

RAPORT  
Z KONTROLI WZORCÓW UMOWNYCH  
UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE

Warszawa, styczeń 2010

Opracowanie:  
Departament Polityki Konsumentckiej UOKiK

## Spis treści

<b>I. WSTĘP</b> .....	<b>4</b>
1. CEL BADANIA.....	4
2. PODSTAWA PRAWNA ANALIZY/DZIAŁANIA PREZESA URZĘDU.....	4
3. OPIS SEKTORA.....	5
4. ZAKRES PODMIOTOWY BADANIA.....	6
5. ZAKRES PRZEDMIOTOWY BADANIA.....	7
<b>II. ANALIZA WZORCÓW UMÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE STOSOWANYCH PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEŃ</b> .....	<b>9</b>
1. CHARAKTERYSTYKA UMOWY NA ŻYCIE I DOŻYCIE.....	9
2. UWAGI OGÓLNE NA TEMAT ZAKWESTIONOWANYCH PRZEZ UOKiK POSTANOWIEŃ OWU.....	10
2.1. <i>Zmiana warunków umowy</i> .....	11
2.2. <i>Stosowanie pojęć nieostrych i sformułowań umożliwiających zakładom ubezpieczeń swobodną interpretację</i> .....	12
2.3. <i>Różne zasady doręczania dokumentów dla zakładu ubezpieczeń i konsumentów</i> .....	16
2.4. <i>Żądanie oryginałów dokumentów</i> .....	17
2.5. <i>Nadmierne utrudnienia w realizacji uprawnień i obowiązków wynikających z umowy</i> .....	18
2.6. <i>Możliwość wprowadzenia konsumenta w błąd poprzez sprzeczność umowy z OWU</i> .....	19
2.7. <i>Obniżenie wysokości świadczenia z chwilą osiągnięcia określonego wieku ubezpieczonego</i> .....	20
2.8. <i>Wpłata zaległych składek warunkiem wznowienia odpowiedzialności</i> .....	21
2.9. <i>Konieczność kontynuacji umowy ubezpieczenia pomimo wcześniejszej spłaty kredytu</i> .....	22
2.10. <i>Prawo ubezpieczyciela do wyboru umowy, z której ma być wypłacone świadczenie</i> .....	23
2.11. <i>Krótkie terminy na zawiadomienie ubezpieczyciela o zdarzeniu</i> .....	23
2.12. <i>Nieuprawniona redukcja świadczeń</i> .....	24
2.13. <i>Automatyczne rozwiązanie umowy podstawowej na skutek odstąpienia przez konsumenta od umowy dodatkowej</i> .....	25
2.14. <i>Indeksacja składki bez podwyższenia sumy ubezpieczenia</i> .....	26
2.15. <i>Nieuprawniona odmowa wypłaty sumy ubezpieczenia uposażonym</i> .....	27
2.16. <i>Nieuprawnione wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela</i> .....	28
2.17. <i>Postanowienia OWU naruszające kodeks cywilny, ustawę o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym oraz tożsame z klauzulami wpisanymi do Rejestru</i> .....	29
<b>III. PODSUMOWANIE</b> .....	<b>39</b>

## I. WSTĘP

Niniejszy raport został przygotowany w oparciu o wyniki analizy ogólnych warunków ubezpieczeń (OWU), stosowanych przez zakłady ubezpieczeń w umowach z konsumentami.

Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (UOKiK) przeprowadziły badanie OWU pod kątem występowania w nich treści mogących stanowić niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> §1 i 3 oraz art. 385<sup>3</sup> kodeksu cywilnego, jak również treści, których wykorzystanie stanowić może praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów w rozumieniu art. 24 ustawy z 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów.

### 1. Cel badania

Głównym celem przeprowadzonej analizy było wykrycie nieprawidłowości i wyeliminowanie z obrotu niekorzystnych dla konsumentów postanowień. Urząd przeprowadził stosowną analizę w oparciu o zgodność z obowiązującymi przepisami prawa, regulującymi badaną materię, m.in.:

- ustawą z 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (DzU z 2003 roku, nr 124, poz. 1151),
- ustawą z 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (DzU nr 16, poz. 93 ze zm.),
- ustawą z 23 sierpnia 2007 roku o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (DzU nr 171 poz. 1206 ze zm.),
- ustawą z 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów (DzU nr 50, poz. 331 ze zm.).

Badanie wzorców umów ubezpieczenia miało również służyć ukazaniu pozycji konsumenta jako słabszej strony umowy w stosunkach z zakładami ubezpieczeń.

### 2. Podstawa prawna analizy/działania Prezesa Urzędu

Podstawę prawną przeprowadzonej kontroli stanowił art. 48 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 i 5 ustawy z 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów.

Zebrany w ramach badania materiał daje podstawę do podjęcia działań w ramach ustawowych kompetencji Prezesa Urzędu, tj. wszczęcia postępowań w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów (art. 49 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów), jak również wystąpienia do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z pozwami o uznanie konkretnych postanowień wzorca umowy za niedozwolone (art. 479<sup>38</sup> kodeksu postępowania cywilnego). W chwili obecnej w Rejestrze klauzul niedozwolonych wpisanych jest 63 klauzule z zakresu usług ubezpieczeniowych.

Należy wyjaśnić, że powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone jest szczególnym typem powództwa. Wyrok Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, uznający postanowienie wzorca za niedozwolone, ma bowiem rozszerzoną skuteczność i wpływa na sytuację prawną nie tylko pozwanego przedsiębiorcy, ale również wszystkich innych. Z tego też względu pomimo, że zakłady ubezpieczeń w większości wycofały się ze stosowania kwestionowanych postanowień, skreślając je lub modyfikując ich brzmienie, Prezes Urzędu skieruje także i w tych przypadkach pozwy do SOKiK-u. Zapobiegnie to wykorzystywaniu tych postanowień przez inne zakłady ubezpieczeń w przyszłości, w szczególności te, które nie były objęte kontrolą.

Prezes Urzędu, doceniając rolę dialogu z instytucjami finansowymi w kształtowaniu dobrych praktyk postępowania w relacjach z konsumentami, stoi na stanowisku, że mechanizm ten jest skuteczny w przypadku indywidualnych naruszeń interesów konsumentów o niskim stopniu uciążliwości. Natomiast w przypadku klauzul abuzywnych podstawowym i najbardziej skutecznym instrumentem jest jednak powództwo o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone. Taki stan rzeczy wynika między innymi z konieczności efektywnego działania Prezesa Urzędu i przyczynia się do ukształtowania jasnych i przejrzystych zasad funkcjonowania przedsiębiorców. Postanowienie umowne kwestionowane przez Prezesa Urzędu może zostać wpisane do rejestru niedozwolonych postanowień umownych tylko na mocy wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. W przeciwnym razie działanie Prezesa Urzędu, w stosunku do jednego przedsiębiorcy, skutkowałoby wyłącznie dobrowolną zmianą wzorca umownego przez tego przedsiębiorcę. Aby całkowicie wyeliminować dane postanowienie z obrotu, Prezes Urzędu zmuszony byłby przekonać do swojego stanowiska wszystkich innych przedsiębiorców, nie dysponując przy tym argumentacją wynikającą z przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów przewidujących, że stosowanie postanowień umownych wpisanych do prowadzonego przez Prezesa Urzędu rejestru stanowi naruszenie zbiorowych interesów konsumentów.

W związku z powyższym, w odniesieniu do zakwestionowanych przez Prezesa Urzędu postanowień umownych spełniających warunki uznania za klauzulę niedozwoloną, zgodnie z art. 385<sup>1</sup> §1 kodeksu cywilnego, Prezes Urzędu skierował/skieruje pozwy do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o uznanie wspomnianych postanowień za abuzywne.

W zakresie, w którym analiza zebranych dokumentów wzbudziła wątpliwości pod względem możliwości naruszenia zbiorowych interesów konsumentów, Prezes UOKiK podjął/podejmie działania określone w art. 49 ustawy z 16 lutego 2007 roku o ochronie konkurencji i konsumentów, tzn. wszczął postępowania w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów.

Należy przy tym wskazać, że w tych przypadkach, gdzie zakład ubezpieczeń wycofał się z postanowienia sprzecznego z bezwzględnie obowiązującymi przepisami bądź tożsamego z wpisaniem do rejestru, Prezes Urzędu nie będzie prowadził postępowania o naruszenie zbiorowych interesów konsumentów.

W sytuacji, gdy przedsiębiorca nie zaniechał stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, Prezes Urzędu wydaje decyzję stwierdzającą stosowanie praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów i nakazuje zaniechanie jej stosowania. Ciężar udowodnienia zaprzestania stosowania praktyki spoczywa na przedsiębiorcy. Prezes Urzędu może w takiej sytuacji nałożyć również karę pieniężną do wysokości 10 proc. przychodu osiągniętego w roku rozliczeniowym poprzedzającym rok wydania decyzji.

Szczegółowe informacje o działaniach jakie zostały oraz zostaną podjęte przez Prezesa UOKiK w wyniku przeprowadzonej kontroli określa Załącznik do Raportu.

### **3. Opis sektora**

Jednym z podstawowych mierników określających poziom konkurencji na rynku ubezpieczeń jest liczba przedsiębiorców działających na rynku. Aktem regulującym warunki, zasady podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej w Polsce jest ustawa o działalności ubezpieczeniowej z 22 maja 2003 roku. Na koniec marca 2009 roku działalność

ubezpieczeniową prowadziło 65 krajowych zakładów ubezpieczeń (30 zakładów ubezpieczeń na życie oraz 35 zakładów ubezpieczeń pozostałych osobowych i majątkowych) i jeden oddział główny zakładu zagranicznego. W porównaniu z analogicznym okresem roku 2008 liczba ta zmniejszyła się o dwa zakłady.

Najczęściej stosowaną formą organizacyjno-prawną krajowych zakładów ubezpieczeń jest forma spółki akcyjnej (na koniec marca ub. roku – 55 podmiotów). Ponadto w pierwszym kwartale 2009 roku działalność ubezpieczeniową prowadziło dziewięć towarzystw ubezpieczeń wzajemnych, w tym dwa w dziale ubezpieczeń na życie i siedem w dziale pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych.

Podstawowym źródłem przychodów zakładów ubezpieczeń jest składka przypisana brutto, która stanowi kwoty należne z tytułu zawartych w okresie sprawozdawczym umów ubezpieczenia, niezależnie od tego, czy kwoty te opłacono. W I kwartale 2009 roku składka przypisana brutto dla krajowych zakładów ubezpieczeń osiągnęła wartość 13,08 mld zł i była o 1,63 proc. (0,21 mld zł) wyższa niż w analogicznym okresie 2008 roku.

Składka przypisana brutto krajowych zakładów ubezpieczeń na życie wyniosła 7,4 mld zł i była niższa niż w analogicznym okresie 2008 roku o 0,41 proc. (0,03 mld zł). Składka przypisana brutto w dziale pozostałych ubezpieczeń osobowych i majątkowych krajowych zakładów ubezpieczeń osiągnęła w I kwartale 2009 roku wartość 5,67 mld zł – to wzrost w porównaniu z analogicznym okresem 2008 roku o 4,42 proc. (0,24 mld zł). W analizie danych za I kwartał 2009 roku wśród ubezpieczeń bezpośrednich przeważają ubezpieczenia na życie stanowiące 65,52 proc. składki przypisanej brutto działu I<sup>1</sup>. Ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym stanowią 19,65 proc. łącznej składki. Kolejną pozycję zajmują ubezpieczenia: wypadkowe i chorobowe –13,94 proc. składki.

Polski rynek ubezpieczeń, podobnie jak inne rynki krajów środkowoeuropejskich, charakteryzuje się dość wysokim stopniem koncentracji, pomimo że udział największych zakładów ubezpieczeń systematycznie się zmniejsza. W I kwartale 2009 roku udział w składce przypisanej brutto ogółem trzech największych zakładów na życie wynosił 48,29 proc.

#### 4. Zakres podmiotowy badania

Przeprowadzona przez Urząd kontrola – trwająca od marca do października 2009 roku – objęła łącznie 13 zakładów ubezpieczeń, których lista stanowi Załącznik do Raportu. Wyboru dokonano w drodze losowania, z wyjątkiem PZU Życie S.A., który został wytypowany ze względu na duży udział w rynku ubezpieczeniowym, jak również z uwagi na większą niż w pozostałych przypadkach liczbę przesłanych skarg przez konsumentów. Kontroli zostały poddane:

1. AXA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.,
2. Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.,

<sup>1</sup>Zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej wyróżnia się w Dziale I (ubezpieczenia na życie) następujące grupy: grupa I – ubezpieczenia na życie, grupa II – ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci, grupa III – ubezpieczenia na życie, jeżeli są związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, grupa IV – ubezpieczenia rentowe, grupa V – ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wymienionych w grupach od I do IV.

3. HDI-Gerling Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.,
4. ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.,
5. LINK4 Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.,
6. NORDEA Polska TU na Życie S.A.,
7. PRAMERICA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji S.A.,
8. PZU Życie S.A.,
9. STU na Życie ERGO HESTIA S.A.,
10. TU na Życie CARDIF Polska S.A.,
11. TU na Życie COMPENSA S.A.,
12. TU na Życie EUROPA S.A.,
13. TUnŻ WARTA S.A.

## 5. Zakres przedmiotowy badania

Badaniem objęto wzorce umów ubezpieczenia na życie, z wyłączeniem ubezpieczeń na życie związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a także posagowe, zaopatrzenia dzieci, rentowe, wypadkowe i chorobowe.

Przedmiotem analizy były wzorce ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU) stosowane przez zakłady ubezpieczeń w umowach z konsumentami. Z uwagi na fakt, że każdy z przedsiębiorców stosuje od kilku do kilkudziesięciu wzorców umów, w ramach kontroli Delegatury zbadały ponad 600 tego rodzaju wzorców.

Należy podkreślić, że w ramach przeprowadzonej analizy UOKiK badał zarówno umowy zawierane z konsumentami – w rozumieniu przepisu art. 22<sup>1</sup> kodeksu cywilnego (za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową) oraz zawierane na ich rzecz.

Przedstawiona w raporcie ocena abuzywności klauzul nie jest ostateczna, ponieważ wyłącznie Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów ma kompetencję do uznania postanowienia za niedozwoloną klauzulę. Po uprawomocnieniu się wyroku SOKiK takie postanowienie wpisywane jest do rejestru klauzul niedozwolonych, prowadzonego przez Prezesa UOKiK. Od tego momentu jego stosowanie w obrocie z konsumentami jest zakazane.

W przypadku podejrzenia stosowania przez przedsiębiorcę praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów polegającej na stosowaniu postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru (może także dotyczyć sytuacji, w których przedsiębiorca stosuje klauzule podobne do wpisanych do rejestru nawet jeśli wyrok SOKiK, na mocy którego dokonano wpisu, nie był wydany w stosunku do tego przedsiębiorcy), ostateczna ocena praktyki dokonywana jest w decyzji Prezesa UOKiK, po przeprowadzeniu postępowania administracyjnego.

Konsument, który znalazł w umowie, jaką zamierza zawrzeć lub w już podpisanej, postanowienie podejrzane o abuzywność i znajdujące się w niniejszym Raporcie, powinien zwrócić przedsiębiorcy uwagę na ten fakt. W przypadku, gdy przedsiębiorca nie wyrazi zgody na zmianę kwestionowanych klauzul, najlepiej zmienić kontrahenta. Natomiast jeśli umowa już zawarta zawiera niedozwolone postanowienia wpisane do rejestru, to – zgodnie z definicją określoną w kodeksie cywilnym – takie klauzule nie wiążą konsumenta z mocy prawa. Jeżeli przedsiębiorca nie przychylił się do tego stanowiska, należy zwrócić się do właściwego sądu o uznanie danego postanowienia za niewiążące. Można przy tym korzystać z pomocy miejskiego lub powiatowego rzecznika konsumentów lub organizacji konsumenckich (np. Federacji Konsumentów).

## II. ANALIZA WZORCÓW UMÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE STOSOWANYCH PRZEZ ZAKŁADY UBEZPIECZEN

### 1. Charakterystyka umowy na życie i dożycie

Zagadnienia związane z umową ubezpieczenia zostały uregulowane w ustawie z 23 kwietnia 1964 roku kodeks cywilny – art. od 805 do 834 oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej. Zgodnie z wyżej przytoczonymi przepisami, ubezpieczenia możemy podzielić na majątkowe i osobowe, wśród których z kolei wyróżniamy ubezpieczenia na życie oraz następstw nieszczęśliwych wypadków. Przedmiotem ubezpieczenia osobowego mogą być określone dobra osobiste, niemajątkowe człowieka jak życie i zdrowie (zdolność do pracy zarobkowej). Celem takiego ubezpieczenia jest bowiem ochrona życia i zdrowia ludzkiego poprzez zagwarantowanie sum ubezpieczenia ustalonych na wypadek śmierci, dożycia określonego wieku lub nastąpienia nieszczęśliwego wypadku. Źródłem stosunku prawnego jest zawsze umowa ubezpieczenia. Ustawową definicję umowy zawiera art. 805 k.c. stanowiący, że przez umowę ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zobowiązuje się do spełnienia świadczenia w postaci zapłaty umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia, w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej, a ubezpieczający zobowiązuje się do zapłaty składki. Przepisy nie określają bliżej cech wypadku, od zajścia którego uzależnione jest świadczenie zakładu ubezpieczeń. Ograniczają się jedynie do stwierdzenia, że wypadek musi być wymieniony w umowie ubezpieczenia oraz że powinien być przyszły i możliwy. Stąd w nauce<sup>2</sup> wykształciła się definicja wypadku ubezpieczeniowego, którym jest zdarzenie rodzące po stronie zakładu ubezpieczeń obowiązek spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego.

Konsumenci najczęściej, w ramach ubezpieczeń osobowych, korzystają z ubezpieczeń na życie i dożycie. Mogą być one zawierane zarówno w formie ubezpieczenia indywidualnego, jak i grupowego. Możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego ma podstawy w art. 805 i 808 k.c. oraz wynika z zasady swobody umów. Zgodnie z art. 805 §1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie swojej działalności, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę.

Zgodnie z art. 808 §1 k.c. ubezpieczający może zawrzeć umowę na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w kontrakcie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Cechą charakterystyczną w takiej umowie jest to, że na rzecz osoby trzeciej wypłacane jest świadczenie, ale również świadczona jest ochrona ubezpieczeniowa. Zgodnie z art. 808 §3 k.c. ubezpieczony jest uprawiony do żądania należnego świadczenia bezpośrednio od ubezpieczyciela, chyba że strony uzgodniły inaczej, przy czym uzgodnienia takiego nie można dokonać, jeżeli wypadek ubezpieczeniowy już zaszedł. Należy zauważyć, że ubezpieczony jest to osoba, której mienie lub odpowiedzialność cywilna w ubezpieczeniach majątkowych albo dobra osobiste (życie, zdrowie, zdolność do pracy) w ubezpieczeniach osobowych, stanowią przedmiot umowy. Z reguły (w ubezpieczeniach indywidualnych) ubezpieczony i ubezpieczający to te same osoby. Zdarza się też jednak, że ubezpieczający zawiera umowę dla zabezpieczenia interesu majątkowego albo życia i zdrowia innej osoby (ta zasada obowiązuje np. w ubezpieczeniach grupowych). W takiej sytuacji jest on

<sup>2</sup> Tak: Marcin Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, Warszawa 2002, s. 3.; podobnie Anna Tadla, *Umowa ubezpieczenia na życie*, Warszawa 2000, s. 110.

traktowany jako osoba trzecia wobec stron umowy. W świetle art. 808 §1 k.c. nie musi istnieć formalnoprawny związek pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczonym. Jak zostało wskazane powyżej podstawowym obowiązkiem ubezpieczającego – jest, w myśl art. 805 §1 i art. 808 §2 zd. 1 k.c., zobowiązanie do zapłaty ubezpieczycielowi składki ubezpieczeniowej. W praktyce zdarza się jednak, że ekonomiczny ciężar składki ponosi ubezpieczony, mimo że w myśl wskazanych przepisów prawa obowiązek jej zapłaty obciąża ubezpieczającego. I należy przy tym zauważyć, że często w ubezpieczeniach grupowych na życie ubezpieczającymi są pracodawcy bądź banki, którzy w rzeczywistości jedynie przekazują składki finansowane przez ubezpieczonych – pracowników bądź klientów banków.

W związku z powyższym warto zauważyć, że zagadnienie zapłaty składki ubezpieczeniowej można rozważać zarówno w kontekście wskazanego obowiązku istniejącego po stronie ubezpieczającego, jak i czynności faktycznej. Dopuszczalne jest w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek, aby zapłata składki ubezpieczeniowej, rozumiana jako czynność faktyczna, spoczywała na ubezpieczonym. Należy jednak podkreślić, że zgodnie z art. 808 §2 zd. 1 k.c. roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu<sup>3</sup>.

## **2. Uwagi ogólne na temat zakwestionowanych przez UOKiK postanowień OWU**

Przeprowadzona analiza wzorców umów ubezpieczenia na życie wykazała, że prawie wszystkie zakłady ubezpieczeń, które poddane zostały kontroli, posługiwały się w obrocie z konsumentami wzorcami umów zawierającymi postanowienia umowne, które mogą zostać uznane za niedozwolone. Bez względu na ilość oraz skalę naruszeń, jak również ewentualne wyrażenie przez przedsiębiorców chęci współpracy w zakresie usunięcia kwestionowanych przez Urząd postanowień, podkreślić należy, że stosowanie niedozwolonych postanowień w umowach ubezpieczeń na życie jest zjawiskiem powszechnym, niosącym duże zagrożenie dla praw uczestników rynku.

Niewielka część z postanowień była sprzeczna z przepisami bezwzględnie obowiązującymi.

Należy jednak zwrócić uwagę na brak czytelności i przejrzystości OWU. Przepisy kodeksu cywilnego przewidują jednak, że *postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta* (art. 385 §2 k.c.). Potwierdzenie tego stanowiska przynosi judykatura. Sąd Apelacyjny w Łodzi wyrokiem z 28 lutego 1996 roku stwierdził, że *ujemne skutki opracowanych ogólnych warunków ubezpieczeń polegające na możliwości ich interpretacji powinny obciążać ubezpieczyciela jako profesjonalistę i autora tych warunków* (sygn. akt Acr 37/96, OSA 1996/9/43). Niestety, nałożony przez ustawodawcę obowiązek formułowania wzorca umowy w sposób jednoznaczny i zrozumiały nie jest przez zakłady ubezpieczeń realizowany, co staje się przyczyną wielu nieporozumień w kontaktach ubezpieczony – zakład ubezpieczeń. Zasada ta o ile ma kardynalne znaczenie dla kontroli incydentalnej, nie ma znaczenia dla kontroli abstrakcyjnej.

Poniżej przedstawione zostały najważniejsze kwestie, jakie w trakcie omawianej kontroli zostały przez Urząd podniesione i przedstawione w wystąpieniach do zakładów ubezpieczeń.

<sup>3</sup> źródło: Komisja Nadzoru Finansowego, Raport „Produkty strukturyzowane w formie ubezpieczenia na życie”, sierpień 2008, dostępny na: [www.knf.gov.pl/PortalSearch?searchString=raporty+i+publikacje&maxresults=1000](http://www.knf.gov.pl/PortalSearch?searchString=raporty+i+publikacje&maxresults=1000).

## 2.1. Zmiana warunków umowy

Kontrolując wzorce umowne, UOKiK zwraca szczególną uwagę na klauzule przewidujące, że ubezpieczyciel może samodzielnie zmienić zakres świadczeń, a zatem jednostronnie decydować o kształcie oferowanego produktu już w trakcie obowiązywania umowy.

### A. Przykład:

*AXA zastrzega sobie w każdym czasie prawo do zmiany zakresu usług określonych w Regulaminie oraz możliwość zaprzestania ich świadczenia.*

*PZU Życie SA ma prawo w każdym czasie dokonać zmiany świadczeniodawcy.*

Zdaniem UOKiK do istotnych postanowień umowy ubezpieczenia należy nie tylko zakres świadczeń wynikający z niej dla konsumenta, ale także możliwość ich realizacji u konkretnego świadczeniodawcy, wskazanego przez zakład ubezpieczeń już w chwili podejmowania decyzji o zawarciu umowy. To określenie konkretnego świadczeniodawcy (w tym wypadku zakładu opieki zdrowotnej) bądź też zakresu usług może być jedną z przesłanek skłaniających konsumenta do wyboru konkretnej oferty. Zagwarantowanie sobie przez zakład ubezpieczeń – poprzez ww. postanowienie umowne – prawa do zmiany w każdej chwili świadczeniodawcy, może być traktowane jako zastrzeżenie dla przedsiębiorcy jednostronnego uprawnienia do zmiany bez ważnych przyczyn istotnych cech jego świadczenia (art. 385<sup>3</sup> pkt 19 k.c.). Takie postępowanie w sposób rażąco narusza interesy konsumentów.

W związku z powyższym, ww. postanowienia zostaną poddane ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (należy zaznaczyć, że w drugim przykładzie zakład ubezpieczeń zmienił postanowienie zgodnie z sugestiami zawartymi w wezwaniu).

### B. Przykład:

*Wszelkie obowiązki ubezpieczyciela wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązki informacyjne, będą realizowane zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego obowiązku. W szczególności w przypadku, gdy przepisy prawa obowiązujące na dzień realizacji danego obowiązku będą przewidywały węższy zakres zobowiązań, niż wynikający z niniejszych OWU, lub nie będą nakładały na ubezpieczyciela określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążący na ubezpieczycielu będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa. (TUnŻ WARTA S.A.)*

Przed wszystkim należy zauważyć, że trudno oczekiwać od konsumenta by na bieżąco śledził wszelkie zmiany w obowiązujących przepisach, a mogących mieć znaczenie z punktu widzenia zawartej przez niego umowy, a także by zmuszony był do bieżącej oceny i weryfikacji swoich oraz ubezpieczyciela uprawnień i obowiązków wynikających z umowy. Ponadto nie bez znaczenia pozostaje fakt, że to właśnie, na przykład, szerszy zakres uprawnień – zaproponowanych w umowie – aniżeli ten wynikający z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa określających pewne minimum, przyczynił się do zawarcia przez konsumenta umowy. Można przecież wyobrazić sobie sytuację, w której obowiązujące przepisy zmieniają się w ten sposób, że obniżają poziom ochrony gwarantowanej konsumentom. Wówczas konsument powinien nie tylko zostać poinformowany o zmianie wzorca w kontekście brzmienia ww. postanowienia, lecz także mieć prawo do wypowiedzenia umowy zgodnie z art. 384 k.c. Podkreślić należy, że zakład ubezpieczeń nie jest zobowiązany do

obniżenia w takiej sytuacji poziomu ochrony klienta czy też zakresu jego uprawnień. W takiej sytuacji powinien stosować się do przepisów bezwzględnie obowiązujących i ustanawiających pewne „minimum”, ale nic nie stoi na przeszkodzie by oferował swoim klientom o wiele więcej, co niewątpliwie wpłynie na atrakcyjność oferowanego produktu, a tym samym jego wybór przez konsumentów.

Należy także zwrócić uwagę, że same nowowchodzące w życie przepisy nie zawsze odnoszą się także do stosunków prawnych już trwających, niekiedy przecież przepisy przejściowe albo taką sytuację wykluczają albo istotnie modyfikują.

Trudno w takiej sytuacji oczekiwać, by dla konsumenta – niebędącego profesjonalnym uczestnikiem rynku – jasne i przejrzyste były jego prawa i obowiązki wynikające z zawartej umowy.

W opinii Urzędu, powyższe postanowienie umowne, jako naruszające dobre obyczaje oraz interesy konsumentów, sprzeczne jest z art. 385<sup>1</sup> §1 k.c., ponieważ przyznaje ubezpieczycielowi prawo modyfikacji swoich obowiązków umownych, na skutek zmian przepisów prawa, w sposób korzystny dla siebie.

Wystąpienie Prezesa Urzędu nie przyniosło oczekiwanych rezultatów, a zakład ubezpieczeń, który stosował kwestionowane postanowienie, nie podzielił wskazanej argumentacji. W związku z powyższym Prezes Urzędu skieruje w tym zakresie pozew do SOKiK-u.

## **2.2. Stosowanie pojęć nieostrych i sformułowań umożliwiających zakładom ubezpieczeń swobodną interpretację**

W trakcie kontroli – wobec niemal wszystkich zakładów ubezpieczeń – stwierdzono, że OWU zawierają pojęcia nieprecyzyjne, a więc umożliwiające ich swobodną interpretację. Pomimo że zgodnie z art. 385 §2 k.c. wszelkie niejasności tłumaczy się na korzyść konsumenta, to w praktyce zakłady ubezpieczeń niejednokrotnie stosują interpretację niekorzystną.

Największe zastrzeżenia UOKiK budzą te nieprecyzyjne postanowienia, które definiują okoliczności mające wpływ na wypłatę lub odmowę wypłaty świadczenia, w szczególności dotyczące zakresu ubezpieczenia. Należy zaznaczyć, że Urząd nie kwestionuje samej możliwości wprowadzania przez zakład ubezpieczeń wyłączeń swojej odpowiedzialności. Niemniej jednak zastrzeżenia budzą postanowienia nie dość precyzyjne, bowiem pozostawiają one zbyt dużą swobodę interpretacyjną, umożliwiając dokonanie niekorzystnej dla konsumenta interpretacji, co w konsekwencji prowadzić może do odmowy wypłaty świadczenia.

W takim wypadku zachwiana zostaje równowaga kontraktowa stron, a konsument nie może być pewien swoich praw i obowiązków wynikających z zawartej umowy. Zakład ubezpieczeń ma natomiast możliwość arbitralnego decydowania o wypłacie świadczenia. Należy pamiętać, że konsumenci jako słabsi uczestnicy rynku w praktyce nie mają możliwości negocjowania warunków kontraktu. Każdy zatem przejaw dyskryminacji słabszej strony należy traktować jako naruszenie dobrych obyczajów. Z uwagi na możliwość dokonania przez zakład ubezpieczeń swobodnej interpretacji mogącej prowadzić do odmowy wypłaty świadczenia niniejszą praktykę postrzegać należy także jako naruszenie interesów konsumentów.

Należy bowiem zwrócić uwagę, że nieprecyzyjny i niejasno sformułowany katalog wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela decyduje de facto o tym, jaki jest zakres ubezpieczenia, a więc jakiego rodzaju zdarzenia są objęte ochroną ubezpieczeniową. Z punktu widzenia

konsumenta są to najistotniejsze informacje, nie tylko na etapie zawierania umowy, lecz także jej wykonywania, w szczególności kiedy dojdzie do wypadku ubezpieczeniowego.

Ponadto tego rodzaju postanowienia mogą naruszać również art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c., zgodnie z którym niedozwolone jest zastrzeżenie przyznające kontrahentowi uprawnienia do wiążącej interpretacji umowy.

Przykłady:

A. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, jeżeli zgon Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym zaistniał bezpośrednio lub pośrednio w następstwie: (...) 10) nieuzasadnionego nieskorzystania z porady lekarskiej, nieprzestrzegania zaleceń lekarza bądź niezleconego przez lekarza użycia leków lub narkotyków przez Ubezpieczonego, 11) choroby, w tym występujące nagle, jak np. zawał serca lub udar mózgu, AIDS lub zarażenia wirusem HIV bądź pochodnymi (...).(STU na życie Ergo Hestia S.A.)

W tym wypadku sformułowanie „nieuzasadnione nieskorzystanie” jest pojęciem dalece ocennym, tym bardziej, że nie dotyczy ono sytuacji obiektywnych, ale subiektywnej potrzeby i oceny własnego stanu zdrowia przez konsumenta. Tymczasem konstrukcja postanowienia umożliwia zakładowi ubezpieczeń prawo dokonania arbitralnej oceny konieczności skorzystania z porady lekarskiej, a co za tym idzie także prawo odmowy wypłaty świadczenia.

B. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek, w wyniku którego Osoba ubezpieczona poniosła śmierć, został spowodowany lub miał miejsce w bezpośrednim następstwie: (...)8) 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 10m. (Compensa TU na Życie S.A.)

W opinii części zakładów ubezpieczeń enumeratywne wyliczenie wszystkich zajęć sportowych i rekreacyjnych o ryzykownym charakterze nie jest możliwe, choćby z uwagi na fakt, że wciąż powstają nowe dyscypliny o bardzo ryzykownym charakterze. Ponadto, zdaniem zakładu ubezpieczeń, nie istnieje również zagrożenie możliwości nadmiernej swobody interpretacyjnej, ponieważ zakład ubezpieczeń musi liczyć się z tym, że w razie sporu pojęcie to będzie zinterpretowane w sposób obiektywny i na korzyść konsumenta. Jednocześnie niektóre zakłady ubezpieczeń zadeklarowały podjęcie działań mających na celu ograniczenie zagrożeń dla interesów konsumentów poprzez opracowanie wewnętrznej instrukcji zawierającej precyzyjną wykładnię wskazanego w postanowieniu pojęcia, inne zaś zaproponowały korektę kwestionowanych postanowień.

Prezes Urzędu pomimo przedstawionej argumentacji zakwestionował powyższe postanowienia z uwagi na fakt, że wyłączenia odpowiedzialności powinny być jasne i precyzyjnie dla konsumenta, by nie miał on wątpliwości, jaki w rzeczywistości jest zakres jego ubezpieczenia. Określenie w sposób jednoznaczny tego zakresu jest ważne nie tylko przy wyborze określonego produktu, lecz przede wszystkim na etapie obowiązywania umowy, a w szczególności, gdy dojdzie do wypadku w niej przewidzianego.

C. Ciężar **bezsportnego** udowodnienia powstania niezdolności do pracy oraz uprawnień do otrzymania świadczenia ciąży na ubezpieczonym. Przedłożone towarzystwu orzeczenia, zaświadczenia i wyniki badań dotyczące ubezpieczonego i związane z roszczeniem o spełnienie świadczenia z tytułu niezdolności do pracy nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. W celu ustalenia obiektywnego stanu zdrowia ubezpieczonego towarzystwo może żądać od ubezpieczonego poddania się badaniom diagnostycznym i lekarskim z minimalnym ryzykiem z wyłączeniem badań genetycznych, które wykonane zostaną na koszt towarzystwa, przez lekarza przez nie wyznaczonego. (Aviva TU na Życie S.A.)

Prezes Urzędu nie kwestionuje, że na zgłaszającym roszczenie do zakładu ubezpieczeń spoczywa ciężar dowodu, że miało miejsce zdarzenie ubezpieczeniowe i że jest on uprawniony do otrzymania świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, a jedynie kwestionuje bezsporność takiego dowodu. W ocenie Prezesa UOKiK przedmiotowe postanowienie, poprzez brak określenia jakie dowody zostaną uznane przez zakład ubezpieczeń za bezsporne, pozostawia mu ogromną swobodę interpretacyjną. Ubezpieczyciel wprowadza jedynie negatywne wyliczenie, że wszelkie oświadczenia, zaświadczenia i wyniki badań przedstawione przez ubezpieczonego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego. Tak sformułowane postanowienie czyni wręcz niemożliwym bezsporne udowodnienie swoich uprawnień. Należy podkreślić, że dowody przedstawione przez ubezpieczonego nie mają charakteru wyłącznie wiążącego, zwłaszcza, że zakład ubezpieczeń może w każdym przypadku wysłać go na dodatkowe badania, które mogą przecież zmienić dotychczasową ocenę dokonaną przez ubezpieczyciela. Prowadzi to do wniosku, że jedynie od arbitralnej decyzji ubezpieczyciela zależy, jakie dowody zostaną uznane za bezsporne. Takie uregulowanie stosunku zobowiązaniowego z konsumentem, w którym pewne okoliczności pozostawia się w gestii i do arbitralnej decyzji przedsiębiorcy, są niedozwolone.

W ocenie Prezesa Urzędu ukształtowanie analizowanego postanowienia rodzi obawy o prawidłową jego interpretację, co narusza dyspozycję art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c., który za klauzule abuzywne uznaje postanowienia przyznające kontrahentowi konsumenta uprawnienie do dokonywania wiążącej interpretacji umowy.

W odpowiedzi na wezwanie zakład ubezpieczeń, pomimo że nie zgodził się z przedstawioną argumentacją, zmienił ww. postanowienie zgodnie z sugestiami Prezesa Urzędu.

D. *Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów **poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.** (TUnŻ WARTA S.A.)*

Powyższa klauzula jest przykładem nie dość precyzyjnego określenia zakresu ubezpieczenia, co w praktyce ma najistotniejsze znaczenie dla konsumenta. Sformułowanie dotyczące poważnych zachorowań, które nie wystąpiły przed zawarciem umowy pozwala na dowolność interpretacji ubezpieczyciela, który na tej podstawie może zwolnić się z odpowiedzialności. Nie jest bowiem wiadome, czy chodzi o zachorowania, które były zdiagnozowane, leczone czy też wystąpiły, lecz konsument nie był w tym zakresie poddany opiece lekarskiej.

W ocenie Urzędu powyższe postanowienie narusza przepis art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c., uprawniając ubezpieczyciela do arbitralnej interpretacji postanowień umowy.

W odpowiedzi na wezwanie, zakład ubezpieczeń nie zgodził się ze stanowiskiem Urzędu.

E. *Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudni skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. (TUnŻ Warta S.A.)*

W świetle analizowanego postanowienia ubezpieczyciel jest zobowiązany zorganizować transport ubezpieczonego, który na skutek zaistnienia zdarzenia losowego musi skorzystać z pomocy medycznej. Jednakże treść tej klauzuli nie określa w sposób jednoznaczny kiedy ma go zorganizować i kto podejmuje decyzję w tym zakresie. Wobec faktu, że umowa nie precyzuje kto określa konieczność interwencji pogotowia ratunkowego albo dopuszcza możliwość skorzystania z publicznego lub prywatnego środka transportu, należy uznać, że decyzje w tym zakresie podejmuje centrum operacyjne assistance, a więc ubezpieczyciel, będący jednocześnie autorem wzorca umowy. Oznacza to, że dzięki tak niejednoznacznemu zapisowi uzyskał on możliwość dokonania dowolnej, korzystnej dla siebie interpretacji treści postanowienia i odmowy zorganizowania transportu w sytuacji, gdy byłby uzasadniony, co może narażać ubezpieczonego na dodatkowe koszty. Wobec powyższego przedmiotowe postanowienie należy uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interesy konsumentów, a w konsekwencji za niedozwolone postanowienie umowne.

W ocenie Prezesa Urzędu, ww. klauzula stanowi niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> §1 i art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c.

F. *Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień, w którym spełnione są łącznie warunki: (...) i ubezpieczyciel otrzymał informację (prawnie określony tytuł wpłaty) pozwalającą na przyporządkowanie składki do umowy ubezpieczenia. (TUnŻ Warta S.A.)*

Przeprowadzona kontrola wzorców wykazała, że w OWU znajdują się postanowienia, które przewidują dodatkowe warunki, by uznać składkę ubezpieczeniową za zapłaconą przez konsumenta, przy czym warunki te nie zostały dość precyzyjnie określone. W obrocie gospodarczym – w tym konsumenckim – przyjmuje się, że miejscem spełnienia przez dłużnika świadczenia pieniężnego jest siedziba wierzyciela (co wynika wprost z art. 454 k.c.) w przypadku wpłat dokonywanych w jego kasie bądź miejsce wskazane w umowie – np. rachunek bankowy. Konsekwencją tego jest też uznanie, że dniem spełnienia świadczenia pieniężnego jest dzień dokonania zapłaty w siedzibie wierzyciela bądź uznania rachunku bankowego wierzyciela.

W omawianym przypadku składki są wpłacane przez dłużnika-konsumenta na rachunek bankowy ubezpieczyciela. Podkreślić należy, że istnieją warunki techniczne i informatyczne, które zapewniają możliwość powiązania rachunku bankowego (subkonta), na które konsument dokonuje wpłaty składki ubezpieczeniowej z numerem jego polisy ubezpieczeniowej, co zapewnia możliwość jednoznacznego przyporządkowania wpłacanej składki do umowy ubezpieczenia. Nawet gdyby hipotetycznie przyjąć, że numer rachunku albo tytuł zapłaty został błędnie określony lub z innych powodów nastąpiło opóźnienie w przyporządkowaniu składki, to i tak wpłacone środki były w posiadaniu ubezpieczyciela, który mógłby już korzystać z nich i pobierać korzyści. A zatem, zgodnie z przyjętą praktyką obrotu gospodarczego, należałoby

przyjąć, że dłużnik – w rozważanym przypadku konsument – spełnił swoje świadczenie, a więc dzień faktycznej wpłaty należałoby uznać za dzień zapłaty składki.

W przedmiotowym przypadku ubezpieczyciel zawarł odstępstwo od powszechnie przyjętej praktyki, narzucając we wzorcu umowy – korzystne dla siebie – postanowienie, w świetle którego uznanie zapłaty należnej składki zależy od prawidłowo określonego tytułu wpłaty, pozwalającego na przyporządkowanie składki do umowy ubezpieczenia, przy czym ubezpieczyciel nie określił, jak powinien on brzmieć. Zachodzi zatem wątpliwość, czy dopuszczalny jest brak tytułu w sytuacji gdy część numeru rachunku, na który dokonywana jest wpłata, jest jednocześnie numerem polisy ubezpieczeniowej albo czy prawidłowym określeniem tytułu wpłaty jest wpisanie słowa „ubezpieczenie” lub „polisa ubezpieczeniowa”, czy też konieczne jest wskazanie pełnej nazwy ubezpieczenia wraz z jej numerem. Wątpliwości tej nie rozstrzyga w żaden sposób ubezpieczyciel, który ograniczył się jedynie do przyznania sobie de facto prawa do wiążącej interpretacji umowy i stwierdzenia, czy dana wpłata została dokonana w prawidłowy sposób. Taki brak jednoznaczności oraz wynikająca stąd swoboda interpretacyjna może powodować, że data uznania zapłaty składki może różnić się na niekorzyść konsumenta od daty dokonania faktycznej zapłaty, albowiem ubezpieczyciel – korzystając z wpłaconych środków może jednocześnie dokonać przypisania wpłaty w późniejszym terminie, a nawet potrącić odsetki za zwłokę.

Mając powyższe na uwadze, w ocenie Prezesa Urzędu ww. klauzula stanowi niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> §1 i art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c.

Wszystkie wskazane wyżej postanowienia zostaną poddane ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

### **2.3. Różne zasady doręczania dokumentów dla zakładu ubezpieczeń i konsumentów**

W trakcie kontroli OWU Urząd stwierdził rażącą dysproporcję między obowiązkami konsumentów a zakładów ubezpieczeń w zakresie doręczania dokumentów i składania oświadczeń. Większość przedsiębiorców przewiduje w OWU, że pisma wysłane konsumentom listem zwykłym pod ostatni znany adres uważa się za doręczone. Konsumentom natomiast zobowiązani są do przekazywania informacji w ściśle określonej formie, zazwyczaj listem poleconym.

Przykład:

*W przypadku zmiany adresu lub nazwy, o której nie poinformowano na piśmie drugiej strony Umowy Ubezpieczenia, przyjmuje się, że obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia został przez tę stronę wypełniony przez wysłanie pisma pod ostatni znany adres, z zastrzeżeniem, iż o zmianie swojej siedziby lub nazwy Nordea może poinformować drogą ogłoszeń, zamieszczanych w prasie o zasięgu ogólnokrajowym.*

*Skierowane do HDI - Gerling Życie TU S.A. wnioski, oświadczenia, zawiadomienia, zgłoszenia lub inne pisma dotyczące umowy są doręczane wyłącznie przez przesłanie pisma pod adresem HDI - Gerling Życie TU S.A. za pokwitowaniem jego odbioru. (...) Pismo HDI - Gerling Życie TU S.A. skierowane do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, albo Uposażonego uznaje się za doręczone z chwilą doręczenia go na ostatni znany Pismo HDI - Gerling Życie TU S.A. adres osoby, do której jest skierowane.*

Zdaniem Prezesa Urzędu cytowane postanowienia kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, gdyż przewidują rażącą dysproporcję pomiędzy obowiązkiem konsumenta i ubezpieczyciela w zakresie informowania o zmianie adresu/siedziby (art. 385<sup>1</sup> §1 k.c.). Kwestionowane postanowienia wskazujące na obowiązek konsumenta informowania o zmianie swojego adresu w sposób szczególny (w formie pisemnej pod rygorem nieważności), a jednocześnie dające przyzwolenie ubezpieczycielowi na informowanie o zmianie swojej siedziby poprzez ogłoszenie lub w liście rocznicowym, naruszają zasadę równości stron umowy i godzą z tego powodu w dobre obyczaje.

Postanowienia w takim brzmieniu stanowią również zagrożenie dla interesów konsumenta (w tym ekonomicznych), w sytuacji kiedy konsument, nie poinformowany indywidualnie o zmianie siedziby ubezpieczyciela, prześle korespondencję na „stary” adres.

Regulacja w przytoczonym wyżej brzmieniu zabezpiecza jedynie interesy zakładu ubezpieczeń, gdyż w przypadku jakichkolwiek problemów związanych z doręczeniem korespondencji ich skutki dotyczyć będą przede wszystkim konsumenta. Postanowienie takie może powodować niepewność po stronie słabszego uczestnika rynku co do stałości treści umowy, ponieważ od skutecznego doręczenia stosownego pisma mogą być uzależnione takie zmiany jak wznowienie umowy, zmiana umowy na bezskładkową, indeksacja składki itp.

W tym miejscu podkreślić trzeba, że za naruszenie interesów konsumenta przyjąć należy szczególnie dotkliwie jego pokrzywdzenie i to nie tylko pod postacią uszczerbku majątkowego (tak Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w wyroku z 15 grudnia 2004 roku, sygn. akt XVII Amc 124/03, niepubl.). Naruszeniem interesów konsumentów może zatem być także strata czasu, niewygodą lub nierzetelne traktowanie.

W pierwszym z podanych przykładów zakład ubezpieczeń nie podzielił argumentacji przedstawionej w wezwaniu, zaznaczając, że ogłoszenia w prasie o zmianie siedziby stanowią dodatkowy sposób informowania konsumentów. W związku z powyższym Prezes Urzędu skierował w tym zakresie pozew do SOKiK o uznanie postanowienia za niedozwolone.

W drugim natomiast przypadku zakład ubezpieczeń wycofał się ze stosowania kwestionowanego postanowienia. Należy przy tym zaznaczyć, że postanowienie o tożsamej treści znajduje się już w rejestrze pod nr 1711: *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.* Mając na uwadze, że przedsiębiorca zaniechał dobrowolnie praktyki stosowania postanowienia wpisanego do rejestru, Prezes Urzędu odstąpił od podjęcia dalszych działań w tym zakresie.

#### **2.4. Żądanie oryginałów dokumentów**

W ocenie Prezesa UOKiK postanowienia zastrzegające, w chwili składania wniosku o wypłatę świadczenia, konieczność złożenia przez konsumenta oryginałów umowy ubezpieczenia, może stanowić naruszenie art. 385<sup>1</sup> §1 k.c. Oryginał jest przekazywany konsumentowi i jest on dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia oraz podstawą dochodzenia przez niego praw.

W momencie oddania ubezpieczycielowi oryginału, jak w podanym poniżej przykładzie Certyfikatu Ubezpieczenia, konsument traci dokument potwierdzający zawarcie umowy i w przypadku, kiedy będzie chciał np. zakwestionować stanowisko ubezpieczyciela nie będzie posiadał odpowiedniego dokumentu. Ponadto może dojść do sytuacji, w której zagubi on oryginał certyfikatu. Ubezpieczyciel będzie miał podstawę do odmowy wypłacenia świadczenia, jeśli nie uzyska oryginału. Powyższe postanowienie kształtuje prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Przykład:

*Wraz z wnioskiem o wypłatę Świadczenia Ubezpieczeniowego z tytułu zgonu Ubezpieczonego z przyczyn Innych niż Nieszczęśliwy Wypadek należy złożyć w Nordea: oryginał Certyfikatu Ubezpieczenia.*

W efekcie wystąpienia Prezesa Urzędu ubezpieczyciel zaznaczył, że nie żąda oryginału dokumentu poprzestając na jego kopii oraz zmienił postanowienie zgodnie z sugestiami UOKiK. Niezależnie od powyższego Prezes Urzędu skierował w tym zakresie pozew do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

## **2.5. Nadmierne utrudnienia w realizacji uprawnień i obowiązków wynikających z umowy**

A. W kontrolowanych OWU znalazły się postanowienia dotyczące uwierzytelniania dokumentów, które w opinii Urzędu przewidywały nadmierne trudności z tym związane, a co za tym idzie niewygodę organizacyjną, mitręgę i stratę czasu jak w przypadku konieczności uwierzytelniania dokumentów przez palcówkę dyplomatyczną, naruszając tym samym interes konsumentów.

Przykłady:

*W razie zdarzenia ubezpieczeniowego, które miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumenty dowodowe muszą zostać **uwierzytelnione przez polską placówkę dyplomatyczną**. (Aviva TU na Życie S.A.)*

*Kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa. Jeśli śmierć ubezpieczonego nastąpiła poza granicami RP, akt zgonu oraz inne dokumenty powinny być **potwierdzone przez polską placówkę dyplomatyczną** i przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. (HDI - Gerling Życie TU S.A.)*

W pierwszym przypadku zakład ubezpieczeń zaproponował modyfikację ww. postanowienia w ten sposób, by umożliwić konsumentowi spełnienie obowiązku w sposób przewidziany obowiązującymi przepisami prawa. W drugim zaś nie podzielił argumentacji, wskazując, że skoro nie sankcjonuje braku takiego potwierdzenia, nie można mówić o niedozwolonym postanowieniu umownym. Zdaniem Prezesa Urzędu, postanowienie w takim brzmieniu sprzeczne jest z art. 385<sup>3</sup> pkt 21 k.c.

W związku z powyższym ww. klauzula zostanie poddana ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

B. Ponadto w analizowanych wzorcach znalazły się postanowienia uzależniające spełnienie świadczenia ubezpieczyciela od warunku, którego spełnienie jest obiektywnie uciążliwe dla ubezpieczonego, a nawet niemożliwe.

Przykład:

*Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) - (...). Wszystkie poniższe warunki muszą być spełnione, aby uznać zasadność świadczenia (...) instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność (...). (TU nŻ Warta S.A.)*

Warunek wskazany w tym postanowieniu jest niezależny od ubezpieczonego, ponieważ wymaga on złożenia przez instytucję dokonującą transfuzji krwi oświadczenia, w którym uznaje swoją odpowiedzialność za zakażenie, a więc de facto oświadczenia o przyznaniu się do wyrządzenia ubezpieczonemu szkody na jego osobie. Pomijając okoliczność, że przedmiotowe postanowienie nie precyzuje formy tego oświadczenia (pisemna, notarialna), stwierdzić należy, że jego złożenie może stanowić przyznanie się do naruszenia procedur medycznych oraz prawa karnego, z czym wiążą się określone skutki prawne. Zatem złożenie takiego oświadczenia nie leży w interesie instytucji dokonującej transfuzji krwi, ponieważ naraża ją na odpowiedzialność odszkodowawczą lub karną. W tym przypadku jedynym sposobem stwierdzenia odpowiedzialności jest wyłącznie uzyskanie prawomocnego wyroku sądowego. Reasumując, postanowienie w takim brzmieniu wyłącza lub ogranicza odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, uzależniając ją od stanowiska podmiotu trzeciego w przedmiocie dobrowolnego uznania jego odpowiedzialności za szkodę na osobie.

W ocenie Prezesa UOKiK ww. postanowienie sprzeczne jest z art. 385<sup>3</sup> pkt 21 k.c. i zostanie poddane ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

## **2.6. Możliwość wprowadzenia konsumenta w błąd poprzez sprzeczność umowy z OWU**

Zastrzeżenia UOKiK wzbudziły postanowienia OWU, które przewidywały, że zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności po ukończeniu przez ubezpieczonego określonego wieku, niezależnie od postanowień umowy.

Przykłady:

*Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie, o którym mowa (...) kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 70 lat. (TU na Życie Warta S.A.)*

*Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego. (TU na Życie Warta S.A.)*

W opinii Urzędu, takie postanowienie może być uznane za niedozwolone w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> §1 k.c., jako naruszające dobre obyczaje oraz interes konsumentów. Tego rodzaju postanowienie może bowiem wprowadzać konsumentów w błąd co do okresu trwania umowy ubezpieczenia, a co za tym idzie także okresu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

Na marginesie należy przypomnieć, że zgodnie z art. 813 §1 k.c. składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela. Skoro więc zostaje oznaczony na znacznie dłuższy, kalkulowana w oparciu o tę umowę składka będzie również odpowiednio wyższa aniżeli wynikałoby to z okresu odpowiedzialności przyjętego w OWU. W konsekwencji tego rodzaju klauzula może prowadzić do sytuacji, w której konsument poniesie ciężar niewłaściwie skalkulowanej składki na wyższym poziomie nie otrzymując w zamian ekwiwalentnego świadczenia w postaci udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

Ponadto, należy zwrócić uwagę na treść art. 812 §8 k.c., zgodnie z którym różnicę między treścią umowy a OWU ubezpieczyciel zobowiązany jest przedstawić konsumentowi w formie pisemnej przed zawarciem umowy, zaś w razie niedopełnienia tego obowiązku nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla ubezpieczającego.

W efekcie wystąpienia Prezesa Urzędu zakład ubezpieczeń odniósł się sceptycznie do stawianych zarzutów. Zgodził się jedynie, że powyższe postanowienie nie wyklucza teoretycznie zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie indywidualnej oceny ryzyka z ubezpieczonym, który ukończył 60. rok życia. Wówczas, jak twierdzi zakład ubezpieczeń, wskazane postanowienie nie miałyby zastosowania.

W związku z negatywnym stanowiskiem zakładu ubezpieczeń Prezes Urzędu podda brzmienie drugiego z przytoczonych wyżej postanowień ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

## **2.7. Obniżenie wysokości świadczenia z chwilą osiągnięcia określonego wieku ubezpieczonego**

Wątpliwości Urzędu budzą postanowienia przewidujące spadek wysokości wypłacanego świadczenia w razie zajścia określonego wypadku z chwilą ukończenia przez ubezpieczonego określonego wieku aż o 50 procent. Naturalnym jest, że prawdopodobieństwo zajścia określonych zdarzeń wzrasta wraz z wiekiem. Jednakże trudne do zaakceptowania wydaje się przyjęcie założenia, że w tak krótkim czasie dwukrotnie wzrasta prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia, a tym samym uzasadnione jest obniżenie wypłacanego świadczenia o połowę w stosunku do tego, jakie zostałyby wypłacone dzień przed ukończeniem określonego wieku. Poza tym wiek ubezpieczonego jest jedną z podstawowych informacji dla zakładu ubezpieczeń na potrzeby odpowiedniego skalkulowania składki do istniejącego ryzyka zajścia wypadku.

Z tego punktu widzenia w opinii UOKiK tego rodzaju postanowienie może być sprzeczne z art. 385<sup>1</sup> §1 k.c. jako kształtujące prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy.

Przykład:

*W przypadku, gdy w dniu zajścia Nieszczęśliwego wypadku lub Wypadku w ruchu drogowym będącego przyczyną odpowiednio śmierci wskutek Nieszczęśliwego wypadku, śmierci wskutek Wypadku w ruchu drogowym, Trwałego inwalidztwa całkowitego lub Trwałego inwalidztwa częściowego ubezpieczony ukończył 75 lat życia, Świadczenie jest wypłacane Osobom uprawnionym w wysokości 50% kwoty ustalonej na podstawie postanowień art. 14-16 Szczególnych Warunków. (ING TU na Życie S.A.)*

We wskazanym wyżej przypadku zakład ubezpieczeń nie podzielił w pełni argumentacji UOKiK podając, że prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego bardzo

istotnie wzrasta dla osób powyżej 75. roku życia, co ma wpływ zarówno na wysokość składki, jak i sumy ubezpieczenia.

Mając na uwadze, że postanowienie o przytoczonej treści umieszczone było w OWU, będących częścią umowy zawartej między przedsiębiorcami, brak jest podstaw prawnych do kwestionowania go przed Sądem Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Gdyby jednak klauzula o podobnym brzmieniu znajdowała się w OWU, a stroną umowy byłby konsument, zdaniem Prezesa Urzędu mogłaby zostać uznana przez Sąd za niedozwoloną.

## 2.8. Wpłata zaległych składek warunkiem wznowienia odpowiedzialności

W trakcie kontroli OWU stwierdzono, że jeden z zakładów ubezpieczeń posługuje się postanowieniem, zgodnie z którym może być uprawniony do pobierania składki za czas, w którym nie udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Należy pamiętać, że zgodnie z bezwzględnie obowiązującym przepisem art. 813 §1 k.c., składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Przykład:

*Jeżeli Ubezpieczający wpłaci wszystkie zaległe Składki ubezpieczeniowe w terminie do 90 dni licząc od dnia powstania zaległości, Towarzystwo od dnia następnego po dniu uzupełnienia zaległej Składki wznowi pełną odpowiedzialność z tytułu zdarzeń określonych w § 2. (TU na Życie Cardiff S.A.)*

W związku z:

*Jeżeli Ubezpieczający nie wpłaci Składki Ubezpieczeniowej w terminie 30 dni, licząc od dnia wymagalności Składki, określonej w Polisie, następuje zawieszenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zdarzeń określonych w § 2.*

*Ubezpieczający zostanie zawiadomiony przez Towarzystwo o zaległościach w opłacaniu Składki w formie pisemnej, po 30 dniach opóźnienia w opłacaniu Składki.*

Postanowienie może uprawniać zakład ubezpieczeń do pobrania równowartości składek za okres, w którym nie świadczyło ochrony. Z powyższego wynika, że ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy przez pierwszych 30 dni od niezapłacenia składki, natomiast przez kolejnych 60 dni już nie. W przypadku gdy składki płacone są okresowo, zakład ubezpieczeń ma prawo do pobrania równowartości za 60 dni, w których nie ponosił odpowiedzialności, w sytuacji gdy konsument chce kontynuować ubezpieczenie.

Postanowienie to mieści się zatem w treści art. 385<sup>3</sup> pkt 22 k.c., zgodnie z którym w razie wątpliwości uważa się, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są te, które w szczególności przewidują obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta.

Na skutek wystąpienia Prezesa Urzędu, zakład ubezpieczeń zmienił kwestionowane postanowienie. Niezależnie od tego wytoczone zostało powództwo do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

## 2.9. Konieczność kontynuacji umowy ubezpieczenia pomimo wcześniejszej spłaty kredytu

Zastrzeżenia UOKiK budzą postanowienia, w świetle których konsument nie może rozwiązać wcześniej umowy ubezpieczenia, pomimo że dokonał wcześniejszej spłaty pożyczki/kredytu, której zabezpieczeniem było ubezpieczenie jej spłaty. Należy pamiętać, że umowy ubezpieczeń osobowych są bardzo popularną i często stosowaną formą zabezpieczenia kredytów bankowych. Konsument decydując się na zawarcie umowy ubezpieczenia lub przystępując do umowy grupowego ubezpieczenia ma na celu zabezpieczenie spłaty zaciągniętego zobowiązania kredytowego. Jego zamiarem nie jest uzyskanie ochrony ubezpieczeniowej samej w sobie. W tym znaczeniu obie umowy, tj. umowa kredytu i ubezpieczenia, są ze sobą ściśle powiązane.

Powyższe powiązanie powinno polegać na korelacji okresu spłaty kredytu z udzielaną w tym okresie ochroną ubezpieczeniową. Tymczasem niektóre zakłady ubezpieczeń nie uwzględniają dostatecznie uprawnień konsumenta do wcześniejszej spłaty kredytu, konstruując OWU w ten sposób, że konsument zmuszony jest kontynuować umowę ubezpieczenia, ponosząc z tego tytułu określone koszty.

Tym samym, w ocenie Prezesa Urzędu, tego rodzaju postanowienie narusza art. 385<sup>1</sup> §1 k.c. Celem bowiem kredytobiorcy jest korzystanie z ochrony przez czas niezbędny do spłaty kredytu. Kiedy zatem odpada cel kontynuowania umowy ubezpieczenia na skutek wcześniejszej spłaty kredytu, konsument nie powinien być zobowiązany do ponoszenia kosztów ochrony ubezpieczeniowej.

Przykład:

*Umowa Ubezpieczenia może być zawarta na okres, w jakim Ubezpieczony zobowiązany jest spłacić kredyt zgodnie z postanowieniami Umowy Kredytowej, z zastrzeżeniem, że okres, na jaki zawierana jest Umowa Ubezpieczenia nie może być krótszy niż 5 lat. (Nordea Polska TU na Życie S.A.)*

W odpowiedzi na wystąpienie zakład ubezpieczeń nie podzielił argumentacji Prezesa Urzędu, wskazując, że w przedmiotowym produkcie okres ubezpieczenia nie może być krótszy niż pięć lat, co oznacza że konsument, który zaciąga kredyt na mniej niż pięć lat, nie spełnia wymagań przyjęcia go do tego ubezpieczenia. Nie istnieje, w ocenie przedsiębiorcy więc taka sytuacja, w której ubezpieczony zostaje zobowiązany do zawarcia umowy ubezpieczenia ponad czas ryzyka z tytułu zaciągniętego kredytu.

Wbrew stanowisku ubezpieczyciela należy podkreślić, iż tego rodzaju sytuacja jest nie tylko do przewidzenia, lecz wynika z obowiązujących przepisów uprawniających konsumenta, jak już była mowa wcześniej, do dokonania wcześniejszej spłaty kredytu, a co za tym idzie do rozwiązania umowy kredytu.

Mając to na uwadze, Prezes Urzędu skierował pozew do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o uznanie ww. postanowienia za niedozwolone.

## 2.10. Prawo ubezpieczyciela do wyboru umowy, z której ma być wypłacone świadczenie

W trakcie kontroli stwierdzono, że zakłady ubezpieczeń w różny sposób określają swoją odpowiedzialność, kiedy na rzecz konsumenta została zawarta więcej niż jedna umowa ubezpieczenia.

Przykład:

*W przypadku, gdy na rzecz ubezpieczonego zawarta została i w tym samym czasie obowiązuje więcej niż jedna umowa ubezpieczenia, o której mowa w ust. 9, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność i wypłaca świadczenie wyłącznie na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej najwcześniej, z zastrzeżeniem ust. 12. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pozostałych umów ubezpieczenia zawartych na rzecz ubezpieczonego jest wyłączona. (TU na Życie Warta S.A.)*

Tak skonstruowane postanowienie może być uznane za niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> §1 k.c. jako krzywdzące dla ubezpieczonego, bowiem pozbawia go części świadczenia, jaką mógłby uzyskać na podstawie umowy z najwyższą sumą ubezpieczenia, za którą ubezpieczający i tak opłaca składki. W ocenie Urzędu nie ma zatem żadnych podstaw, aby przedsiębiorca odmówił ochrony ubezpieczeniowej i wypłaty świadczenia w wyższej wysokości, jaka może wynikać z jednej z kilku umów, a nie arbitralnie przyjmował, że świadczenie przysługuje wyłącznie na podstawie umowy zawartej najwcześniej (nawet gdyby ta gwarantowała najniższą sumę ubezpieczenia). Należy przy tym zaznaczyć, że w przeciwieństwie do ubezpieczeń majątkowych, w ubezpieczeniach osobowych konsument ma prawo ubezpieczyć to samo ryzyko i z tytułu kilku umów otrzymać świadczenie.

W efekcie wystąpienia Prezesa UOKiK zakład ubezpieczeń zadeklarował skreślenie kwestionowanego postanowienia. Niezależnie od tego ww. klauzula poddana zostanie ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

## 2.11. Krótkie terminy na zawiadomienie ubezpieczyciela o zdarzeniu

Wzorce OWU jednego z kontrolowanych zakładów ubezpieczeń zawierały postanowienia przewidujące, w ocenie Urzędu, zbyt krótkie terminy, w ciągu których konsument był zobowiązany do zgłoszenia zawiadomienia o zdarzeniu, stanowiąc tym samym niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> §1 k.c. Należy przypomnieć, że ubezpieczenia osobowe to także te od następstw nieszczęśliwych wypadków i chorób. Zastrzeżenie zaledwie kilku dni na poinformowanie ubezpieczyciela o wypadku jest, np. dla osoby po wypadku, terminem, którego może nie dochować. Należy też pamiętać, iż jakkolwiek zastrzeżenie takiego terminu w umowie lub OWU przez obowiązujące przepisy jest dopuszczalne, powinien być on ustalony rozsądnie, jego niedochowanie bowiem, w myśl art. 818 k.c., może skutkować zmniejszeniem wypłacanego świadczenia.

Przykład:

*W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego (...) ubezpieczyciel może zwrócić (...) w całości bądź częściowo poniesione przez nich koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń*

*assistance medycznego i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. (TU na Życie Warta S.A.)*

W efekcie wystąpienia Prezesa UOKiK zakład ubezpieczeń skreślił kwestionowane postanowienie. Niezależnie od tego ww. klauzula zostanie poddana ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

## **2.12. Nieuprawniona redukcja świadczeń**

W trakcie kontroli poważne zastrzeżenia wzbudziły postanowienia występujące niemal w każdym OWU, a przewidujące redukcję świadczenia ubezpieczeniowego w sytuacji opłacania odrębnych składek z tytułu umowy podstawowej i dodatkowej.

Przykłady:

*W przypadku zbiegu roszczeń o dokonanie przez towarzystwo, na skutek zajścia jednego zdarzenia, wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz z tytułu innych umów dodatkowych, których uczestnik objęty jest ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność towarzystwa ograniczona jest do zapłaty świadczenia ubezpieczonego z tytułu niniejszej umowy dodatkowej oraz najwyższego ze świadczeń, przewidzianych w umowach dodatkowych, których roszczenie dotyczy. (Aviva TU na Życie S.A.)*

*Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszone jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego. (TUnŻ Warta S.A.)*

Należy podkreślić, że w przypadku ubezpieczeń osobowych, w przeciwieństwie do ubezpieczeń majątkowych, dopuszczalna jest kumulacja świadczeń ubezpieczeniowych z różnych tytułów tzn. z różnych umów ubezpieczenia osobowego obejmujących takie samo ryzyko, a także z różnych umów ubezpieczenia osobowego obejmujących różne ryzyka. Oznacza to, że konsument może zawrzeć kilka umów ubezpieczenia i z każdej z nich powinien otrzymać, w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, świadczenie przewidziane umową. Jak obrazują wskazane wyżej przykłady, pomimo opłacania przez konsumenta składek z tytułu każdej umowy, zakład ubezpieczeń nie wypłaca świadczenia z każdej z nich np. ograniczając się do wypłaty świadczenia wyłącznie z jednej.

W przeważającej większości zakłady ubezpieczeń wyjaśniały, że konstrukcja produktu przewiduje możliwość wypłaty świadczenia tylko z jednej umowy (umowy podstawowej lub umowy dodatkowej), gdyż w ten sposób zostało ustalone maksymalne świadczenie w danym produkcie. Fakt, że ubezpieczający płaci składki z tytułu każdego z ryzyk nie warunkuje tego, że należy wypłacić świadczenie z każdej zwartej umowy. Okres odpowiedzialności kończy się z chwilą zajścia zdarzenia skutkującego wypłatą sumy ubezpieczenia – jest to zdarzenie z umowy podstawowej lub dodatkowej. Kalkulacja składki jest oparta na odpowiedzialności z tytułu dwóch lub kilku ryzyk, ale powiązanych ze sobą w taki sposób, że może nastąpić realizacja tylko jednego – tzw. ryzyka konkurujące. W ten sposób określona odpowiedzialność

zakładu ubezpieczeń (wypłata z umowy podstawowej lub dodatkowej – ale tylko jednej) znajduje swoje odzwierciedlenie w wysokości składki ubezpieczeniowej.

Tymczasem, zgodnie z treścią art. 805 §1 k.c., przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Z uwagi na powyższe ubezpieczony powinien uzyskać świadczenie adekwatne do skutków, które wystąpiły. Wypłacenie sumy ubezpieczenia, w wysokości określonej treścią umowy, stanowi zatem należyte wykonanie zobowiązania.

Tym samym instytucja redukcji świadczenia ubezpieczeniowego nie znajduje uzasadnienia. W szczególności należy wskazać, że podnoszona przez zakłady ubezpieczeń kwestia kalkulacji składki w danym produkcie nie może wyłączać obowiązku wypłaty świadczenia w wysokości przewidzianej w każdej z umów.

Jeśli ubezpieczający ponosi koszty z tytułu ubezpieczenia każdego z ryzyk, to w razie zajścia określonego w umowie wypadku ubezpieczyciel powinien wypłacić oddzielne świadczenie w stosunku do każdego z nich.

W związku z powyższym, tego rodzaju postanowienia należy uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszające interesy konsumentów (art. 385<sup>1</sup> §1 k.c.), bowiem w sposób nieuzasadniony prowadzi ono do ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela, a tym samym do nieekwiwalentności świadczeń.

W efekcie wystąpień tylko jeden zakład ubezpieczeń podzielił argumentację Prezesa UOKiK i zadeklarował skreślenie postanowienia. Pozostałe, jak wskazano wyżej, odniosły się negatywnie do przedstawionej argumentacji.

W związku z powyższym przytoczone wyżej postanowienia zostaną poddane ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

### **2.13. Automatyczne rozwiązanie umowy podstawowej na skutek odstąpienia przez konsumenta od umowy dodatkowej**

W trakcie kontroli wykazano, że niektóre z zakładów ubezpieczeń stosują postanowienia, wedle których rozwiązanie jednej z umów skutkuje rozwiązaniem drugiej. O ile jednak sytuacja taka jest zrozumiała, gdyby na skutek rozwiązania umowy podstawowej rozwiązywała się również umowa dodatkowa jako ściśle z nią związana, mająca charakter uzupełniający, o tyle odwrotne rozwiązanie budzi poważne wątpliwości. Wprowadzając bowiem takie rozwiązanie w odniesieniu do umowy, która z definicji jest umową dodatkową, czyli taką, która nie musi być zawarta i bez której umowa podstawowa może istnieć – ubezpieczyciel przypisuje oświadczeniu woli konsumenta dodatkowe ujemne skutki prawne nie przewidziane przepisami prawa, pozbawiając go korzyści wynikających z regularnego opłacania składek wynikających z samodzielnie obowiązującej umowy podstawowej. Takie działanie nie mieści się w zakresie dobrych obyczajów, a poprzez obarczenie konsumenta konsekwencjami ekonomicznymi, których ponoszenie powinno należeć do jego swobodnego wyboru, narusza również ekonomiczne interesy słabszych uczestników rynku, a zatem jest sprzeczne z art. 385<sup>1</sup> §1 k.c.

Przykład:

*Odstąpienie od umowy ubezpieczenia dodatkowego skutkuje odstąpieniem od umowy ubezpieczenia podstawowego. (PZU na Życie S.A.)*

Zakład ubezpieczeń nie podzielił oceny przedstawionej w wystąpieniu Prezesa Urzędu argumentując, że taka konstrukcja postanowień jest uzasadniona istotą oferowanego produktu, zapewniającego kompleksową ochronę. Ubezpieczenie na życie określone jest bowiem na bardzo niskim poziomie z niską składką, a to dopiero ubezpieczenie dodatkowe gwarantuje dostęp do świadczeń zdrowotnych, którymi to jest zainteresowany klient, nie zaś ochroną życia. Stąd też zostało stworzone ubezpieczenie na zasadzie pakietu, w którym oba ubezpieczenia tworzą produkt, którego oczekuje klient.

Odnosząc się do powyższego należy jedynie wskazać, że podane przez zakład ubezpieczeń uzasadnienie potwierdza marketingowy cel takiej konstrukcji postanowienia, pomijając przy tym chociażby fakt, że zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej do umów ubezpieczenia na życie można zawierać jako dodatkowe umowy ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe. Oznacza to, że tylko wypowiedzenie czy też odstąpienie od ubezpieczenia podstawowego powinno skutkować równocześnie zakończeniem umowy ubezpieczenia dodatkowego, a nie odwrotnie.

W związku z powyższym Prezes Urzędu skierował pozew do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o uznanie ww. postanowienia za niedozwolone.

#### **2.14. Indeksacja składki bez podwyższenia sumy ubezpieczenia**

Na wstępie należy przypomnieć, że indeksacja to możliwość podwyższenia w każdą rocznicę polisy składki i sumy ubezpieczenia. Jest to mechanizm ochronny wartości świadczeń przed skutkami inflacji. Stosuje się go przede wszystkim w ubezpieczeniach, w których składka jest opłaca regularnie. Standardowo podnoszona jest w oparciu o kryteria przyjęte w warunkach umowy, zwykle do wysokości wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych GUS za dwanaście miesięcy kalendarzowych, poprzedzających datę złożenia propozycji indeksacji.

Po zaakceptowaniu indeksacji, ubezpieczony powinien otrzymać zaktualizowaną polisę o zmiany z niej wynikające (z nową, podwyższoną sumą ubezpieczenia i składką).

Konsument może zaakceptować proponowaną indeksację lub z niej zrezygnować. Należy wskazać, że Urząd zasadniczo nie kwestionuje rozwiązania proponowanego przez niektóre z zakładów ubezpieczeń, a polegającego na automatyzmie indeksacji, który zakłada, że brak wyraźnego oświadczenia konsumenta w tym przedmiocie równoznaczny jest z akceptacją dokonywanej przez ubezpieczyciela indeksacji. Skoro bowiem sama indeksacja ma urealniać wartość sumy ubezpieczenia, a tym samym ewentualne świadczenie zakładu ubezpieczeń, ww. rozwiązanie może zostać zaakceptowane.

Jednakże za nie do pogodzenia z interesem konsumenta może zostać uznane postanowienie przewidujące podwyższenie składki ubezpieczeniowej przy jednoczesnym pozostawieniu sumy ubezpieczenia na tym samym poziomie, co kłóci się z opisaną wyżej istotą indeksacji.

Przykład:

*Podwyższenie składki regularnej w wyniku indeksacji nie powoduje podwyższenia sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia począwszy od rocznicy polisy następującej po osiągnięciu przez ubezpieczonego wieku 60 lat. (TU na Życie Warta S.A.)*

Postanowienie to może być uznane za niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385<sup>1</sup> §1 i art. 385<sup>3</sup> pkt 22 k.c., który za niedozwolone uznaje postanowienie przewidujące obowiązek wykonania zobowiązania przez konsumenta mimo niewykonania lub nienależytego wykonania zobowiązania przez jego kontrahenta. W wyniku wykonania tego postanowienia może się okazać, że pomimo zgody na indeksację i opłacania przez ubezpieczającego składki w wyższej wysokości, ubezpieczony nie otrzyma należnego świadczenia, lecz świadczenie odpowiadające wysokości składki przed indeksacją.

W związku z powyższym Prezes Urzędu skieruje pozew do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów o uznanie ww. postanowienia za niedozwolone.

## 2.15. Nieuprawniona odmowa wypłaty sumy ubezpieczenia uposażonym

Przykład:

*Ubezpieczyciel wypłaci osobom uprawnionym, określonym w § 29 ust. 1, wartość polisy wraz z wartością Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, o którym mowa w § 26 (o ile wartość ta istnieje), a **nie wypłaci sumy ubezpieczenia** wraz z dodatkową sumą ubezpieczenia (jeżeli ta suma istnieje), jeżeli śmierć Ubezpieczonego zaistniała w następstwie: 1) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu, 2) działań wojennych, powstań lub przewrotów wojskowych, 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej, 4) **popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego** (o ile na skutek śmierci Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu). (STU na życie Ergo Hestia S.A.)*

Na wstępie należy zauważyć, że art. 42 Konstytucji RP wyraża bardzo ważną zasadę, uznawaną powszechnie w demokratycznych systemach ustrojowych, tj. domniemanie niewinności zatrzymanego. Za niewinnego zatem należy uważać każdego zatrzymanego dopóki sąd prawomocnym wyrokiem winy tej nie stwierdzi. Zasada ta wielokrotnie była i jest podkreślana w orzeczeniach sądów. Jako przykłady podać można tezę wynikającą z wyroku Sądu Najwyższego z 18 marca 2009 roku, sygn. akt IV KK 380/08,; *Dla sądu domniemanie niewinności oznacza nakaz traktowania oskarżonego jak niewinnego, niezależnie od posiadanego już przekonania.* Istotą zasady domniemania niewinności jest zakaz uznawania kogokolwiek za winnego, dopóki jego wina nie zostanie stwierdzona prawomocnym wyrokiem sądu. Polega to między innymi na zakazie domniemania winy oskarżonego oraz zakazie przesądzania jego winy przed prawomocnym zakończeniem procesu. W postanowieniu z 16 lipca 2008 roku, sygn. akt II AKz 514/08, Sąd Apelacyjny w Katowicach stwierdził, że sam fakt zastosowania tymczasowego aresztowania nie może być oceniany jako obalenie zasady domniemania niewinności. Tym bardziej nie może nim być fakt postawienia przez prokuratora zarzutów ubezpieczonemu czy też wydania postanowienia o umorzeniu postępowania z powodu śmierci podejrzanego. Zauważyć należy, że ubezpieczyciel w tej samej klauzuli wyłączył również swoją odpowiedzialność wskutek działania w stanie po użyciu alkoholu lub stanie nietrzeźwości bądź w wyniku uszkodzeń trzustki lub wątroby spowodowanych spożywaniem alkoholu. Zabezpieczył się więc

tym samym na wypadek spowodowania wypadku przez Ubezpieczonego pozostającego pod wpływem alkoholu (a więc także popełniającego przestępstwo określone w art. 178a k.k.).

W ocenie Prezesa Urzędu postanowienie to utożsamiając podejrzenie popełnienia przestępstwa z prawomocnym przypisaniem sprawcy czynu zabronionego przez niezawisły sąd, narusza art. 385<sup>1</sup> §1 k.c. i tym samym dobre obyczaje oraz interesy konsumentów.

W związku z powyższym ww. klauzula zostanie poddana ocenie Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

## 2.16. Nieuprawnione wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela

Kontrola OWU wykazała, że w jednym z wzorców znajduje się postanowienie przewidujące wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń tylko z tego powodu, że u ubezpieczonego została zdiagnozowana nieuleczalna choroba w chwili składania wniosku o objęcie ubezpieczeniem na życie.

Przykład:

*Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, o którym mowa w § 14 ust. 1 pkt 2, jeżeli w dniu składania wniosku o ubezpieczenie na życie była u Ubezpieczonego zdiagnozowana nieuleczalna choroba. Uznanie schorzenia za nieuleczalną chorobę następuje w oparciu o dokumentację medyczną dotyczącą ww. schorzenia, na podstawie opinii lekarza konsultanta Ubezpieczyciela, wydanej zgodnie ze stanem wiedzy lekarskiej na dzień złożenia wniosku o ubezpieczenie na życie. (STU na życie Ergo Hestia S.A.)*

Zauważyć należy, że powyższe postanowienie przewiduje możliwość odmowy wypłaty świadczenia bez względu na istnienie związku przyczynowego pomiędzy zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego a istnieniem nieuleczalnej choroby ubezpieczonego. Bez trudu można sobie przecież wyobrazić sytuację, w której następuje zgon ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku, niemający nic wspólnego z jego chorobą, która w żaden sposób nie przyczyniła się do zgonu. Taka konstrukcja postanowienia i zwolnienie się z odpowiedzialności przez zakład ubezpieczeń może stać również w sprzeczności z art. 805 k.c., zgodnie z którym istotą umowy ubezpieczenia osobowego jest wypłata określonej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej w zamian za opłacaną przez ubezpieczającego składkę. Tymczasem pomimo ubezpieczenia się konsumenta na wypadek określonego zdarzenia i opłacania z tego tytułu składki, może on nie otrzymać żadnego świadczenia tylko dlatego, że w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zdiagnozowana była u niego nieuleczalna choroba, która pozostaje bez żadnego wpływu ani związku ze zdarzeniem, które jest przedmiotem ubezpieczenia. Powstaje zatem pytanie, czy ubezpieczyciel powinien w ogóle zawrzeć w takim wypadku umowę, tym bardziej, że we wskazanym postanowieniu nie ma mowy o stanie wiedzy ubezpieczyciela w tym zakresie.

Może zatem dojść do sytuacji, w których ubezpieczyciel wiedząc o zdiagnozowanej nieuleczalnej chorobie ubezpieczonego, zawiera umowę, mimo, że z góry wiadomym jest, że jego odpowiedzialność zostaje wyłączona. Wydaje się, że taka regulacja mija się z celem zawarcia umowy ubezpieczenia, a jedynie naraża konsumenta na konieczność ponoszenia kosztów z tytułu opłacania składki ubezpieczeniowej przy jednoczesnym wyłączeniu odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Ponadto postanowienie to może być sprzeczne z art. 834 k.c. Jak już wspomniano wcześniej Ubezpieczyciel ma określony czas, tj. trzy lata, na podniesienie zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności została zatajona choroba osoby ubezpieczonej i tym samym zwolnienia się z odpowiedzialności. Zakwestionowane postanowienie może swoim zakresem obejmować okres dłuższy, niż wskazane w przepisie trzy lata. Należy także zauważyć, że podniesienie zarzutu przez zakład ubezpieczeń dotyczyć może tylko tych okoliczności, które podano do jego wiadomości niezgodnie z prawdą, w szczególności zatajono chorobę osoby ubezpieczonej. Jeśli natomiast ubezpieczający nie znał swojego stanu zdrowia lub zdrowia ubezpieczonego i w związku z tym przedsiębiorca nie uzyskał w tym zakresie informacji zgodnych z rzeczywistym stanem rzeczy, odpowiedzialność nie może zostać uchylona niezależnie od tego, kiedy okoliczności te zostały ujawnione.

W ocenie Prezesa Urzędu postanowienie to narusza art. 385<sup>1</sup> §1 k.c. i tym samym dobre obyczaje oraz interesy konsumentów.

W związku z powyższym Prezes Urzędu skieruje w tym zakresie powództwo do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

## **2.17. Postanowienia OWU naruszające kodeks cywilny, ustawę o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym oraz tożsame z klauzulami wpisanymi do Rejestru**

### **a) art. 817 k.c. – wydłużenie terminu wypłaty świadczenia**

Wskazany wyżej przepis przewiduje, że ubezpieczyciel ma obowiązek wypłaty świadczenia w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wypadku. Należy z całą stanowczością podkreślić, że dla nadejścia terminu płatności świadczenia zakładu ubezpieczeń wystarczającym jest otrzymanie zawiadomienia o wypadku, przy czym nie jest nawet istotne, kto dokonuje takiego zawiadomienia. Kodeks cywilny nie pozostawia zbyt dużej swobody w tej mierze, a jedynie dopuszczalne odstępstwa od reguły wyrażonej w powyższym przepisie mogą być wyłącznie na korzyść konsumenta.

Gdyby okazało się, że wyjaśnienie w powyższym terminie tj. w ciągu 30 dni okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia jest niemożliwe, wówczas świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Natomiast bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie 30 dni.

Tymczasem w przeważającej części skontrolowanych OWU zakłady ubezpieczeń w sposób istotny modyfikowały termin wypłaty świadczenia, który trudno uznać za korzystniejszy dla konsumentów.

Przykłady:

*Nordea zobowiązana jest do wypłaty Sumy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia złożenia kompletu dokumentów, o których mowa w § 15 ust 2, 3 i 4, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.*

*Nordea zobowiązana jest do wypłaty Świadczenia z tytułu zgonu w terminie 14 dni od dnia złożenia kompletu dokumentów.*

*Z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do końca ostatniego dnia okresu, na który zawarto Umowę Ubezpieczenia, niezwłocznie, lecz nie później niż w ciągu 30 dni roboczych, licząc od dnia przyjęcia kompletu dokumentów, o których mowa w § 11 ust 2 i 4, Nordea zobowiązana jest do wypłaty Ubezpieczonemu Świadczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.*

Podane wyżej przykłady wskazują, że ubezpieczyciele stosują w OWU postanowienie pozwalające na wydłużenie terminu do wypłaty przez nich świadczenia. Momentu złożenia zawiadomienia z pewnością nie można utożsamiać z momentem dostarczenia kompletu dokumentów. Pamiętać przy tym należy, że termin, o którym mowa w art. 817 k.c., jest nie tylko terminem płatności, ale także terminem wymagalności zapłaty od ubezpieczyciela, co oznacza, że z chwilą jego upływu konsument może skutecznie domagać się wypłaty świadczenia. Przekroczenie tego terminu przez ubezpieczyciela powoduje, że konsument ma prawo żądać od niego odsetek za czas opóźnienia.

Zakład ubezpieczeń nie podzielił wskazanej argumentacji. W związku z powyższym zostało wszczęte postępowanie o naruszenie zbiorowych interesów konsumentów.

#### **b) art. 809 k.c. – nieprawidłowe określenie momentu zawarcia umowy**

Przykład:

*Podstawą zawarcia umowy jest wpłacenie kwoty na poczet pierwszej składki (...). (PZU na Życie S.A.)*

Na tle przepisów Kodeksu cywilnego zawarcie umowy ubezpieczenia (art. 805 §1) następuje w chwili złożenia przez ubezpieczającego oferty i jej przyjęcia przez zakład ubezpieczeń. Dla skuteczności zawarcia takiej umowy nie jest wymagana żadna forma kwalifikowana (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 14 marca 1996 roku, sygn. akt I ACr 62/96, OSA 1997, z. 1, poz. 4). Zgodnie z art. 809 §1 k.c. ubezpieczyciel zobowiązany jest potwierdzić zawarcie umowy dokumentem ubezpieczenia. Wykładnia literalna tego przepisu prowadzi do wniosku, że zawarcie umowy musi nastąpić przed sporządzeniem dokumentu potwierdzającego zawarcie kontraktu. Oznacza to, że moment jej zawarcia zawsze poprzedza moment sporządzenia polisy ubezpieczeniowej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy. Dopiero w razie wątpliwości przepis z art. 809 §2 k.c. wprowadza domniemanie, że momentem tym będzie doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia. Natomiast według art. 813 §2 k.c., jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, a jeżeli umowa doszła do skutku przed doręceniem dokumentu ubezpieczenia – w ciągu czternastu dni od jego doręczenia.

Zapłata składki ubezpieczeniowej jest świadczeniem mającym swój odpowiednik w świadczeniu ubezpieczyciela polegającym na udzielaniu przez niego, w określonym umową czasie, ochrony ubezpieczeniowej. Z powyższych przepisów wynika, że fakt zawarcia umowy oraz obowiązek zapłaty przez konsumenta składki zostały przez ustawodawcę rozdzielone.

Co prawda obowiązek zapłaty składki ma znaczenie dla określenia początku odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, jednakże w opinii Prezesa Urzędu w żadnym wypadku od warunku zapłaty składki lub jej pierwszej raty przedsiębiorca nie może uzależniać zawarcia stosunku prawnego umowy ubezpieczenia. Jest to bowiem umowa konsensualna, a jej zawarcie następuje najczęściej, jak to wskazywano już powyżej, poprzez złożenie przez ubezpieczającego oferty i jej przyjęcia przez zakład ubezpieczeń. Omawiane postanowienie może wprowadzić konsumentów w błąd ustanawiając dla zawarcia umowy ubezpieczenia warunek

nieprzewidziany w treści art. 809 k.c., a tym samym w sposób sprzeczny z tym przepisem określając moment zawarcia umowy ubezpieczeniowej.

W takiej sytuacji zakład ubezpieczeń nie jest uprawniony do określania innego momentu zawarcia umowy aniżeli tego, który wynika z jej charakteru, tj. momentu złożenia oświadczeń woli w tym zakresie. Tylko w razie wątpliwości rozstrzygającym będzie moment doręczenia polisy. Domniemanie to w żadnym razie nie czyni przepisu art. 809 k.c. względnie obowiązującym.

Dodatkowo należy wskazać, że Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów w wyroku z 11 października 2007 roku, sygn. akt 68/06, uznał za niedozwolone postanowienie o treści: *umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia*. W uzasadnieniu podkreślił, że *art. 809 §2 k.c. traktuje moment doręczenia dokumentu ubezpieczenia jako moment zawarcia umowy wyłącznie w razie wątpliwości co do momentu zawarcia umowy, a nie w każdym przypadku, jak to przewiduje kwestionowane postanowienie*.

Zakład ubezpieczeń nie podzielił argumentacji Prezesa Urzędu, w związku z czym zostanie wszczęte o naruszenie zbiorowych interesów konsumentów.

**c) art. 815 k.c. – nieuprawnione żądanie zgłaszania zmian okoliczności dotyczących konsumenta**

*A. Ubezpieczający jest obowiązany informować PZU Życie SA o zmianie wszelkich danych dotyczących ubezpieczającego [ubezpieczonego] oraz uposażonych.*

Zgodnie z brzmieniem art. 815 §1 k.c. ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli konsument zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na nim i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy, mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. Dalsza treść obowiązku informacyjnego drugiej – w stosunku do zakładu ubezpieczeń, strony umowy wskazana została przez ustawodawcę w art. 815 §2 k.c.: *Jeżeli w umowie ubezpieczenia zastrzeżono, że w czasie jej trwania należy zgłaszać zmiany okoliczności wymienionych w paragrafie poprzedzającym, ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości. Przepisu tego nie stosuje się do ubezpieczeń na życie. Ponadto w razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w paragrafach poprzedzających spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek*.

Dokonując analizy treści wskazanych wyżej przepisów zwrócić należy uwagę, że w przypadku ubezpieczeń na życie wyłączono obowiązek informowania zakładu ubezpieczeń o zmianie danych, o które zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy. Przepis ten ma charakter bezwzględnie obowiązujący, co oznacza, że przedsiębiorca nie może odmiennie regulować przedmiotowej kwestii. Tym samym uznać należy, że zakład ubezpieczeń zbyt szeroko sformułował obowiązki ubezpieczającego w zakresie przekazywania informacji, wykraczając poza normę ustawową.

Na skutek wystąpienia Prezesa Urzędu, ubezpieczyciel zmodyfikował treść postanowienia doprecyzowując, że chodzi o zmiany danych osobowych oraz teleadresowe. W związku z powyższym Prezes Urzędu odstąpił od wszczęcia postępowania w tym zakresie.

*B. W ciągu trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona w przypadku, gdy przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający lub osoba, na rzecz której zawarto ubezpieczenie podała wiadomości nieprawdziwe, w szczególności Ubezpieczający zataił chorobę Ubezpieczonego. (TU na Życie Cardiff S.A.)*

Jak już podano wyżej art. 815 §1 k.c. stanowi, że ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które zakład zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli konsument zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na nim i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

Zgodnie natomiast z art. 815 §3 k.c. ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem paragrafów poprzedzających nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia paragrafów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

Z zakwestionowanego postanowienia wynika, że podanie danych nieprawdziwych w szczególności zatajenie choroby, zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności z tytułu każdego zdarzenia, którego dotyczy zawarta umowa. Zamieszczenie tego postanowienia ogranicza obowiązek ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia, nawet gdy zaistniałe zdarzenie nie ma nic wspólnego z nieprawdziwymi informacjami lub zatajoną chorobą.

Należy podzielić pogląd, zgodnie z którym z unormowania zawartego w art. 815 §3 kc wynika jednoznaczne uwarunkowanie zwolnienia zakładu ubezpieczeń z odpowiedzialności od wpływu zatajonej przez ubezpieczającego okoliczności na zwiększenie prawdopodobieństwa wypadku (Wyrok Sądu Najwyższego – Izba Cywilna z 21 października 2003 roku, sygn. akt I CK 168/2002 LexPolonica nr 363997).

W efekcie wystąpienia Prezesa Urzędu zakład ubezpieczeń zmienił kwestionowane postanowienie, co uzasadnia odstąpienie od wszczęcia postępowania w sprawie naruszenia zbiorowych interesów konsumentów.

#### **d) art. 498 §1 k.c. – niedozwolone potrącenia zaległej składki z wypłacanego świadczenia**

Zgodnie z art. 498 §1 k.c., jeśli dwie osoby są jednocześnie względem siebie dłużnikami i wierzycielami, każda z nich może potrącić swoją wierzytelność z wierzytelności drugiej strony, jeżeli przedmiotem obu wierzytelności są pieniądze lub rzeczy tej samej jakości oznaczone tylko co do gatunku, a obie wierzytelności są wymagalne i mogą być dochodzone przed sądem lub przed innym organem państwowym.

W ocenie Prezesa Urzędu niżej zaprezentowane postanowienie może naruszać nie tylko wyżej wskazany przepis, lecz także art. 808 §1 k.c., zgodnie z którym roszczenie o zapłatę składki

przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Postanowienie dotyczy „jakiegokolwiek” wypłaty, a w przypadku dokonywania wypłaty na rzecz osoby trzeciej z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel nie ma żadnego tytułu prawnego do dokonywania potrąceń. Wierzytelność (składka) może być potrącona, gdy obie strony umowy są jednocześnie dłużnikami i wierzycielami, co nie zachodzi w przypadku wypłaty na rzecz osoby trzeciej.

Przykład:

*W przypadku dokonywania przez Nordea **jakichkolwiek** wypłat z tytułów przewidzianych postanowieniami Umowy Ubezpieczenia, Nordea ma prawo dokonać potrącenia zaległej Składki Ubezpieczeniowej z wypłacanej kwoty, odpowiednio do okresu ponoszenia przez Nordea odpowiedzialności.*

W związku z tym, że wystąpienie Prezesa nie przyniosło oczekiwanego efektu, w powyższym zakresie wszczęte zostało postępowanie o naruszenie zbiorowych interesów konsumentów.

**e) art. 831 k.c. – nieprawidłowe określenie udziałów osób uprawnionych w kwocie świadczenia**

Zgodnie z powołanym wyżej przepisem ubezpieczający może wskazać jedną lub więcej osób uprawnionych do otrzymania sumy ubezpieczenia w razie śmierci osoby ubezpieczonej. Jeżeli wskaże kilka osób, ale nie oznaczy udziału każdej z nich w sumie ubezpieczenia, to zgodnie z art. 831 §3 k.c. przyjmuje się, że ich udziały są równe.

Tymczasem we wzorcach umownych można znaleźć modyfikacje tej reguły o tyle niepokojące, że mogą być zupełnie niezrozumiałe dla konsumenta.

Przykład:

*Jeżeli jest więcej niż jedna osoba uprawniona do świadczenia, o którym mowa w ust. 1, każdej z osób uprawnionych zostanie wypłacona część świadczenia odpowiadająca jej udziałowi w kwocie świadczenia, przy czym udziały wszystkich osób uprawnionych są równe. (TU na Życie Warta S.A.)*

Z powyższego postanowienia wynika, że jest więcej niż jedna osoba uprawniona do świadczenia oraz że każdej z nich zostanie wypłacona taka część świadczenia, która odpowiada jej udziałowi, który powinien być określony przez ubezpieczającego. Z drugiej zaś strony postanowienie wprowadza pewnego rodzaju domniemanie, że udziały w kwocie świadczenia są równe, pomimo tego, że z pierwszej części zdania wynika coś zupełnie przeciwnego.

Postanowienie to jest nie tylko wewnętrznie sprzeczne ale również nie odpowiada treści art. 831 k.c., zgodnie z którym można przyjąć, że udziały osób uprawnionych są równe tylko gdy nie zostały oznaczone przez ubezpieczającego.

W odpowiedzi na wystąpienie Prezesa UOKiK zakład ubezpieczeń nie podzielił wskazanej w nim argumentacji, w związku z czym w tym zakresie wszczęte zostanie postępowanie o naruszenie zbiorowych interesów konsumentów.

**f) art. 814 §3 k.c. – brak wezwania do zapłaty zaległej składki oraz wyznaczenie zbyt krótkiego terminu**

Zgodnie ze wskazanym wyżej przepisem, w razie opłacania składki w ratach niezapłacenie w terminie kolejnej raty może powodować ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela. Dzieje się tak tylko wtedy, gdy skutek taki został przewidziany w umowie lub ogólnych warunkach ubezpieczenia, a ubezpieczyciel po upływie terminu wysłał wezwanie do zapłaty wraz z informacją, że brak zapłaty w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.

Niestety, postanowienia OWU niektórych zakładów ubezpieczeń istotnie modyfikują tę zasadę na niekorzyść konsumentów.

Przykłady:

*Poza przypadkami wymienionymi w §8 i §9 umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:*

*z upływem dodatkowego 5-dniowego okresu do zapłaty składki za wszystkich ubezpieczonych objętych umową ubezpieczenia liczonego od dnia wymagalności składki, w przypadku, gdy składka nie zostanie opłacona w terminie jej wymagalności; (...)* (Link4 Life Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.)

*Odpowiedzialność Link4 Life ustaje w stosunku do każdego ubezpieczonego: (...)*

*ppkt. 1.4 z upływem dodatkowego 5-dniowego okresu do zapłaty składki za wszystkich ubezpieczonych – liczonego od dnia wymagalności składki, w przypadku, gdy składka nie zostanie opłacona w pełnej wymaganej wysokości za wszystkich ubezpieczonych, w terminie jej wymagalności pomimo uprzedniego wezwania do zapłaty wraz ze wskazaniem skutków niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.*

Zdaniem Prezesa Urzędu klauzule przewidujące dodatkowy pięciodniowy termin do zapłaty składki, po upływie którego następuje rozwiązanie umowy ubezpieczenia oraz ustanie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w stosunku do ubezpieczonego, są niezgodne z bezwzględnie wiążącym unormowaniem art. 814 §3 k.c. Zgodnie z tym przepisem w przypadku niezapłacenia kolejnej raty składki, ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela następuje, gdy takie postanowienie wynika z umowy lub ogólnych warunków ubezpieczenia. Jednakże przed ustaniem odpowiedzialności ubezpieczyciel zobowiązany jest wezwać konsumenta do zapłaty składki – wyznaczając mu dodatkowy termin. Termin ten wynosi siedmiu dni. Natomiast jak wynika z treści wzorca umownego, już po upływie dodatkowego, pięciodniowego terminu do zapłaty składki następuje rozwiązanie umowy ubezpieczenia i ustanie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Na skutek wystąpienia Prezesa Urzędu, zakład ubezpieczeń zgodził się z przedstawionymi zarzutami i zaproponował zmianę postanowienia, tak by odpowiadało ono obowiązującym przepisom w tym zakresie, wydłużając odpowiednio ww. termin. W związku z powyższym Prezes Urzędu odstąpił od wszczęcia postępowania o naruszenie zbiorowych interesów konsumentów.

**g) art. 384<sup>1</sup> k.c. – uprawnienie do zmiany umowy w trakcie jej trwania bez zapewnienia konsumentowi prawa do jej wypowiedzenia**

Zgodnie z art. 384<sup>1</sup> k.c. wzorzec wydany w czasie trwania stosunku umownego o charakterze ciągłym wiąże drugą stronę, jeżeli zostały zachowane wymagania określone w art. 384, a strona nie wypowiedziała umowy w najbliższym terminie wypowiedzenia. Nie ma żadnych wątpliwości, że ogólne warunki ubezpieczenia są w świetle prawa wzorcem umownym, a zatem ich zmiana powinna odbywać się zgodnie ze wskazanym wyżej przepisem. Niektóre

jednak postanowienia przewidują, że ubezpieczyciel może w każdym czasie zmienić warunki umowy, zastrzegając jednocześnie, że nie jest to zmiana samej umowy. Tego rodzaju regulacja pozbawia konsumenta możliwości wypowiedzenia umowy, w sytuacji gdy nowo zaproponowane warunki mu nie odpowiadają. Wprawdzie w podanym niżej przykładzie mowa jest o zmianie umowy na korzyść właściciela polisy, tym niemniej z przepisu art. 384<sup>1</sup> k.c. jasno wynika, że chodzi o wszelkie zmiany umowy, a więc nawet te na korzyść konsumenta.

Przykład:

*Tabela opłat i limitów może zostać zmieniona w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia wyłącznie na korzyść Właściciela polisy. Zmiana, o której mowa w zd. poprzedzającym, nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia. (AXA Życie TU S.A.)*

W odpowiedzi na wystąpienie Prezesa Urzędu zakład ubezpieczeń nie podzielił przedstawionej tam argumentacji. W związku z powyższym Prezes UOKiK wszczął postępowanie o naruszenie zbiorowych interesów konsumentów.

**h) art. 5 ust. 1 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym – możliwość wprowadzenia konsumentów w błąd poprzez stosowanie definicji zawału serca sprzecznej z aktualnym stanem wiedzy medycznej**

Przykład:

*Uznanie jednostki chorobowej za zawał serca jest uzależnione od pojawienia się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem).(PZU na Życie S.A.)*

W zw. z postanowieniem:

*Zakres ubezpieczenia w wariantcie podstawowym obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności Zakładu ubezpieczeń następujących chorób: zawał serca, który oznacza martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone łącznie:*

- a) wystąpieniem znamionnego wzrostu troponiny,*
- b) pojawieniem się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem),*
- c) pojawieniem się nieistniejących wcześniej globalnych lub regionalnych zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego w badaniach obrazowych.*

Na wstępie należy przypomnieć, że zgodnie z art. 5 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym *praktykę rynkową uznaje się za działanie wprowadzające w błąd, jeżeli działanie to w jakikolwiek sposób powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął.*

Jak wynika z opinii biegłego sądowego w dziedzinie kardiologii dr. n. med. Jana Zambrzyckiego przekazanej przez Rzecznika Praw Obywatelskich do Urzędu, definicja jaką posługuje się zakład ubezpieczeń nie odpowiada tej, którą przyjmuje się w świetle aktualnego stanu wiedzy medycznej. Jak wynika z przedłożonej opinii, aktualne kryteria diagnostyczne

przedstawiono w październiku 2007 roku<sup>4</sup>. Kluczową zaś różnicą w stosunku do dawnych kryteriów jest nieobowiązkowe występowanie załamka Q w klinicznym obrazie zawału serca, a zatem jego niewystąpienie nie oznacza, że nie doszło do zawału mięśnia sercowego. W związku z powyższym, sformułowana przez ubezpieczyciela definicja, jako zbyt szeroka, pozwala ubezpieczycielowi na nieuzasadnione wyłączenie swojej odpowiedzialności w sytuacji, gdy konsument – pacjent jest w posiadaniu dokumentacji medycznej z postawioną diagnozą jako „zawał serca”.

Posługiwanie się definicją odbiegającą od tej, która jest aktualnie przyjmowana w medycynie, w opinii Prezesa Urzędu może stanowić praktykę wprowadzającą w błąd. Nie można bowiem wymagać od konsumenta zawierającego umowę ubezpieczenia, której zakres obejmuje wyłącznie lub między innymi zawał serca, by posiadał tak specjalistyczną wiedzę, by w pełni świadomie móc ocenić, czy znajdująca się w ogólnych warunkach ubezpieczenia definicja choroby jest zbieżna z oczekiwanym przez niego *de facto* celem ubezpieczenia. W ocenie Urzędu nie ulega wątpliwości, że celem tym jest ubezpieczenie się na wypadek zawału serca rozpoznanego przez lekarzy specjalistów, do których trafia konsument – pacjent, nie zaś od choroby wyłącznie o tej samej nazwie, lecz odbiegającej swymi kryteriami od wiedzy i praktyki w dziedzinie kardiologii.

#### **i) klauzule tożsame z postanowieniami wpisanymi do Rejestru**

Kontrola OWU wykazała także, że wzorce stosowane przez ubezpieczycieli zawierają postanowienia zbieżne z tymi, które są już wpisane do rejestru postanowień wzorca umowy uznanych za niedozwolone.

Przykłady:

*A. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy, przysługuje zwrot składki opłaconej zgodnie z par. 5 ust. 1. Przy zwrocie składki potrącona zostaje opłata manipulacyjna, której wysokość i sposób pobierania określone są w tabeli opat, o której mowa w par. 25 ust. 3 (TUnŻ Warta S.A.)*

*Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki, o ile nie zaistniało zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela. Przy zwrocie składki potrącona zostaje opłata manipulacyjna, której wysokość i sposób pobierania określone są w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 4. (TUnŻ Warta S.A.)*

*Ze składki zwracanej za okres przypadający po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia Towarzystwo potrąca poniesione w związku z zawarciem i rozwiązaniem umowy ubezpieczenia koszty w wysokości 30 % tej składki. (HDI GerlingŻycie TU S.A.)*

Postanowienia w ww. brzmieniu, w ocenie Prezesa Urzędu, mogą być tożsame z klauzulą wpisaną do rejestru niedozwolonych postanowień umownych pod nr 1242: „Zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia nastąpi po potrąceniu kosztów manipulacyjnych w wysokości 20 % zwracanej składki. a zatem posługiwanie się nim stanowi praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. W wyroku z 25 czerwca 2007 roku (sygn. akt XVII Amc 74/07) Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów uznał, że zastrzeżenie przez zakład ubezpieczeń prawa do pobierania dodatkowych opłat za odstąpienie od umowy nie znajduje żadnego uzasadnienia i w

<sup>4</sup> European Society of Cardiology, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation (2007).

rażący sposób narusza interesy konsumentów. W ocenie sądu, w przypadku odstąpienia przez konsumenta od umowy ubezpieczeniowej powinna zostać mu zwrócona cała składka wpłacona z góry za okresy przypadające po rozwiązaniu umowy. Możliwość odstąpienia od umowy, przewidziana w art. 812 §4 k.c., zostaje natomiast przez przedmiotowe zapisy ograniczona, gdyż wiąże się z koniecznością poniesienia przez konsumentów dodatkowych kosztów.

Ponadto zarówno postanowienie wpisane do rejestru, jak i wyżej kwestionowane, wypełniają znamiona klauzuli z art. 385<sup>3</sup> pkt 16 k.c., bowiem nakładają wyłącznie na konsumenta obowiązek zapłaty na rzecz zakładu ubezpieczeń ustalonej sumy na wypadek rezygnacji z wykonania umowy, podczas gdy brak jest takiego obowiązku po stronie zakładu. Na tę okoliczność również wskazywał sąd w wyżej przywołanym orzeczeniu.

Reasumując należy stwierdzić, że zastrzeżenie przez skarżonego przedsiębiorcę prawa do pobierania dodatkowych opłat za odstąpienie od umowy nie znajduje żadnego uzasadnienia i w sposób rażąco narusza interesy konsumenta.

W związku z powyższym w przypadku dwóch pierwszych postanowień zostanie wszczęte postępowanie o naruszenie zbiorowego interesu konsumentów. W odniesieniu do trzeciego z podanych przykładów Prezes Urzędu wydał już decyzję nakazującą zaniechanie praktyki w tym zakresie oraz nałożył na przedsiębiorcę karę pieniężną.

*B. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej. (STU na Życie Ergo Hestia S.A.)*

*Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie tej umowy. Data zawarcia umowy dodatkowej nie może być wcześniejsza niż data zawarcia umowy głównej. (STU na Życie Ergo Hestia S.A.)*

*Umowę dodatkową uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy, pod warunkiem uiszczenia przez Ubezpieczającego za okres ochrony ubezpieczeniowej dodatkowej składki o której mowa w § 12. Data zawarcia umowy dodatkowej jest identyczna z datą zawarcia umowy głównej. (STU na Życie Ergo Hestia S.A.)*

*Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą wystawienia przez Towarzystwo dokumentu ubezpieczenia. (Compensa TU na Życie S.A. Viena Insurance Group)*

W ocenie Prezesa Urzędu ww. postanowienia tożsame są z postanowieniem wpisanym do rejestru pod numerem 1311: *umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia*. SOKiK stwierdził, że klauzula ta jest niezgodna z art. 385<sup>1</sup> §1 k.c. Postanowienie umowne zostało uznane za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów, ponieważ nie brało pod uwagę i nie informowało ubezpieczającego o bezwzględnie obowiązujących przepisach art. 810 i 811 k.c., które przewidują inny moment zawarcia umowy ubezpieczenia. Ponadto należy również zwrócić uwagę, że art. 809 §2 k.c. traktuje moment doręczenia dokumentu ubezpieczenia jako moment zawarcia umowy wyłącznie w razie wątpliwości co do momentu zawarcia umowy, a nie w każdym przypadku, jak to przewiduje kwestionowane postanowienie. Może się przecież zdarzyć, że strony jednoznacznie w umowie ubezpieczenia określą datę jej wejścia w życie, a zakład ubezpieczeń z jakiegokolwiek powodu nie doręczy ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia lub dostarczy go w innym terminie. Zgodnie z

kwestionowanym postanowieniem nawet jednoznacznie określona data wejścia w życie umowy nie ma znaczenia, bowiem liczy się wyłącznie moment doręczenia dokumentu ubezpieczenia. Taka konstrukcja umowy nie znajdowała, zdaniem Sądu, jakiegokolwiek uzasadnienia.

W związku z powyższym w tym zakresie wszczęto postępowanie o naruszenie zbiorowych interesów konsumentów, które zakończone zostało wydaniem decyzji nakładających na przedsiębiorców karę pieniężną.

### III. PODSUMOWANIE

Z przeprowadzonej kontroli wynika, że w stosowanych przez zakłady ubezpieczeń wzorcach umów ubezpieczeń na życie oferowanych konsumentom zawarte są liczne postanowienia umowne, których treść w sposób rażąco naruszała interesy konsumentów, kształtując ich prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami. Warto jednak zauważyć, że w większości były to klauzule umowne, które można zakwalifikować jako noszące znamiona zdefiniowanych w kodeksie cywilnym niedozwolonych postanowień umownych. Ponadto w większości wzorców zamieszczone zostały postanowienia sprzeczne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami.

Należy podkreślić, że nie uległa znaczącej poprawie przejrzystość wzorców w porównaniu do kontroli z 2006 roku. W dalszym ciągu są one formułowane w sposób niejasny, mało czytelny choćby w samej swej formie poprzez liczne odesłania do innych artykułów czy też posługiwanie się niejednorodną terminologią. W efekcie niezrozumiały język ogólnych warunków ubezpieczeń, często przy znacznej objętości wzorca, nie zachęca konsumentów do szczegółowej analizy.

Jak wynika więc z przeprowadzonej kontroli, nałożony przez ustawodawcę obowiązek formułowania wzorca umowy w sposób jednoznaczny i zrozumiały nie jest przez zakłady ubezpieczeń realizowany, co poprzez możliwość dowolnej interpretacji jego postanowień pociąga za sobą negatywne skutki dla uprawnionych z umów ubezpieczenia. Choć prawo chroni w takiej sytuacji konsumenta, bowiem postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na jego korzyść, wydaje się, że w interesie samych ubezpieczycieli powinna leżeć dbałość o czytelność i jednoznaczność postanowień OWU, co nie tylko pozwoliłoby uniknąć np. długiej i kosztownej drogi sądowej, ale przede wszystkim zwiększyłoby zaufanie konsumentów do zakładów ubezpieczeń.

Można również zauważyć, że wzorce bardzo często zawierają nazewnictwo wprost przeniesione z ustaw, przy czym ich redakcja budzi spore wątpliwości. Przepisy są najczęściej przeredagowywane w taki sposób, że ich wymowa wydaje się daleka od intencji ustawodawcy. Należy pamiętać, że celem powtórzenia przepisu w ogólnych warunkach ubezpieczenia powinno być jego przełożenie na język zrozumiały i przystępny dla przeciętnego konsumenta. Ponadto wątpliwości budzi niedokładne przeniesienie przepisów, polegające na zacytowaniu tylko ich części i to z reguły tej „korzystniejszej” dla zakładu ubezpieczeń np. określającej obowiązki konsumenta, pomijając jednocześnie jego prawa w tym zakresie. Wprawdzie takiego działania nie można nazwać bezprawnym – skoro postanowienia OWU nie mogą wykluczyć uprawnień wynikających z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa – tym niemniej nie sprzyja ono przejrzystości wzorca, a niejednokrotnie może wprowadzić konsumenta w błąd.

W stosunku do ogółu zakwestionowanych postanowień tylko część stanowiły te, które wydają się niezgodne z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa lub którym można postawić zarzut tożsamości z klauzulami wpisanymi do rejestru niedozwolonych postanowień umownych. Dwie ostatnie kategorie nieprawidłowości występowały liczniej we wzorcach stosowanych przez przedsiębiorców działających w innych sektorach. Przykładowo, w opublikowanym w lipcu 2007 roku *Raporcie z kontroli wzorców umownych stosowanych w umowach deweloperskich*, wspomniane nieprawidłowości zostały wskazane jako najczęściej występujące w relacjach z konsumentami.

W odniesieniu do rodzajów wykrytych nieprawidłowości we wzorcach umownych przedsiębiorców działających w innych sektorach należy również zauważyć, że opisane w niniejszym raporcie przypadki przyznawania przedsiębiorcy prawa do jednostronnej zmiany wzorca umownego bez ważnych przyczyn wskazanych w umowie występowały również w sektorze usług świadczonych przez deweloperów oraz na rynku kredytów hipotecznych, a więc we wzorcach stosowanych przez banki (*Raport z kontroli wzorców umownych kredytów hipotecznych*, maj 2008). Należy wskazać, że pojęć nieostrych i nieprecyzyjnych występujących w OWU nie brakowało także w ww. umowach kredytowych, jak również w przypadku rynku usług telekomunikacyjnych (*Raport telekomunikacyjny – ochrona praw konsumentów na rynku telefonii komórkowej*, sierpień 2007) oraz rynku usług deweloperskich. W związku z powyższym należy stwierdzić, że kwestie związane z brakiem precyzji wzorców umownych i związane z tym zagrożenie dowolną interpretacją umowy przez przedsiębiorcę na niekorzyść konsumenta wymagają szczególnej uwagi. Warto raz jeszcze podkreślić, że stosowane przez przedsiębiorców, w tym zakłady ubezpieczeń, wzorce umowne, a zwłaszcza OWU nie są dla konsumenta łatwą lekturą. Bardzo często słabszy uczestnik rynku, zawierając umowę, nie jest świadomy wszelkich związanych z tym konsekwencji, co jest wręcz nieuniknione w przypadku braku precyzji i jednoznaczności sformułowań w niej zawartych. Co więcej, zawierając umowę z zakładem ubezpieczeń – instytucją zaufania publicznego – konsument ma prawo oczekiwać, że jego pozycja, jako słabszej strony stosunku prawnego, nie ucierpi z powodu wspomnianego sposobu skonstruowania wzorca.

Kolejną kwestią wartą uwagi jest problem braku ekwiwalentności świadczeń, występujący niekiedy w umowach zawieranych z konsumentami. W odniesieniu do rynku ubezpieczeń na życie przejawia się on przede wszystkim w – zdaniem Urzędu – nieuprawnionej redukcji świadczeń, kiedy konsument opłacając składki z tytułu różnych umów otrzymuje w razie zajścia zdarzenia świadczenie tylko z jednej z nich. Nieprawidłowości związane z brakiem ekwiwalentności świadczeń pojawiały się również w innych sektorach – kredytów hipotecznych (w postaci konieczności ponoszenia przez konsumenta kosztu umów, których nie jest on stroną ani beneficjentem czy też braku zwrotu nadpłaconej składki za ubezpieczenie kredytu) oraz przewozów lotniczych (*Raport z kontroli linii lotniczych w zakresie przestrzegania praw konsumentów*, marzec 2007).

Niezależnie od powyższego należy uznać za pozytywny fakt, że kontrolowani przedsiębiorcy na ogół respektowali bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa. Niemniej jednak stwierdzona w toku kontroli stosunkowo duża skala naruszeń dobrych obyczajów oraz interesów ekonomicznych konsumentów może być uznana za niepokojącą. Dlatego też jest istotnym, aby zakłady ubezpieczeń, konstruując wzorce stosowanych przez siebie ogólnych warunków ubezpieczeń, nie tylko zwracały uwagę na ich zgodność z przepisami wprost zakazującymi lub nakazującymi odpowiednie skonstruowanie wzorca, lecz także brały pod uwagę okoliczność, że klauzule umowne naruszające art. 385<sup>3</sup> k.c. mogą zostać uznane przez SOKiK za niedozwolone postanowienia umowne.

Warto jednak podkreślić, że wszystkie zakłady ubezpieczeń w określonym zakresie zadeklarowały chęć współpracy i w większości przypadków dobrowolnie dokonywały zmian we wzorcach umownych, usuwając, modyfikując czy też doprecyzowując postanowienia, które budziły poważne wątpliwości Prezesa UOKiK. Jak wynika z przeprowadzonej analizy, zakłady ubezpieczeń dobrowolnie wycofały się z około 50 proc. kwestionowanych klauzul. Współpracę taką należy ocenić bardzo pozytywnie, zarówno z punktu widzenia interesów konsumentów, jak i samych przedsiębiorców.

---

Niemniej jednak należy zaznaczyć, że pomimo wycofania się, w zdecydowanej większości, przez zakłady ubezpieczeń z kwestionowanych klauzul, zostaną one poddane kontroli sądowej, tak by konsumenci, po wpisaniu postanowień do rejestru, mogli się na nie skutecznie powołać w sporze z przedsiębiorcą, zaś profesjonalni uczestnicy rynku, nie objęci przedmiotową kontrolą, nie wykorzystywali ich w oferowanych przez siebie produktach. W wyniku przeprowadzonej kontroli łącznie wniesionych zostanie dziesięć pozwów o uznanie postanowień wzorca umownego za niedozwolone.