającego pełne, wyczerpujące wyliczenie niebezpiecznych sportów, to nie oznacza to, że niniejsza klauzula nie jest abuzywna. Jak słusznie podniosła strona powodowa, wadą o.w.u. był brak posłużenia się normą generalną, a konkretnie – nigdzie nie zostało zdefiniowane pojęcie „uprawiania sportów niebezpiecznych”. W tym kontekście całkowicie niezasadne było twierdzenie, że próba zdefiniowania tego pojęcia doprowadziłaby do sytuacji, w której w treści o.w.u. znajdują się definicje pojęć powszechnie występujących w mowie potocznej, zaakceptowanych przez społeczeństwo i jednoznacznie przez nie rozumianych. Nie jest istotne, w jaki sposób konkretne postanowienie umowne rozumie „społeczeństwo” (choć strona pozwana nie wykazała, jak przedmiotowe sformułowanie jest rozumiane przez społeczeństwo), ale jak postanowienie umowne jest rozumiane przez strony umowy. I jak – wskazano powyżej – nie ma możliwości interpretacji wzorca umowy przez przedsiębiorcę, a w szczególności – by to strona stosująca wzorzec mogła dokonywać wiążącej interpretacji jego postanowień. Nie było więc jasne, a w zasadzie w ogóle nie było wiadomo, jakimi kryteriami mają posługiwać się ubezpieczony i ubezpieczyciel przy ocenie, czy dane zachowanie jest uprawianiem niebezpiecznego sportu. Ustalenie takich kryteriów leżało wyłącznie w gestii ubezpieczyciela. Tak naprawdę zakład ubezpieczeń mógł w dowolny sposób zinterpretować nie tylko całe sformułowanie „uprawianie sportów niebezpiecznych”, ale również z osobna każde ze słów składających się na to pojęcie i na jakiegokolwiek podstawie odmówić wypłaty odszkodowania. Nawet jednorazowa, czy chociażby dwukrotnie podjęta czynność w celu współzawodnictwa mogła być uznana za uprawianie niebezpiecznego sportu. Dodatkowo – z odpowiedzi na pozew wynikało – że strona pozwana sugerowała interpretację „niebezpiecznego sportu” jako pojęcia równoważnego „sportowi ekstremalnemu”. Jednak w żaden sposób nie wynikało to z treści o.w.u., a jak już wskazano, bez znaczenia pozostaje rozumienie treści wzorca przez przedsiębiorcę i sposób dokonywanej przez niego interpretacji. Co więcej, aktualnie jest dostępnych bardzo dużo form aktywności fizycznej, które można uznać za niebezpieczne, a podejmowanych w celu rekreacji, z tym, że z dodatkowym bodźcem, doznaniem. Chodzi tu chociażby o sporty motorowodne, wspinaczkowe na ściankach wspinaczkowych w salach gimnastycznych, które są podejmowane nawet przez osoby niepełnoletnie. Oczywistym jest, że z uprawianiem takiej aktywności fizycznej, w szczególności podjętej w celu współzawodnictwa z inną osobą, wiąże się niebezpieczeństwo nieszczęśliwego wypadku. Wiele takich aktywności podejmowanych jest w sezonie letnim w miejscowościach wypoczynkowych. Brak we wzorcu umowy definicji „uprawiania sportów niebezpiecznych”, która powinna zawierać kryteria oceny

zachowania konsumenta, przy jednoczesnym przykładowym wyliczeniu sportów, pozostawiało ubezpieczycielowi bardzo szeroką swobodę interpretacyjną, w zasadzie swobodę nieograniczoną, gdyż pozwalało zakładowi ubezpieczeń na samodzielne określenie, bez konieczności posiłkowania się jakimikolwiek kryteriami, czy konsument zachował się zgodnie z umową, czy nie, a konsekwencją tego była możliwość swobodnego ustalenia, czy ubezpieczyciel wypłaci odszkodowanie, czy nie. Tak skonstruowane postanowienie umowne godziło w dobre obyczaje, rażąco naruszając interesy konsumentów. W dalszej części uzasadnienia wyroku, SOKiK wskazał, iż przedmiotowa klauzula przez zastosowanie sformułowania „takich jak” oznaczała skonstruowanie całkowicie otwartego katalogu, w którym mogły znaleźć się sytuacje, które tylko wykazują jakieś tożsame cechy z tymi wymienionymi. Ubezpieczony w momencie składania wniosku o zawarcie umowy nie miał możliwości ustalenia, czy jego zachowanie spełniać będzie znamiona „uprawiania niebezpiecznego sportu”, skoro to zakład ubezpieczeń miał wyłączną możliwość dokonania takiego ustalenia. Powodowało to, że przedsiębiorca miał całkowitą dowolność w ustaleniu okoliczności, jakie zwalniały go od odpowiedzialności na podstawie przedmiotowej klauzuli umownej, co wypełniało przesłanki określone w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. i art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c. To do podmiotu posługującego się wzorcem należy obowiązek jego sformułowania w taki sposób, aby o.w.u. pozostawały w zgodności z przepisami prawa konsumenckiego. Jeżeli nie jest możliwe wyliczenie konkretnych sytuacji uprawiania sportów niebezpiecznych, to musi tak sformułować postanowienie umowne, aby odnosiło się do klauzul, które zawierać będzie kryteria umożliwiające w sposób obiektywny ustalenie, czy dana sytuacja spełniać będzie znamiona w niej określone. Nie ma przy tym znaczenia czy klauzula w tej postaci „funkcjonuje i się sprawdza”.

#### **Klauzula nr 2526.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 20 maja 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1153/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Generali Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody powstałe w innych okolicznościach niż podano w zgłoszeniu szkody”.*

Postanowienie to w dniu 21 września 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2526.



W ocenie strony powodowej postanowienie to zostało skonstruowane w taki sposób, że brak było możliwości jednoznacznego zinterpretowania okoliczności wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela. Do zwolnienia się z tej odpowiedzialności wystarczyło, że ubezpieczający podał inne okoliczności wypadku, niż faktyczny przebieg zdarzenia, bez względu na przyczynę zaistniałych rozbieżności (brak stosownej wiedzy lub niepełna wiedza). W ocenie powoda, gdyby ubezpieczyciel wykazał, że w ustalonych przez niego okolicznościach faktycznych ochrona nie powinna być świadczona, wówczas takie wyłączenie miałoby swoje uzasadnienie. Samo podanie innych okoliczności w zgłoszeniu szkody nie może stanowić automatycznej podstawy do odmowy uznania roszczenia. Powód podkreślił również, iż postanowienie o podobnej treści było już uznane za niedozwolone przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów<sup>44</sup>.

Strona pozwana wniosła o oddalenie powództwa z uwagi na zmianę z dniem 1 sierpnia 2009 r. treści zakwestionowanej klauzuli. Do o.w.u. wprowadzone zostało postanowienie w brzmieniu: *„Ochroną ubezpieczeniową nie są objęte szkody będące następstwem okoliczności innych niż podano w zgłoszeniu szkody”*.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów postanowienie to było postanowieniem niedozwolonym w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Abuzywność tego postanowienia umownego polegała na tym, że ubezpieczający formułując zgłoszenie szkody, mógł nie dysponować wszystkimi istotnymi informacjami na temat okoliczności powstania szkody. W chwili zgłoszenia szkody opis okoliczności jej powstania dokonywany jest niejako na gorąco. Można wówczas nie dysponować pełną wiedzą o okolicznościach powstania szkody, np. nie znać dokładnej godziny, o której dokonano kradzieży, nie wiedzieć co było przyczyną awarii, która doprowadziła do wypadku, nie znać zakresu przyczynienia się poszczególnych osób do spowodowania kolizji. Okoliczności te mogą zostać wyjaśnione dopiero w czasie likwidacji szkody. Po upływie pewnego czasu mogą wyjść na jaw nowe fakty. Często dopiero w postępowaniu karnym czy cywilnym następuje ściśle ustalenie przebiegu zdarzenia. W ocenie SOKiK nadmiernym wymaganiem było żądanie od ubezpieczającego (konsumenta), aby już w dniu zgłoszenia szkody bezbłędnie opisał okoliczności zdarzenia, gdyż w przeciwnym razie mógł utracić należne mu z tytułu umowy ubezpieczenia odszkodowanie. Można rozważyć motywy wprowadzenia przez pozwanego takiego zapisu w o.w.u. Są one zrozumiałe, jeśli w konkretnym wypadku istniało uzasadnione podejrzenie, że ubezpieczający świadomie podał nieprawdziwy opis zdarzenia, sugerujący związek między nim a powstałą szkodą, podczas gdy w rzeczywistości zdarzenie, jakie miało miejsce – wraz z powstałą szkodą – nie było objęte ochroną

---

<sup>44</sup> Wyrokiem z dnia 3 sierpnia 2009 r. w sprawie sygn. akt XVII Amc 249/08 (klauzula nr 1719), wyrokiem z dnia 25 lutego 2009 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 252/08 (klauzula nr 1654), wyrokiem z dnia 22 października 2007 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 123/07 (klauzula nr 1291).

ubezpieczeniową. Zrozumiałe jest wówczas wprowadzenie zastrzeżenia, które wyłączałoby spod zakresu ochrony ubezpieczeniowej działania ubezpieczającego mającego cechy wyłudzenia odszkodowania. Jeżeli u podstaw wprowadzenia tego zapisu o.w.u. leżały właśnie te motywy, to zdaniem SOKiK, ich realizacja przybrała formę stanowczo zbyt ogólną i pojemną, gdyż obejmującą swoim zakresem sytuacje, w których rozbieżności między faktami a ich opisem w zgłoszeniu szkody nie wynikały z chęci bezprawnych działań ubezpieczającego, ale ze zwykłej niewiedzy, niedoinformowania, pomyłki. Niezgodność kwestionowanego postanowienia z dobrymi obyczajami polegała także na tym, że klauzula ta piętnowała każdą rozbieżność między rzeczywistym przebiegiem zdarzenia a jego opisem w zgłoszeniu szkody nawet jeśli te rozbieżności byłyby drobne i nieistotne. SOKiK podkreślił również, że możliwe są sytuacje, w których szkoda powstała „w innych okolicznościach niż podano w zgłoszeniu szkody”, ale te „inne okoliczności” były objęte ochroną ubezpieczeniową. Tymczasem w takim przypadku wystarczyła rozbieżność między opisem w zgłoszeniu szkody a faktami, aby odmówić należytej ochrony ubezpieczeniowej. Dlatego należało uznać, iż kwestionowane postanowienie byłoby dopuszczalne, gdyby zostało odpowiednio doprecyzowane i zmodyfikowane, w szczególności gdyby odmowa udzielenia ochrony ubezpieczeniowej następowała w sytuacji, gdy w rzeczywistym stanie faktycznym – odmiennym od opisu w zgłoszeniu szkody – ubezpieczyciel nie ponosiłby odpowiedzialności zgodnie z ustalonym zakresem ubezpieczenia. Przedmiotowe postanowienie w zakwestionowanym brzmieniu godziło, zdaniem SOKiK, w cel ubezpieczenia, jakim jest dla ubezpieczającego zniwelowanie niekorzystnych skutków zdarzeń losowych. Jego stosowanie mogło prowadzić w wielu przypadkach do rażącego pokrzywdzenia ubezpieczającego lub ubezpieczonego (konsumenta) w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Odnosząc się natomiast do podniesionego przez ubezpieczyciela faktu zaprzestania stosowania przedmiotowej klauzuli należało zauważyć, iż, po pierwsze, zaniechanie to miało miejsce już po wniesieniu powództwa, po drugie, zmiana dokonana przez ubezpieczyciela w aneksie do o.w.u. poprzez zmianę sformułowania „*powstałe w innych okolicznościach niż podano w zgłoszeniu szkody*” na sformułowanie „*będące następstwem okoliczności innych niż podano w zgłoszeniu szkody*” nie uchylało podstawowych zastrzeżeń Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów do brzmienia tej klauzuli. Zastrzeżenia te są aktualne także w stosunku do nowego brzmienia postanowienia, które zasadniczo nie odbiega od dotychczasowej treści klauzuli.

#### **Klauzula nr 2559.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 24 stycznia 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1874/09 uznał za niedozwolone i zakazał

stosowania przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„[...] Jeżeli Ubezpieczający, Uposażony lub inny adresat korespondencji zmienił adres korespondencyjny i nie powiadomił o tym Ubezpieczyciela w formie wskazanej w ust. 1, to przyjmuje się, że Ubezpieczyciel przekazał korespondencje i wywiera ona skutki prawne po upływie 30 dni od dnia jej wysłania na ostatni podany adres”.*

W świetle rejestru klauzul abuzywnych postanowienie to w dniu 21 września 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2559. Podkreślić należy, że postanowienie to zostało już uprzednio wpisane w stosunku do tego samego ubezpieczyciela pod pozycją nr 2311. Prawdopodobnie wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 24 stycznia 2010 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1874/09 został omyłkowo dwukrotnie wpisany do rejestru klauzul abuzywnych. Opis tego postępowania, stanowiska stron oraz ocena Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zostały przedstawione przy omawianiu klauzuli abuzywnej nr 2311.

#### **Klauzula nr 2560.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 1509/10 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„1. TUiR WARTA S.A. nie odpowiada za szkody” 5) powstałe w czasie ruchu pojazdu, gdy pojazd nie był dopuszczony do ruchu, a w przypadku pojazdów podlegających rejestracji – gdy w chwili zaistnienia szkody pojazd nie był zarejestrowany lub nie posiadał ważnego badania technicznego”.*

Postanowienie to w dniu 11 września 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2560.

W ocenie strony powodowej wskazany powyżej zapis umowny stanowił niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Odmowa wypłaty odszkodowania z powodu braku badania technicznego w sytuacji, gdy stan techniczny pojazdu nie miał żadnego wpływu na powstanie szkody godziła w zasady współżycia społecznego i nie znajdowała oparcia w obowiązujących przepisach prawa. Wykorzystywanie przez ubezpieczyciela tego typu postanowienia stanowiło istotne ograniczenie ochrony ubezpieczeniowej i sprzeciwiało się celowi umowy autocasco (AC), którym jest w szczególności rekompensata szkody w pojeździe w

wypadku jego uszkodzenia, często zawinonego przez kierującego. W ocenie powoda zasadniczym celem stosowania przez ubezpieczycieli przedmiotowego postanowienia o.w.u. winno być wyłączenie odpowiedzialności tylko w przypadkach, gdy poprzez niedołożenie należytej staranności przez ubezpieczonego pojazd nie był sprawny technicznie i stan ten doprowadził do powstania szkody lub przyczynił się do zwiększania jej rozmiarów. Sam brak wpisu do dowodu rejestracyjnego, stwierdzający sprawność pojazdu, w żadnym wypadku nie może być oceniany jako równoznaczny z brakiem tej zdolności, a tym samym równoznaczny z przyczyną szkody. Powód swoją argumentację wzmocnił również stanowiskiem Rzecznika Ubezpieczonych, który w swych wypowiedziach wielokrotnie podkreślał, że odmowa wypłaty odszkodowania w przypadku, gdy stan techniczny pojazdu nie miał wpływu na powstanie szkody, ani też nie przyczynił się do zwiększenia jej rozmiarów, nie znajdowała żadnego uzasadnienia. Zapisy umowne wyłączające w tym przypadku odpowiedzialność ubezpieczycieli winny ulec stosownej modyfikacji. Wyłączenie odpowiedzialności za szkodę w każdym przypadku, gdy wymagany przepisami stan techniczny pojazdu nie został formalnie potwierdzony wpisem do dowodu rejestracyjnego było nieuzasadnione i niezgodne z celem umowy ubezpieczenia autocasco. Brak tego badania potwierdzonego formalnym wpisem w dowodzie rejestracyjnym nie zawsze był jednoznaczny z tym, że pojazd nie spełniał warunków technicznych określonych w art. 66 ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. – Prawo o ruchu drogowym. Na zakończenie uzasadnienia powództwa strona powodowa wskazała, że wprawdzie ubezpieczyciel wycofał zakwestionowany zapis umowny z o.w.u. to jednak od dnia jego wycofania z obrotu do dnia wytoczenia powództwa nie upłynęło 6 miesięcy.

Strona pozwana wskazała, że zakwestionowane postanowienie było stosowane przez większość zakładów ubezpieczeń. Taka sytuacja wynikała z przepisów prawa o ruchu drogowym, które nakładały na właściciela pojazdu samochodowego obowiązek przedstawienia go do badania technicznego, traktując to jako wymóg formalnoprawny dla dokonania rejestracji pojazdu i możliwości dopuszczenia go do ruchu drogowego. Pozwany wskazał, że zakłady ubezpieczeń, w takich sytuacjach, prowadząc postępowanie likwidacyjne na ogół badały czy brak wpisu o badaniu technicznym był jednoznaczny z niedopuszczeniem pojazdu do ruchu, czy też to wynikało z innych przyczyn uzasadniających odmowę wypłaty odszkodowania. Zmiana treści tego postanowienia została dokonana na rynku ubezpieczeniowym w 2009 r. z uwagi na rozszerzony katalog wyłączeń i rygorystyczną ocenę dotyczącą braku ważnego badania technicznego w chwili powstania szkody. Przyczyną zmiany było także zmniejszenie się zainteresowania klientów oferowanym ubezpieczeniem. Pozwany wywiódł, że kwestionowana klauzula nie przekraczała granicy rzetelności kontraktowej autora wzorca umownego w zakresie kształtowania praw i obowiązków konsumenta zakreślonych przez ustawodawcę, nie

wprowadzała dysproporcji praw i obowiązków konsumenta oraz nie godziła w równowagę kontraktową stron, a wprowadzenie klauzuli w pierwotnym jej brzmieniu wynikało przede wszystkim z przepisów prawa o ruchu drogowym. Stąd brak ważnego badania technicznego był traktowany przez ubezpieczycieli na równi z brakiem dopuszczenia pojazdu do ruchu drogowego. Pojazd niedopuszczony do ruchu *de facto* nie mógł być ubezpieczony w zakresie autocasco. Zarzuty podniesione przez stronę pozwaną nie uwzględniały też specyfiki umowy ubezpieczenia autocasco, które jest ubezpieczeniem dobrowolnym, oferowanym przez ubezpieczycieli w obrocie gospodarczym.

Sąd Ochrony Konkurencji i Konkurencji uznał, że zakwestionowana klauzula stanowiła niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Dla oceny o abuzywnym charakterze postanowienia umownego istotne znaczenie miał cel i charakter ubezpieczenia autocasco, które jest ubezpieczeniem dobrowolnym pojazdów mechanicznych na wypadek ich zniszczenia, uszkodzenia, ewentualnie kradzieży. Ubezpieczenie to ma przede wszystkim zrekompensować koszty naprawy pojazdu w przypadku jego uszkodzenia częściowego lub całkowitego – najczęściej wskutek zawinionego przez kierującego zdarzenia, kolizji z innym pojazdem lub przedmiotem znajdującym się na zewnątrz. Analogiczny zakres ochrony skonstruował pozwany ubezpieczyciel w treści o.w.u. Zakład ubezpieczeń ograniczył jednak swoją odpowiedzialność poprzez zakwestionowane postanowienie, które było niezgodne z celem i charakterem ubezpieczenia autocasco, a także zakresem ochrony ubezpieczeniowej, jaki sam wprowadził. Skoro umowa AC jest ubezpieczeniem na wypadek uszkodzenia, zniszczenia pojazdu to sprzeczne z tym ubezpieczeniem jest wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdy w chwili zaistnienia szkody wprawdzie pojazd nie posiadał ważnego badania technicznego, lecz jego stan techniczny nie miał żadnego wpływu na powstanie szkody lub zwiększenie jej rozmiarów. Co więcej, brak badania technicznego potwierdzonego wpisem w dowodzie rejestracyjnym nie jest równoznaczny z tym, że pojazd nie spełniał warunków technicznych określonych w art. 66 ustawy – Prawo o ruchu drogowym. Pojazd może być bowiem faktycznie sprawny technicznie, zgodnie z wymaganiami technicznymi określonymi w ustawie, mimo, że nie posiada formalnego poświadczenia tej sprawności. W ocenie SOKiK uzasadnionym byłoby takie wyłączenie, czy też ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, gdyby zaniedbanie stanu technicznego pojazdu pozostawało w związku przyczynowym z powstaniem szkody lub zwiększeniem jej rozmiarów. W przeciwnym wypadku, przykładowo w razie zawalenia się drzewa na pojazd, który nie posiadał ważnych badań technicznych, ubezpieczyciel mógłby odmówić wypłaty odszkodowania z powodu braku tych badań, co byłoby o sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco naruszałoby interes konsumenta. Tym bardziej, że zakład ubezpieczeń

wskazał w o.w.u., iż odszkodowanie przysługuje w razie uszkodzenia lub zniszczenia pojazdu wskutek działania sił przyrody.

Zdaniem SOKiK okoliczność ewentualnego stosowania przedmiotowego wyłączenia przez większość ubezpieczycieli i w tak przyjętej konstrukcji nie usprawiedliwiło pozwanego. Nie prowadziło też do uznania, że postanowienie to było zgodne z prawem. SOKiK dodał także, że pozwany podając podstawę prawną stosowania klauzuli, wskazał na obowiązujące wówczas przepisy ustawy – Prawo o ruchu drogowym, które nakładały na właściciela pojazdu obowiązek przedstawienia pojazdu do badania technicznego jako warunek do dokonania rejestracji pojazdu i dopuszczenia go do ruchu. Obowiązek ten nadal jednak istniał w chwili orzekania, co z jednej strony nie zmieniało faktu abuzywności przedmiotowej klauzuli, a po drugie rodziło ocenę o braku konsekwencji pozwanego, skoro wobec poglądu o zgodności klauzuli z przepisami prawa, zmienił dobrowolnie jej treść.

### **Klauzula nr 2561.**

Sąd Okręgowy w Warszawie – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów wyrokiem z dnia 14 kwietnia 2011 r. w sprawie sygn. akt XVII AmC 2058/09 uznał za niedozwolone i zakazał stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń S.A. w obrocie z konsumentami postanowienia wzorca umowy o następującej treści:

*„(...) Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony zmieni adres zamieszkania bądź siedziby i nie zawiadomi o tym PZU SA, skierowane pod ostatnio znany adres pismo PZU SA uważa się za skutecznie doręczone”.*

Postanowienie to w dniu 21 września 2011 r. zostało wpisane do rejestru klauzul abuzywnych pod nr 2561.

Zakwestionowanemu postanowieniu powód zarzucił spełnienie przesłanki niedozwolonego postanowienia umownego w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., ponieważ kształtowało ono prawa i obowiązki konsumentów w sposób sprzeczny z obowiązującymi przepisami oraz dobrymi obyczajami, rażąco naruszając ich interesy. Niekorzystnie kształtowało sytuację konsumenta, przenosząc na grunt obrotu konsumenckiego instytucję doręczenia zastępczego, która jest instrumentem prawa procesowego i nie powinna być adoptowana do obrotu gospodarczego w sytuacji, gdy jedną ze stron jest konsument. Instytucja doręczenia zastępczego nie jest gwarantem doręczenia konsumentowi oświadczenia ubezpieczyciela. Tym samym, konsument mógł zostać pozbawiony możliwości rzeczywistego zapoznania się z oświadczeniem woli zakładu ubezpieczeń i narażony na skutki prawne z tym związane.

Dodatkowo, o.w.u. zastrzegało uprawnienie jedynie na rzecz ubezpieczyciela. Zakład ubezpieczeń mógł swobodnie zmienić adres swojej siedziby, bez ryzyka, że korespondencja jego klientów wysłana na poprzedni adres będzie skutecznie doręczona. Tym samym równowaga stron umowy została zakłócona na rzecz ubezpieczyciela.

Strona pozwana podniosła, że kwestionowane postanowienie było jasno sformułowane i służyło właściwej realizacji umowy ubezpieczenia, leżało w interesie ubezpieczającego i ubezpieczonego. Ponadto postanowienie to miało swoje uzasadnienie w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, tj. w art. 18 ustawy o ubezpieczenia obowiązkowych, UFG i PBUK. Zapis umowy o treści podobnej do przepisów obowiązującego prawa nie mógł naruszać interesów konsumentów. Zbliżone regulacje znajdują się również w kodeksie postępowania cywilnego, kodeksie postępowania administracyjnego i kodeksie postępowania karnego. Przepisy tych kodyfikacji kształtują obowiązki i sankcje za niedopełnienie obowiązków w zakresie informowania o zmianie miejsca zamieszkania w taki sam sposób, jak w zakwestionowanym postanowieniu. Odnoszą się do ogółu obywateli. Podobne zapisy w umowie ubezpieczenia nie mogą więc rażąco naruszać interesu konsumenta. Dodatkowo, przed zawarciem umowy ubezpieczyciel doręcza ubezpieczającemu o.w.u., strony są zatem świadome zarówno obowiązku zawiadomienia o zmianie adresu, jak również skutków braku informowania ubezpieczyciela o tej zmianie. Przeciętny konsument powinien zdawać sobie sprawę ze skutków niepoinformowania ubezpieczyciela o zmianie własnego adresu zamieszkania, czy też adresu do korespondencji. W przypadku zmiany adresu niemożliwe staje się doręczanie kierowanych pism, ustalenie zaś jego nowego adresu może być niemożliwe lub bardzo utrudnione, czasochłonne i kosztowne. Ubezpieczający nie mają problemu z ustaleniem siedziby zakładu ubezpieczeń lub jego oddziału. Adres siedziby zakładu ubezpieczeń i adresy jego oddziałów wpisane są do Krajowego Rejestru Sądowego.

W ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zakwestionowane postanowienie spełniało przesłanki postanowienia niedozwolonego w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Rażąco naruszało interes konsumenta, albowiem poważnie i znacząco odbiegało od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron umowy ubezpieczenia. W sprawie składania oświadczenia woli kodeks cywilny poprzez treść art. 61 k.c. opowiada się za teorią doręczenia, według której dla przyjęcia, że oświadczenie woli zostało złożone innej osobie właściwa jest chwila dojścia treści tego oświadczenia do wiadomości tej osoby. Art. 61 k.c. nie wymaga, aby adresat zapoznał się z jego treścią. Decydujące znaczenie ma sama możliwość zapoznania się. Mając na uwadze ogólną zasadę składania oświadczeń woli wyrażoną w art. 61 § 1 k.c. oraz fakt, że uregulowana jest ona w przepisie ustawy, przyjęć należało, że postanowienie to było sprzeczne z przepisem ustawy i godziło w zasadę swobody umów. Jednocześnie, w sposób rażący naruszało interes

konsumenta, albowiem prowadziło do postawienia konsumenta w sytuacji słabszej strony stosunku prawnego i obarczało go negatywnymi konsekwencjami. Przyjęcie konstrukcji domniemania doręczenia pod ostatni znany ubezpieczycielowi adres konsumenta powodowało, że konsument nie miał możliwości wykazania, że nie mógł zapoznać się z treścią kierowanych do niego informacji. Sam fakt wysłania pisma na adres konsumenta nie stanowił żadnego dowodu, że miał one realną możliwość zapoznać się z treścią kierowanej korespondencji. SOKiK podziela przy tym wskazania Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, zawarte w „Raportie z kontroli wzorców umownych stosowanych przez zakłady ubezpieczeń”, że wprowadzenie do umów domniemania doręczenia dopuszczalne jest jedynie w sytuacji przysługiwania takiego domniemania w stosunku do obu stron umowy. Nieuzasadnione było przy tym twierdzenie, że adres siedziby zakładu ubezpieczeń jest faktem powszechnie znanym i dostępnym, wobec czego konsumentowi nie powinny przysługiwać analogiczne uprawnienia. W ocenie SOKiK, analogiczna sytuacja występuje w stosunku do konsumenta. Podpisując umowę z zakładem ubezpieczeń, konsument wskazuje adres, na który winna być kierowana korespondencja i wiedza ta jest zakładowi ubezpieczeń znana. Stosując zasady doręczeń zawarte w art. 61 § 1 k.c. zakład ubezpieczeń powinien wysłać konsumentowi wszelkie prawem wymagane informacje pod znany sobie adres wskazany w umowie. Posiadając dowód doręczenia takiej korespondencji, ubezpieczyciel będzie zwolniony z sankcji, jakie nakłada na niego ustawa o działalności ubezpieczeniowej za niedopełnienie obowiązków informacyjnych wobec konsumenta. Bez znaczenia pozostaje przy tym, czy konsument zaktualizował swoje dane, w tym dane adresowe, informując o tym ubezpieczyciela, ponieważ dojście oświadczenia do wiadomości konsumenta w rozumieniu art. 61 k.c. następuje z chwilą doręczenia pisma w dniu przyjętym analogicznie do daty doręczenia pisma sądowego w trybie art. 139 § 1 k.c. Jeżeli nawet konsument zaniechałby obowiązku aktualizacji danych, a zakład ubezpieczeń doręczyłby pismo na nieaktualny, ale ostatni znany mu adres, to ubezpieczyciel nie poniósłby negatywnych konsekwencji doręczenia korespondencji na nieaktualny adres, albowiem w trybie domniemania wynikającego z art. 61 § 1 k.c. przesyłkę należało uznać za prawidłowo doręczoną. Przyjęcie domniemania doręczenia powiązanego jedynie z faktem wysłania oświadczenia woli, bez możliwości zapoznania się, choćby tylko domniemanego, z jego treścią, w sposób rażący, tj. oczywisty, niewątpliwy i bezsporny naruszało interesy konsumenta. Oceny tej nie zmieniała podnoszona przez pozwanego okoliczność, iż przepisy ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, UFG i PBUK przewidują skuteczność doręczenia korespondencji kierowanej przez zakład ubezpieczeń do ubezpieczającego w zakresie ubezpieczenia obowiązkowego. W ocenie SOKiK, analogia ta była nieuprawniona. Ubezpieczenia gospodarcze tradycyjnie należą do dziedziny prawa zobowiązań, zawarcie umowy ubezpieczenia i jej treść pozostawione są do swobodnej decyzji



zainteresowanych podmiotów. Z uwagi na uzasadnioną społecznie potrzebę ochrony przed skutkami pewnego rodzaju szkód ustawodawca wprowadził obowiązek zawierania umów ubezpieczenia przez podmioty wskazane w ustawie. Regulację taką należy uważać za mającą charakter wyjątkowy. Odnosi się to również do ustanowionego w omawianej ustawie domniemania skuteczności doręczenia korespondencji. W ocenie SOKiK stanowi ono element konieczny do zapewnienia skuteczności systemu ubezpieczeń obowiązkowych. Jednocześnie, ma ono niewątpliwie charakter ograniczający prawa ubezpieczających jako konsumentów z uwagi na praktyczne wyłączenie działania normy opartej na art. 61 k.c. Stąd jego przenoszenie na grunt stosunków ubezpieczeniowych dobrowolnych nie może znaleźć usprawiedliwienia. W zakresie dobrowolnych umów ubezpieczenia ryzyko prowadzonej działalności gospodarczej spoczywa w przeważającej części na zakładzie ubezpieczeń jako przedsiębiorcy. Nie może on zatem nakładać na konsumentów obowiązków sprzecznych z ustawą i we własnym interesie. Podobnie należy oceniać argumenty pozwanego oparte na wskazaniu domniemań skuteczności doręczenia zastępczego ustanowionych przez ustawy procesowe (k.p.c., k.p.a., k.p.k.). Między stosunkami obligacyjnymi a stosunkami prawnoprocesowymi zachodzi istotna różnica jakościowa. Stosunki obligacyjne nawiązywane są co do zasady między równorzędnymi podmiotami. Natomiast stosunki prawnoprocesowe charakteryzują się odmiennością ról ich uczestników i organu, przed którym dane postępowanie się toczy. Organ ten ma bowiem w stosunku do uczestników postępowania pewne uprawnienia władcze, służące zapewnieniu sprawności postępowania, w tym przeciwdziałania paraliżowaniu postępowania przez bierność stron. Taki charakter mają także przepisy o doręczeniu zastępczym. Nie ma usprawiedliwionych podstaw do stosowania tego typu rozwiązań na gruncie obligacyjnych stosunków ubezpieczeniowych, w których zakład ubezpieczeń, mimo organizacyjnej i ekonomicznej przewagi nad konsumentem, pozostaje jego równorzędnym kontrahentem.

*Opracował:*

*Paweł Wawaszczak  
Główny Specjalista w Wydziale Prawnym  
Biura Rzecznika Ubezpieczonych*