

Sygn. akt IX Ca 1281/23

Sygn. akt IX Cz 382/23

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 15 lutego 2024 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie IX Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Beata Grzybek,
-----------------	--------------------

po rozpoznaniu w dniu 15 lutego 2024 r. w Olsztynie,

na posiedzeniu niejawnym,

sprawy z powództwa A. C. (1), A. C. (2),

przeciwko (...) S.A. z siedzibą w W.,

o zapłatę,

na skutek apelacji pozwanego (...) S.A. z siedzibą w W. od wyroku Sądu Rejonowego w Nidzicy z dnia 12 września 2023 r., sygn. akt I C 349/22,

I. zmienia pkt III skarżonego wyroku w ten sposób, że nadaje mu nowe brzmienie:

„zasądza od pozwanego solidarnie na rzecz powódek kwotę 3.600 zł (trzy tysiące sześćset złotych) tytułem zwrotu wynagrodzenia pełnomocnika wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie za czas od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty;”

II. dodaje do skarżonego wyroku kolejny punkt IV o brzmieniu:

”zasądza od pozwanego na rzecz każdej z powódek kwoty po 1.017 zł (tysiąc siedemnaście złotych) tytułem zwrotu pozostałych kosztów procesu wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie za czas od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty.”

III. oddala zażalenie w pozostałej części,

IV. apelację oddala,

V. zasądza od pozwanego na rzecz powódek solidarnie kwotę 1.998 zł (jeden tysiąc dziewięćset dziewięćdziesiąt osiem złotych) wraz z ustawowymi odsetkami za opóźnienie za czas od dnia uprawomocnienia się niniejszego rozstrzygnięcia do dnia zapłaty.

SSO Beata Grzybek

Sygn. akt: IX Ca 1281/23

UZASADNIENIE

Powódki A. C. (1) i A. C. (2) wniosły pozew przeciwko (...) Zakładowi (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. domagając się zasądzenia na rzecz każdej z nich kwot po 20.000 zł wraz z ustawowymi odsetkami od dnia 21 grudnia 2019 r. do dnia zapłaty oraz zasądzenia na rzecz każdej z powódek z osobna kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych wraz z odsetkami z art. 98 § 1¹ k.p.c.

W uzasadnieniu pozwu podniosły, że ich ojciec A. C. (3) przystąpił jako współubezpieczony do umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z pozwanym w przedsiębiorstwie pracodawcy żony - W. C. (1). Ubezpieczyciel pełnił tę funkcję w firmie (...) od dnia 1 stycznia 2018 r., kiedy to przejął ubezpieczonych na zasadzie ciągłości ubezpieczenia od firmy (...) S.A. Co istotne, przed zmianą ubezpieczyciela, pozwany zapewnił, że sytuacja ubezpieczonych i współubezpieczonych, nie ulegnie zmianie w przypadku podjęcia decyzji o zmianie ubezpieczyciela.

W dniu 29 października 2019 r. A. C. (3) zmarł, zaś pozwany odmówił spełnienia świadczenia przewidzianego w umowie powołując się na § 8 ust. 6 OWU i wskazując, że współubezpieczony leczył się m. in. na serce, co zataił podpisując oświadczenie o stanie zdrowia. W ocenie powódek, mając na uwadze zapewnienie pozwanego, że dotychczasowi ubezpieczeni i współubezpieczeni przechodzą do nowego ubezpieczyciela na zasadzie ciągłości ze zniesieniem tzw. ankiet medycznych, stanowisko o odmowie wypłaty uposażenia jest nieuzasadnione. W związku z powyższym domagają się wypłaty świadczenia.

W odpowiedzi na pozew **(...) Zakład (...) na (...) S.A. z siedzibą w W.** wniósł o oddalenie powództwa w całości i o zasądzenie kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Wymieniony przyznał, że A. C. (3) był objęty umową ubezpieczenia jako małżonek W. C. (1). Nie budziło również zastrzeżeń pozwanego, że powódki są uposażone każda w 50% do świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.

Pozwany zaprzeczył jednak, aby powódkom należało się świadczenie, a to z uwagi na okoliczność złożenia przez A. C. (3) nieprawdziwego oświadczenia o stanie zdrowia, co stanowiło wyłączenie z § 8 ust. 6 OWU.

Ponadto, pozwany wskazał, że umowa grupowego ubezpieczenia na życie jest umową, w której nie dokonuje się oceny ryzyka i do ubezpieczenia przyjmowany jest każdy przy jednoczesnym, jednoznacznym wskazaniu, iż ubezpieczenie nie obejmuje następstw chorób zdiagnozowanych przed zawarciem umowy.

Wyrokiem z dnia 12 września 2023 r. Sąd Rejonowy w Nidzicy w punkcie I. zasądził od pozwanego na rzecz powódki A. C. (1) kwotę 20.000 zł (dwadzieścia tysięcy złotych) z odsetkami od dnia 21 grudnia 2019 r. do dnia zapłaty, w punkcie II. zasądził od pozwanego na rzecz powódki kwotę 20.000 zł z odsetkami od dnia 21 grudnia 2019 r. do dnia zapłaty i w punkcie III. zasądził od pozwanego solidarnie na rzecz powódek kwotę 3.600 zł tytułem zwrotu kosztów procesu wraz z odsetkami w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie za czas od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty oraz kwotę 34 zł tytułem opłaty od pełnomocnictwa.

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny: Przed dniem 21 grudnia 2017 r. odbyło się spotkanie przedstawiciela (...) Zakładu (...) na (...) S.A. z siedzibą w W. (dalej: (...)) - J. S. (1) z pracownikami firmy (...) Sp. z o.o. z siedzibą w K., na którym wymieniona zapewniła obecnych, w tym W. C. (1), o możliwości przystąpienia do ubezpieczenia grupowego w pozwanej firmie na zasadzie ciągłości ubezpieczenia, ze zniesieniem ankiet medycznych. (...) S.A. na zasadzie ciągłości ubezpieczenia przejął od firmy (...) S.A. ubezpieczonych pracowników w firmie: (...) Sp. z o.o. z siedzibą w K. oraz małżonków wymienionych. A. C. (3), ojciec powódek, przystąpił do ubezpieczenia o nazwie G. ubezpieczenie pracownicze typ P (...) jako małżonek płatnika - W. C. (1) od dnia 1 stycznia 2018 r. poprzez podpisanie deklaracji przystąpienia w dniu 21 grudnia 2017 r. W polisie nr (...) suma ubezpieczenia za śmierć osoby ubezpieczonej określona została na kwotę 40.000 zł. Jako uposażone wskazane zostały: A. C. (1) i A. C. (2), każda w 50%. Do ubezpieczenia Grupowego zastosowanie miały Ogólne Warunki Ubezpieczenia zatwierdzone uchwałą

nr (...)r. z dnia 24.11.2016 r. (dalej: OWU). Stosownie do § 8 ust. 2 OWU ubezpieczony bliski, który bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia 1/ nie był objęty innym ubezpieczeniem grupowym na życie w (...) S.A., (...) był objęty innym ubezpieczeniem grupowym na życie w (...) S.A. krócej niż 12 miesięcy, w dniu podpisania deklaracji przystąpienia składa oświadczenie dotyczące zdrowia. Zgodnie z § 8 ust. 6 OWU, w przypadku ujawnienia, że przed objęciem odpowiedzialnością (...) S.A. osoba przystępująca do ubezpieczenia podała w oświadczeniu nieprawdziwe informacje, m. in. o stanie zdrowia, (...) S.A. mógł w pierwszych 3 latach od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego odmówić wypłaty świadczenia. W treści formularza deklaracji o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia znajdowało się oświadczenie osoby przystępującej do ubezpieczenia, którego treść nie podlegała modyfikacji ani negocjacji.

Kolejno także Sąd ustalił, że zgodnie z treścią niepodlegającej uzgodnieniu deklaracji A. C. (3) podpisując formularz o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia u pozwanego jako współubezpieczony składał oświadczenie, że nigdy nie zdiagnozowano u niego żadnej z wymienionych chorób, ani że nie jest w trakcie diagnostyki objawów chorobowych któreś z nich: miażdżycy, tętniaka aorty, zatorowości płucnej, zakrzepicy żyłnej, choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej), zawału serca, zastawkowej wady serca, migotania przedsionków. Tożsamy w treści formularza deklaracji o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia co A. C. (3), zawierający oświadczenie dotyczące zdrowia, podpisywała W. C. (1) przystępując do grupowego ubezpieczenia w pozwanej firmie. Wedle pozwanego W. C. (1) jako pracownik (...) Sp. z o.o. z siedzibą w K., z uwagi na kontynuację ubezpieczenia i wyłączenie co do niej tzw. ankiet medycznych, nie była obowiązana składać oświadczenia o stanie zdrowia. A. C. (3) bezpośrednio wcześniej pozostawał ubezpieczony jako mąż W. C. (1) w ramach grupowego ubezpieczenia w firmie (...) S.A. A. C. (3) przed 2017 r. leczył się na przewlekłą chorobę niedokrwinną serca i miażdżycę. A. C. (3) zmarł 19 października 2019 r. Przyczyną zgonu wymienionego była miażdżyca, przewlekła choroba niedokrwienności serca i zatrzymanie krążenia wskutek tych chorób. Decyzjami z dnia 20 grudnia 2019 r. pozwany odmówił powódcom wypłaty świadczenia z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie na podstawie § 8 ust. 6 OWU. M. W. (1) - pracownik pozwanego ubezpieczyciela podjęła starania o wyjaśnienie sytuacji związanej z odmową przyznania na rzecz powódek świadczenia z tytułu śmierci ich ojca.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd I instancji doszedł do przekonania, że powództwo zasługiwało na uwzględnienie. Na wstępie swych rozważań Sąd Rejonowy wskazał, że w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek, (do której zalicza się umowę ubezpieczenia grupowego), obok ubezpieczającego i ubezpieczyciela pojawia się ubezpieczony, który nie jest stroną umowy ubezpieczenia, jednak to jego interes ubezpieczeniowy podlega ochronie z niej wynikającej. Sąd Rejonowy podzielił stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w wyroku z dnia 17 grudnia 2015 r., zgodnie z którym ubezpieczony nie będący ubezpieczającym w umowie grupowego ubezpieczenia na życie, który złożył oświadczenie na podstawie art. 829 § 2 k.c., jest konsumentem w rozumieniu art. 221 k.c. (sygn. V CSK 234/15). Skoro konsument przystępujący do programu ubezpieczenia grupowego, oferowanego przez ubezpieczyciela za pośrednictwem swojego zakładu pracy, ponosi takie same ciężary (obowiązek poniesienia pełnych kosztów składki), jak konsument zawierający indywidualną umowę ubezpieczenia, to zdaniem tego Sądu obaj powinni korzystać z tego samego poziomu gwarantowanej ustawą ochrony prawnej. Sytuacja obu konsumentów - zawierającego umowę poza zakładem pracy jak i przystępującego do ubezpieczenia grupowego - jest w istocie taka sama, a wobec tego obaj powinni mieć w równym stopniu zagwarantowane uzyskanie rzetelnej informacji od ubezpieczyciela przed zawarciem umowy, której ciężar finansowy ponoszą w całości, a która ponadto wpływa na ich poczucie bezpieczeństwa, gdyż z założenia ma stanowić zabezpieczenie na wypadek trudnych sytuacji życiowych, (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie - I Wydział Cywilny z dnia 8 stycznia 2015 r., sygn. I ACa 762/14).

W tym stanie rzeczy zdaniem Sądu I instancji uznać należy, że podstawę prawną powództwa stanowiły przepisy art. 805 k.c. i art. 829 k.c. Wedle art. 805 § 1 k.c. przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę, zaś zgodnie z § 2 tegoż przepisu przy ubezpieczeniu osobowym świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Z kolei zgodnie z art. 829 § 1 k.c. ubezpieczenie osobowe może w szczególności dotyczyć przy ubezpieczeniu następstw nieszczęśliwych

wypadków - uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. Sąd Rejonowy uznał za w pełni wiarygodne, albowiem spójne i wzajemnie ze sobą korespondujące zeznania W. C., W. W. i M. W. - pracowników firmą (...) Sp. z o.o. w K., z których wynika, iż nie przekazano im w sposób jasny i nie budzący wątpliwości zasad przystąpienia pod koniec 2017 r. do ubezpieczenia grupowego w pozwanej firmie. Wedle twierdzeń świadków, które potwierdziła także A. B., wymienione zostały zapewnione na spotkaniu poprzedzającym podjęcie decyzji odnośnie zmiany firmy ubezpieczającej, że warunki ubezpieczenia, za wyjątkiem wysokości świadczeń, nie ulegną zmianie, co miało dotyczyć także kwestii wykazywania stanu zdrowia przez osoby mające podlegać ubezpieczeniu. Zdaniem tego Sądu brak jest podstaw do kwestionowania przedmiotowych relacji.

W ocenie Sądu I instancji powyższego nie podważają przede wszystkim zeznania J. S.. Depozycje tej świadek zasługiwały na podzielenie wyłącznie częściowo. Świadek ta nie pamiętała bowiem zasadniczych kwestii dotyczących się zawarcia z firmą (...) Sp. z o.o. w K. umowy grupowego ubezpieczenia, jak też okoliczności, które towarzyszyły wydaniu decyzji o świadczeniach powódek po dacie śmierci A. C. (m. in. dotyczące osoby M. W. (2)). Wymieniona nie tylko nie miała pamięci odnośnie zdarzeń z 2017 r., czy 2019r., co również starała się przedstawić swoją osobę, jak też pracodawcę, w jak najlepszym świetle. Wymieniona opierała się przy tym głównie na założeniu, że skoro nie skorzystała z możliwości odstępstwa od tak zwanych ankiet medycznych w przypadku osób współubezpieczonych, to w toku spotkania nie mogła przekazywać pracownikom firmy (...) informacji tej treści. Oceniając wiarygodność świadek zdaniem tego Sądu trzeba mieć jednak na uwadze kontekst zawarcia przez firmę (...) z pozwanym umowy ubezpieczenia grupowego. Nie budzi wszak wątpliwości, że przed styczniem 2018 r. pracownicy (...) Sp. z o.o. w K. i ich bliscy (współubezpieczeni) pozostawali ubezpieczeni w ramach grupowego ubezpieczenia w firmie (...) S.A. To J. S. była zainteresowana pozyskaniem nowego klienta na rzecz pozwanego, a co za tym idzie przekonania pracowników o atrakcyjności oferty i korzyściach związanych z jej zaakceptowaniem. Z tego też względu przedstawiona przez nią propozycja musiała zyskać aprobatę pracownic, czemu służyć miało spotkanie poprzedzające podpisanie umowy ubezpieczenia grupowego z (...). W świetle zeznań świadków W. C., W. W. i M. W. zdaniem tego Sądu nie budzi wątpliwości, że J. S. podczas tego spotkania wywołała u wymienionych błędne przekonanie, iż warunki umowy ubezpieczenia grupowego zarówno dla ubezpieczonych, jak też współubezpieczonych - poza wysokością ewentualnych świadczeń - nie ulegną zmianie, w tym nie będą zależeć od treści oświadczeń w zakresie ich stanu zdrowia. W tej sytuacji nie sposób ustrzec się wrażeniu, że J. S. przekazała dane o zasadniczym znaczeniu z punktu widzenia przyszłej odpowiedzialności pozwanego w sposób wybiórczy i zdawkowy. Zachowanie wymienionej godziło zatem w ocenie Sądu I instancji w takie wartości, jak uczciwość, szczerowość, zaufanie, lojalność, rzetelność i fachowość. Takie postępowanie profesjonalisty wobec konsumenta - zmierzające faktycznie do jego dezorientacji i wywołania błędnego przekonania odnośnie warunków ubezpieczenia potraktować należy jako sprzeczne z dobrymi obyczajami.

W ocenie Sądu Rejonowego nie można przy tym założyć, że relacje W. C., W. W. i M. W. są ukierunkowane wyłącznie na potrzeby niniejszego postępowania. Świadek A. B. i M. W. potwierdziły wszak, że okoliczność wywołania u wymienionych pracowników firmy (...) błędnego przekonania odnośnie warunków ubezpieczenia grupowego, podnosiły one już bezpośrednio na spotkaniach po uzyskaniu odmownego stanowiska pozwanego co do wypłaty świadczeń na rzecz uposażonych. Oznacza to, że W. C., W. W. i M. W. prezentowały stałe i jednolite stanowisko od około 2020 r. Stanowisko pracownic firmy (...) Sp. z o.o. w K. znajduje, w ocenie Sądu, nadto potwierdzenie w treści deklaracji o przystąpieniu do grupowego ubezpieczenia. Tenże Sąd zwrócił uwagę, że deklaracje te - zarówno dla pracowników (ubezpieczonych), jak też ich małżonków (współubezpieczonych) - miały jednakową treść i zawierały tożsame oświadczenia, pomimo - że wedle twierdzeń pozwanego i zeznań J. S. - pracownicy firmy (...) Sp. z o.o. w K. mieli być zwolnieni od składania oświadczeń o stanie zdrowia, gdyż w ich przypadku ubezpieczenie zawierało wykluczenia odnośnie zdarzeń zaistniałych przed podpisaniem umowy. Mając na względzie, że treść oświadczeń - zarówno co do ubezpieczonych, jak też współubezpieczonych - była jednakowa, nadto nie podlegała negocjacji i modyfikacji w ramach uzgodnień, z samego faktu podpisania przez A. C. deklaracji, (a co za tym idzie znajdujących się w nim oświadczeń), zdaniem Sądu I instancji nie można wywodzić negatywnych skutków dla uposażonych. W odmiennym przypadku przyjęć by należało, że W. C. (1) z uwagi na fakt podpisania przedmiotowej deklaracji wraz z oświadczeniami w niej zawartymi o stanie zdrowia - również nie została objęta tzw. pre-existingiem, (a więc nie objęły jej wykluczenia odnośnie zdarzeń zaistniałych przed podpisaniem umowy).

Jak podkreślił Sąd Rejonowy, oświadczenia dotyczące stanu zdrowia stanowiły integralną część deklaracji. Osoby przystępujące do ubezpieczenia nie składały oddzielnego podpisu pod konkretnymi oświadczeniami, a tylko jeden - pod samą deklaracją. Brak modyfikacji formularza i dostosowania jego treści do konkretnej grupy klientów obciąża pozwanego jako profesjonalistę. Tym bardziej, że warunki techniczne w bieżących czasach nie stoją na przeszkodzie wprowadzeniu tego typu rozwiązań.

Zdaniem Sądu I instancji w tym kontekście na aprobatę zasługuje stanowisko powódek, że A. C. (3) podpisując deklarację tożsamą w treści co jego żona pozostawał w przeświadczeniu, że zapisy dotyczące oświadczeń o stanie zdrowia nie dotyczą jego przypadku. Poza wskazanymi oświadczeniami pozwany nie żądał od A. C. (3) szczegółowych danych na temat jego zdrowia, (poprzez np. wypełnienie ankiet medycznych, czy dostarczenie dokumentacji). W tej sytuacji stwierdzić należy, że wymieniony został pozbawiony przez pozwanego jasnej, konkretnej i zupełnej informacji co do zakresu rzeczywistej ochrony ubezpieczeniowej. Zdaniem tego Sądu, gdyby pozwany przed przystąpieniem do ubezpieczenia rzetelnie przeprowadził wywiad co do stanu zdrowia osoby A. C., czy też zażądał od niego przedłożenia kompletnej dokumentacji medycznej, ubezpieczony już na etapie zawierania umowy miałby jednoznaczną informację o zakresie ochrony ubezpieczeniowej. W takich okolicznościach A. C. mógłby należycie ocenić, czy przystąpienie do umowy ubezpieczenia jest dla niego korzystne, czy też nie. Wymieniony został jednak pozbawiony możliwości dokonania wszechstronnej oceny oraz podjęcia przemyślanej, rozważnej decyzji co do przystąpienia do ubezpieczenia. Powyższe potwierdziła również A. B., która bazując na własnym doświadczeniu - jako wieloletniego pracownika ubezpieczeniowego - wskazała, że treść formularza pozwanego nie jest przejrzysta i może wprowadzać w błąd nawet osobę dysponującą stosowną wiedzą w materii ubezpieczeń. W kontekście powyższego, zdaniem Sądu I instancji twierdzenia strony pozwanej zdają się być dotknięte błędem. Tym bardziej, że A. B., podobnie jak M. W., potwierdziły w swych zeznaniach, że zdarzają się w praktyce ubezpieczeniowej sytuacje, iż zawierający z ramienia pozwanego umowę ubezpieczenia opiekun polisy dopuszcza się pomyłki poprzez odstępianie od odznaczenia odstępstwa od ankiet medycznych dla określonej grupy klientów. Co istotne, A. B. i M. W. są obce dla powódek i nie mają podstaw by zeznawać na ich korzyść. Z tego też względu ich relacje Sąd Rejonowy uznał za wiarygodne. Jednocześnie Sąd Rejonowy stwierdził, że skoro rzekomo pozwany uzależniał swoją odpowiedzialność wobec współubezpieczonego od wykazania przez niego stanu swego zdrowia, to dziwić może dlaczego - pozostał wyłącznie na oświadczeniu w tym przedmiocie - odstępując od zwrócenia się do niego o wypełnienie ankiety medycznej, czy też zażądania dokumentacji medycznej.

Sąd Rejonowy podzielił pogląd Sądu Apelacyjnego w Szczecinie, wyrażony w wyroku z dnia 21 marca 2016r., I ACa 20/16, „że to na ubezpieczycielu, jako profesjonalnej stronie umowy ubezpieczenia, ciąży obowiązek uzyskania informacji dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego i jego oceny. Jeżeli ubezpieczyciel poprzestaje jedynie na przedłożeniu wyciągu ogólnych warunków ubezpieczenia, a odstępuje od podjęcia jakichkolwiek czynności zmierzających do ustalenia ryzyka ubezpieczeniowego, to (...) ewentualne okoliczności dotyczące ubezpieczonego istniejące przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie wpływają na zakres jego odpowiedzialności”. W przywołanym orzeczeniu, podobnie jak w niniejszej sprawie konsument - ubezpieczony nie był pytany o stan zdrowia na etapie przystąpienia do grupowego ubezpieczenia na życie. Z tego względu - jak zaznaczył Sąd Apelacyjny w Szczecinie w uzasadnieniu powołanego powyżej wyroku - „nie można też od niego (konsumenta) oczekiwać, aby dokonał za ubezpieczyciela oceny zakresu ewentualnej odpowiedzialności ubezpieczyciela przez pryzmat swojego stanu zdrowia i powiązania tego stanu z ewentualnymi wyłączeniami odpowiedzialności”. Pozwany odmówił spełnienia świadczenia przewidzianego w umowie, powołując się na § 8 ust. 6 OWU i wskazując, że A. C. leczony był przed 21 grudnia 2017 r., tj. przed podpisaniem deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego, z powodu problemów kardiologicznych, a także miażdżycy, co stoi w sprzeczności ze złożonym przez niego oświadczeniem o stanie zdrowia. W ocenie powódek powyższy zapis wzorca umownego nie wiąże współubezpieczonego jako konsumenta i jego następców prawnych. W treści OWU oraz deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia grupowego nie określono żadnego przedziału czasowego zdiagnozowania i leczenia chorób przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Z powyższego wynika, że podstawę do wyłączenia odpowiedzialności mogła stanowić w omawianym przypadku każda choroba lub problem zdrowotny zdiagnozowany przed przystąpieniem do ubezpieczenia, w tym nawet z okresu dzieciństwa. Ukształtowanie wyłączenia odpowiedzialności w opisany sposób, zdaniem Sądu Rejonowego, potraktować wypada jako zbyt daleko idące i rażące

naruszające interesy ubezpieczonego. W odmiennym przypadku uznać by wypadało, że pozwany w rzeczywistości nie ponosił ryzyka ubezpieczeniowego, a mimo to pobierał co miesiąc od ubezpieczonego składkę z tego tytułu. Takie stanowisko znajduje potwierdzenie w judykaturze, gdzie wskazuje się, że „ubezpieczycielowi zawierającemu umowę mimo braku oceny stanu zdrowia ubezpieczonego, bez dokładnego rozpytania ubezpieczonego o stan zdrowia z powołaniem się na klauzulę wyłączającą odpowiedzialność ubezpieczyciela, a przy tym na klauzulę nie uzgodnioną indywidualnie nie przysługuje ochrona wobec brzmienia art. 385 § 1 k.c.

Następnie Sąd I instancji przeszedł do zbadania abuzywności postanowień wzorca umownego dotyczącego wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela. Zgodnie z treścią art. 385¹ § 1 k.c. postanowienia umowy zawieranej z konsumentem nieuzgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Sąd Rejonowy stwierdził, że głównym świadczeniem strony pozwanej była wypłata określonego świadczenia w razie zgonu współubezpieczonego bądź jego niezdolności do pracy. Wobec tego nie można przyjąć, że wskazane postanowienie wzorca umownego określa główne świadczenia strony. W konsekwencji może ono być przedmiotem kontroli incydentalnej w świetle przepisu art. 385¹ k.c. i następnych. W myśl art. 385¹ § 3 k.c. nieuzgodnione indywidualnie są te postanowienia umowy, na których treść konsument nie miał rzeczywistego wpływu. W szczególności odnosi się to do postanowień umowy przejętych z wzorca umowy zaproponowanego konsumentowi przez kontrahenta. Z kolei wedle art. 385 k.c. oceny zgodności postanowienia umowy z dobrymi obyczajami dokonuje się według stanu z chwili zawarcia umowy, biorąc pod uwagę jej treść, okoliczności zawarcia oraz uwzględniając umowy pozostające w związku z umową obejmującą postanowienie będące przedmiotem oceny. Na podstawie zebranego w niniejszej sprawie materiału dowodowego Sąd I instancji doszedł do przekonania, że kwestionowane klauzule umowne nie były indywidualnie negocjowane. Taki wniosek wynika przede wszystkim z faktu, że przedmiotowa umowa jest umową adhezyjną, przygotowaną jednostronnie przez pozwanego. Bezspornie postanowienia dotyczące wyłączenia odpowiedzialności pozwanego zawarte zostały w OWU i zostały ukształtowane jeszcze przed przystąpieniem A. C. do ubezpieczenia, co wynika z okoliczności, że OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr (...) r. z dnia 24.11.2016 r. A. C. (3) był zatem związany przedmiotowym wzorcem umownym na podstawie art. 384 k.c. Jak wynika z załączonych do pozwu dokumentów, umowa była zawierana na standardowych formularzach, jakimi w swojej działalności posługuje się pozwane towarzystwo ubezpieczeń, a w formularzu nie było możliwości wyboru innego wariantu ubezpieczenia.

Reasumując, zdaniem Sądu I instancji użycie wskazanego postanowienia umownego w połączeniu z zaniechaniem oceny ryzyka ubezpieczeniowego skutkowało zawarciem umowy ubezpieczenia stwarzającej jedynie iluzoryczną ochroną ubezpieczonego, co należy uznać za sprzeczne z dobrymi obyczajami (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Szczecinie z dnia 21 marca 2016r., I ACa 20/16). W ocenie tego Sądu, wskazana klauzula wzorca umownego kształtuje zatem prawa i obowiązki konsumenta w sposób niezgodny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. Pozwany odstąpił od uzyskania od A. C. informacji o jego stanie zdrowia, czy to w drodze ankiety, czy też zażądania dokumentacji medycznej. Okoliczność ta ma natomiast zasadnicze znaczenie dla oceny przedmiotowego zdarzenia, jeśli weźmie się pod uwagę zawartość deklaracji o przystąpieniu do ubezpieczenia grupowego - jednakowej dla wymienionego oraz W. C. - oraz okoliczności towarzyszące przedstawieniu warunków ubezpieczenia grupowego przez pozwanego przed 21 grudnia 2017 r. W ocenie Sądu I instancji pozwany dokonując ograniczenia odpowiedzialności w sposób skrajny i radykalny zawęził zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, a jednocześnie zagwarantował sobie zysk w postaci comiesięcznej składki ubezpieczeniowej. Takie postępowanie bez wątpienia zasługuje na negatywną ocenę z punktu widzenia zgodności z dobrymi obyczajami. Postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia i postanowienia umowne nie mogą rozszerzać katalogu okoliczności, w których ubezpieczyciel będzie zwolniony od spełnienia swojego świadczenia, w szczególności o takie okoliczności, o które ubezpieczyciel nie zapytał zgodnie z art. 815 § 1 k.c. (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 8 stycznia 2015r., I ACa 762/14, Legalis).

Reasumując, Sąd Rejonowy uznał, że postanowienia § 8 ust. 6 OWU stanowią niedozwolone klauzule umowne, co zgodnie z przepisem art. 385¹ k.c. ma ten skutek, że takie postanowienia nie wiążą konsumenta. Oznacza to, że

nie ma podstaw prawnych, aby odmówić spełnienia świadczenia wynikającego z przedmiotowej umowy grupowego ubezpieczenia na życie przewidzianego na wypadek śmierci ubezpieczonego. Roszczenie nie było kwestionowane przez pozwanego co do wysokości. Łączna wysokość świadczenia stanowi kwotę 40.000 zł, przyjmując jednak, że każda z powódek jest uposażona w udziale 1/2 części, to należało - na mocy art. 805 k.c. i art. 829 k.c. - zasądzić od pozwanego na rzecz każdej z nich kwoty po 20.000 zł. Od powyższych kwot - na mocy art. 481 k.c. - Sąd I instancji zasądził ustawowe odsetki za opóźnienie od dnia 21 grudnia 2019 r. do dnia zapłaty. O kosztach procesu Sąd Rejonowy orzekł na podstawie art. 98 k.p.c. w zw. z § 2 pkt. 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych, Sąd zasądził od pozwanego na rzecz powódek kwotę 3.600 zł, stanowiącą opłatę za czynności zawodowego pełnomocnika powoda - radcy prawnego. Jak wskazuje się w judykaturze współuczestnikom materialnym, reprezentowanym przez tego samego profesjonalnego pełnomocnika procesowego, sąd przyznaje zwrot kosztów w wysokości odpowiadającej wynagrodzeniu jednego pełnomocnika (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 20 lipca 2012r., II CZ 196/11, Legalis; uchwała Sądu Najwyższego z dnia 30 stycznia 2007 r., III CZP 130/06, OSNC 2008/1/1). O Odsetkach od wskazanej kwoty orzeczono na podstawie art. 98 § 1¹ k.p.c.

Od wyroku Sądu I instancji apelację wniósł pozwany, zaskarżając wyrok w całości i zarzucając:

I. Naruszenie przepisów prawa materialnego, a mianowicie:

- art. 385¹ § 1 k.c. w związku z art. 805 § 1 i § 2 pkt 1 k.c. oraz z art. 16 pkt 4 i 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, w wyniku ich błędnej wykładni (art. 385¹ § 1 k.c. w związku z art. 805 § 1 i § 2 pkt 1 k.c.) lub pominięcie (art. 16 pkt 4 i 6 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej) co doprowadziło do przyjęcia, że postanowienie § 8 ust. 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowego Typ P (...), ustalonych uchwałą nr (...) zarządu (...) SA z dnia 24 listopada 2016 r. (dalej zwane: OWU) stanowi klauzulę abuzywną i poprzez przyjęcie, że w związku z tym pozwany ponosi odpowiedzialność względem uposażonych - tj. powódek;

II. Naruszenie przepisów prawa procesowego, mające istotny wpływ na wynik sprawy, a mianowicie: art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie swobodnej oceny dowodów i wyciągnięcie z materiału dowodowego niewłaściwych wniosków, polegające:

a) na błędnej ocenie postanowień § 8 ust. 6 OWU i przyjęcie, że mają one charakter niedozwolony w sytuacji, gdy dotyczą one świadczenia głównego z umowy dobrowolnego ubezpieczenia i są jasne, czego Sąd nie zauważył przy ocenie treści postanowienia § 8 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;

b) błędnym przyjęciu, że ubezpieczyciel zaniechał oceny ryzyka ubezpieczeniowego, na skutek odstąpienia od ankiety medycznej, podczas gdy ryzyko to wynikało z oświadczeń o stanie zdrowia zamieszczonych w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia.

Pozwany wniósł o:

1. zmianę zaskarżonego wyroku - poprzez oddalenie powództwa,
2. zasądzenie od powódek na rzecz pozwanego kosztów procesu za instancję odwoławczą, w tym kosztów zastępstwa procesowego - według norm przepisanych.

Natomiast na zawarte w punkcie III. wyroku rozstrzygnięcie o kosztach procesu zażalenie wniosły powódki, zarzucając:

- naruszenie art. 98 k.p.c. poprzez jego niewłaściwe zastosowanie i brak przyznania od pozwanego na rzecz każdej z powódek, które wygrały proces w 100%, zwrotu kosztów procesu w postaci opłaty od pozwu w kwocie po 1.000 złotych,

- naruszenie art. 72 § pkt 2 k.p.c. poprzez jego niezastosowanie i pominięcie, iż w niniejszej sprawie współuczestnictwo po stronie powodowej nie nosi znamion współuczestnictwa formalnego, podczas gdy przedmiot sporu w niniejszej

sprawie stanowią roszczenia oparte na jednakowej podstawie faktycznej i prawnej, a ponadto właściwość sądu jest uzasadniona dla każdego z roszczeń z osobna, jak też dla wszystkich wspólnie,

- naruszenie § 2 pkt 5 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 roku przez jego niewłaściwe zastosowanie i przyjęcie, że w niniejszej sprawie powódkom reprezentowanym przez tego samego profesjonalnego pełnomocnika procesowego, należało przyznać jedynie zwrot kosztów zastępstwa procesowego w wysokości 3.600 złotych, odpowiadającej wynagrodzeniu jednego pełnomocnika, podczas gdy współuczestnikom formalnym, reprezentowanym przez jednego pełnomocnika będącego adwokatem lub radcą prawnym, należy się zwrot kosztów procesu obejmujących jego wynagrodzenie ustalone odrębnie w stosunku do każdego współuczestnika.

Powódki wniosły o:

I. zmianę zaskarżonego postanowienia poprzez:

1. zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki A. C. (1) kwoty 4.600 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwoty 3.600 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego wraz z odsetkami w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie za czas od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty oraz kwotę 17 złotych tytułem opłaty od pełnomocnictw,

2. zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki A. C. (2) kwoty 4.600 złotych tytułem zwrotu kosztów procesu, w tym kwoty 3.600 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego wraz z odsetkami w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie za czas od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty oraz kwotę 17 złotych tytułem opłaty od pełnomocnictw.

II. zasądzenie od pozwanego na rzecz powódek kosztów postępowania zażaleniowego według norm przepisanych.

W odpowiedzi na apelację pozwanego powódki wniosły o oddalenie apelacji, zasądzenie od pozwanego na rzecz powódek kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa procesowego za instancję odwoławczą według norm przepisanych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja jest bezzasadna.

Sąd Okręgowy podziela ustalenia faktyczne Sądu I instancji i przyjmuje je za własne za wyjątkiem ustalenia, że zawarta w deklaracji przystąpienia do ubezpieczenia treść oświadczenia w zakresie pre-existing była zarówno dla ubezpieczonego jak i współubezpieczonego jednakowa. W ocenie Sądu Okręgowego W. C. (1), jako osoba ubezpieczona, nie została objęta oświadczeniem zawartym w punkcie 9. Deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia. W punkcie 9. Deklaracji przystąpienia do grupowego ubezpieczenia zostało zawarte dodatkowe oświadczenie dotyczące zdrowia, składane wyłącznie przez małżonka, partnera życiowego i pełnoletnie dziecko, przystępujących do grupowego ubezpieczenia typ P (...) o kodzie (...) oraz ubezpieczeń dodatkowych, którzy bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia albo nie byli objęci innym ubezpieczeniem grupowym na życie w (...) S.A. albo byli objęci takim ubezpieczeniem krócej niż 12 miesięcy. Z powyższego oświadczenia wynika zatem jednoznacznie, że nie dotyczy ono samego ubezpieczonego, natomiast w pewnych okolicznościach może dotyczyć jego małżonka.

Jednocześnie Sąd Okręgowy podziela ostateczną konstatację Sądu Rejonowego co do zasadności powództwa, jednakże z nieco odmiennych przyczyn aniżeli przyczyny wskazane w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku.

W ocenie Sądu Okręgowego rzeczona Deklaracja w punkcie 9. w zakresie w jakim obejmowała oświadczenie o stanie zdrowia dotyczące osób współubezpieczonych w przypadku zawarcia umowy na zasadzie przejścia od jednego do drugiego ubezpieczyciela, tak jak to miało miejsce w odniesieniu do A. C. (3), jest niejasna i budzi wątpliwości. Czytane literalnie oświadczenie wskazuje na to, że dotyczyło ono A. C. (3), bowiem tuż przed przystąpieniem do ubezpieczenia

u pozwanego wprawdzie był on ubezpieczony, ale nie u pozwanego, tylko w (...). Z drugiej strony z informacji przekazywanych pracownikom (a zatem również W. C. (1), która z kolei przekazała informacje mężowi) podczas zmiany ubezpieczyciela wynikało, że miała to być oferta dla ubezpieczonych korzystniejsza, nie było też mowy o tym, że stan zdrowia współubezpieczonych będzie podlegał jakiegokolwiek weryfikacji. Skoro osoba działająca z ramienia ubezpieczyciela przedstawiła profity wynikające ze zmiany ubezpieczyciela, to powinna też lojalnie zwrócić uwagę na okoliczność weryfikacji stanu zdrowia współubezpieczonych, bo za taką weryfikację należy uznać uzależnienie wypłaty odszkodowania od uprzedniego (na etapie przystępowania do ubezpieczenia) oświadczenia, że współubezpieczony nie choruje na wymienione choroby, nie jest w trakcie diagnostyki, jak również nie był poddawany określonym procedurom medycznym czy też nie oczekuje na ich przeprowadzenie.

W oświadczeniu w punkcie 9. Deklaracji przystąpienia zostało zawarte pouczenie, aby nie przekreślać ani nie korygować jego treści, tymczasem w świetle informacji przekazanych na spotkaniu z udziałem J. S. (1) literalna treść oświadczenia budziła wątpliwości. Jednocześnie w oświadczeniu została zawarta informacja, że jeśli oświadczenie nie jest prawdziwe, a mimo to współubezpieczony przystąpi do ubezpieczenia, to ubezpieczyciel może zgodnie z art. 815 k.c. odmówić świadczenia. Wobec niejasnej treści oświadczenia, mogło zatem dojść do sytuacji, w której współubezpieczony był nieświadomy, że owo oświadczenie go dotyczy, skutkiem czego przystąpił do ubezpieczenia, mimo że jego stan zdrowia w momencie składania deklaracji, w której treści złożył nieprawdziwe oświadczenie, wyłączał zobowiązanie ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia, a zatem ochrona ubezpieczeniowa miała charakter iluzoryczny.

Zawarte w Deklaracji przystąpienia oświadczenie należy czytać łącznie z § 8 ust. 2 i ust. 6 OWU. Zgodnie z § 8 ust. 2 OWU ubezpieczony bliski, który bezpośrednio przed przystąpieniem do ubezpieczenia 1/ nie był objęty innym ubezpieczeniem grupowym na życie w (...) S.A., (...) był objęty innym ubezpieczeniem grupowym na życie w (...) S.A. krócej niż 12 miesięcy, w dniu podpisania deklaracji przystąpienia składa oświadczenie dotyczące zdrowia. Zgodnie z § 8 ust. 6 OWU, w przypadku ujawnienia, że przed objęciem odpowiedzialnością (...) S.A. osoba przystępująca do ubezpieczenia podała w oświadczeniu nieprawdziwe informacje, m. in. o stanie zdrowia, (...) S.A. mógł w pierwszych 3 latach od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpiezonego odmówić wypłaty świadczenia.

W ocenie Sądu Okręgowego § 8 ust. 2 i ust. 6 OWU w odniesieniu do sytuacji przystąpienia do ubezpieczenia na życie na zasadzie przejścia od jednego ubezpieczyciela do drugiego, gdzie przystępujący zostali zapewnieni przez ubezpieczyciela o ciągłości ubezpieczenia i nie zostali poinformowani o weryfikacji stanu zdrowia osób współubezpieczonych stanowią niedozwolone postanowienia umowne w rozumieniu art. 385¹ § 1 i § 3 k.c. Wobec powyższego, w świetle art. 385¹ § 2 k.c. niedozwolone postanowienia umowne nie wiążą konsumenta, a umowa obowiązuje w pozostałym zakresie.

Z art. 385¹ § 1 k.c. wynika, że niedozwolonymi postanowieniami umownymi są klauzule umowne, które spełniają łącznie trzy przesłanki pozytywne, tj.: zawarte zostały w umowach z konsumentami, kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami oraz rażąco naruszają jego interesy. Kontrola abuzywności postanowień umowy wyłączona jest zaś jedynie w przypadku spełnienia jednej z dwóch przesłanek negatywnych, to jest gdy: postanowienie umowne zostało indywidualnie uzgodnione z konsumentem oraz postanowienie umowne określa główne świadczenia stron i jest sformułowane w sposób jednoznaczny. W ocenie Sądu Okręgowego w przedmiotowej sprawie brak jest podstaw do wyłączenia spornych postanowień umownych spod kontroli przewidzianej w art. 385¹ k.c.

Przy zawarciu umowy pozwany posługiwał się opracowanym przez siebie wzorcem umowy oraz deklaracji przystąpienia. Punkt 9. Deklaracji przystąpienia i § 8 ust. 2 i ust. 6 OWU nie były indywidualnie negocjowane ze współubezpieczonym A. C. (3) i jak zostało wskazane powyżej w okolicznościach faktycznych sprawy były niejednoznaczne. Kwestionowane klauzule umowne nie dotyczyły głównych świadczeń stron. Ustawodawca nie określił, co należy rozumieć przez sformułowanie „główne świadczenia stron” wskazane w art. 385¹ § 1 k.c., ale niewątpliwie są to takie elementy konstrukcyjne umowy, bez których uzgodnienia nie doszłoby do jej zawarcia. Pojęcie

„głównych świadczeń stron” w odniesieniu do umowy ubezpieczenia należy rozpatrywać w kontekście art. 805 § 1 k.c., zgodnie z którym przez umowę ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, spełnić określone świadczenie w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę. Wobec powyższego postanowienia zawarte w punkcie 9. Deklaracji przystąpienia i § 8 ust. 2 i ust. 6 OWU nie odnoszą się do głównych świadczeń stron.

Spełniony został też wymóg rażącego naruszenia interesów konsumenta oraz sprzeczności z dobrymi obyczajami postanowień umownych, bowiem konsument przystąpił do ubezpieczenia nieświadomy, że istnieje przesłanka negatywna wyłączająca odpowiedzialność ubezpieczyciela.

W orzecznictwie i doktrynie uważa się, że w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami rażąco naruszają interesy konsumenta postanowienia umowne godzące w równowagę kontraktową stron, a także te, które zmierzają do wprowadzenia konsumenta w błąd, wykorzystując jego zaufanie i brak specjalistycznej wiedzy. Postanowienia umowy rażąco naruszają interes konsumenta, jeżeli poważnie i znacząco odbiegają od sprawiedliwego wyważenia praw i obowiązków stron. Między innymi o takiej sytuacji można mówić w razie nadmiernego naruszenia równowagi interesów stron poprzez wykorzystanie przez jedną z nich swojej przewagi przy układaniu wzorca umowy (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 8 maja 2009 r., VI ACa 1395/08, Lex Nr 1120219). Rażące naruszenie interesów konsumenta oznacza nieusprawiedliwioną dysproporcję praw i obowiązków na jego niekorzyść w określonym stosunku obligacyjnym. Natomiast działanie wbrew dobrym obyczajom w zakresie kształtowania treści stosunku obligacyjnego wyraża się w tworzeniu przez partnera konsumenta takich klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową tego stosunku (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., sygn. akt I CK 832/04). Sprzeczne z dobrymi obyczajami są te postanowienia wzorca umownego, które kształtują prawa i obowiązki konsumenta, nie pozwalając na realizację takich wartości jak szacunek wobec partnera, uczciwość, szczerłość, zaufanie, lojalność, rzetelność (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 17 kwietnia 2013 r., sygn. akt VI ACa 1096/12, Lex nr 1335762).

Przyjmuje się, że klauzula dobrych obyczajów, podobnie jak klauzula zasad współżycia społecznego, nakazuje dokonać oceny w świetle norm pozaprawnych, przy czym chodzi o normy moralne i obyczajowe, powszechnie akceptowane albo znajdujące szczególne uznanie w określonej sferze działań, na przykład w obrocie profesjonalnym, w określonej branży, w stosunkach z konsumentem itp. Sprzeczne z dobrymi obyczajami będą działania wykorzystujące niewiedzę, brak doświadczenia konsumenta, naruszenie równorzędności stron umowy, działania zmierzające do dezinformacji, wywołania błędnego przekonania konsumenta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności. Chodzi więc o działanie potocznie określane jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające in minus od przyjętych standardów postępowania (wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 27 stycznia 2011 r., VI ACa 771/10, Lex nr 824347).

Reasumując, postanowienia zawarte w punkcie 9. Deklaracji przystąpienia i § 8 ust. 2 i ust. 6 OWU są niejednoznaczne na niekorzyść konsumenta, bowiem w okolicznościach faktycznych sprawy (przejścia od jednego ubezpieczyciela do drugiego na zasadzie ciągłości ubezpieczenia) mogły kształtować błędne przekonanie współubezpieczonego A. C. (3), że zawarte w punkcie 9 Deklaracji przystąpienia oświadczenie co do stanu zdrowia go nie dotyczy, skutkiem czego, mimo że jego stan zdrowia wyłączał odpowiedzialność ubezpieczyciela, przystąpił on do ubezpieczenia jako współubezpieczony, mimo że faktycznie nie był objęty ochroną ubezpieczeniową. W tej sytuacji, na skutek sformułowania przez ubezpieczyciela umowy przy użyciu postanowień naruszających dobre obyczaje, współubezpieczony przystąpił do ubezpieczenia na warunkach rażąco dla niego niekorzystnych, a obiektywna ocena znaczenia przedmiotowych postanowień prawdopodobnie skutkowałaby tym, że zarówno współubezpieczony jak i ubezpieczony pracownik nie przystąpiliby do umowy ubezpieczenia z nowym ubezpieczycielem jako umowy mniej korzystnej od uprzednio zawartej. Eliminacja niedozwolonych postanowień umownych ma skutek tego rodzaju, że umowa może obowiązywać nadal w pozostałym zakresie, co z uwagi na wystąpienie zdarzenia objętego zakresem ochrony ubezpieczeniowej aktualizuje odpowiedzialność ubezpieczyciela i czyni żądanie pozwu zasadnym.

Natomiast zażalenie powódek na zawarte w punkcie III. wyroku rozstrzygnięcie w przedmiocie kosztów procesu okazało się częściowo uzasadnione. Każdej z powódek należy się bowiem zwrot uiszczonej opłaty sądowej od pozwu

oraz opłaty skarbowej od pełnomocnictwa oraz solidarnie zwrot jednokrotności wynagrodzenia ustanowionego w sprawie pełnomocnika.

W literaturze i w orzecznictwie wskazuje się, że gdy współuczestnicy materialni (art. 72 § 1 pkt 1 k.p.c.) reprezentowani są przez tego samego pełnomocnika, to w razie wygrania sprawy, należy się im zwrot kosztów w wysokości odpowiadającej wynagrodzeniu jednego pełnomocnika w wysokości wynagrodzenia jednego adwokata w granicach obowiązujących stawek (zob. uchw. SN(7) z 20.12.1963 r., III PO 17/63, Legalis; H. Ciepła, w: Marciniak, Komentarz KPC, 2019, t. I, art. 98, Nb 13; K. Flaga-Gieruszyńska, A. Zieliński, w: Zieliński, Flaga-Gieruszyńska, Komentarz KPC, 2019, art. 98, Nb 33; M. Sorysz, w: Góra-Błaszczkowska, Komentarz KPC, 2020, t. IA, art. 98, Nb 14). Dotyczy to również współuczestników sporu reprezentowanych przez jednego adwokata na podstawie odrębnych pełnomocnictw (zob. post. SN z 12.7.1980 r., II CZ 79/80, Legalis). Obowiązuje zasada „jedna sprawa – jedno wynagrodzenie adwokata” (uzas. uchw. SN z 10.7.2015 r., III CZP 29/15, Legalis). W takim przypadku koszty procesu zasądza się solidarnie na rzecz współuczestników. W razie współuczestnictwa formalnego (art. 72 § 1 pkt 2 k.p.c.) do niezbędnych kosztów procesu poniesionych przez współuczestników reprezentowanych przez jednego pełnomocnika będącego adwokatem lub radcą prawnym zalicza się jego wynagrodzenie ustalone odrębnie w stosunku do każdego współuczestnika. Sąd powinien jednak obniżyć to wynagrodzenie, jeżeli przemawia za tym nakład pracy pełnomocnika, podjęte przez niego czynności oraz charakter sprawy (art. 109 § 2 KPC) (uchw. SN z 10.7.2015 r., III CZP 29/15, OSNC 2016, Nr 6, poz. 69; zob. także M. Sorysz, w: Góra-Błaszczkowska, Komentarz KPC, 2020, t. IA, art. 98, Nb 14). W takim przypadku koszty procesu zasądza się na rzecz każdego współuczestnika.

W ocenie Sądu Okręgowego współuczestnictwo po stronie powodowej ma charakter materialny. Co oznacza, że pozwany winien zwrócić powódkom wynagrodzenie jednego pełnomocnika w wysokości wynagrodzenia jednego radcy prawnego w granicach obowiązujących stawek, która wynosi 3.600 zł. Zgodnie z art. 72 § 1 k.p.c. kilka osób może w jednej sprawie występować w roli powodów lub pozwanych, jeżeli przedmiot sporu stanowią: 1) prawa lub obowiązki im wspólne lub oparte na tej samej podstawie faktycznej i prawnej (współuczestnictwo materialne); 2) roszczenia lub zobowiązania jednego rodzaju, oparte na jednakowej podstawie faktycznej i prawnej, jeżeli ponadto właściwość sądu jest uzasadniona dla każdego z roszczeń lub zobowiązań z osobna, jako też dla wszystkich wspólnie (współuczestnictwo formalne). Przedmiotem postępowania jest wspólne prawo powódek jako uposażonych do wypłaty na ich rzecz odszkodowania za wystąpienie zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, uprawnienie każdej z powódek oparte jest na tej samej podstawie faktycznej (śmierć osoby objętej ubezpieczeniem na życie) i prawnej. Okoliczność, że każda z uposażonych jest uprawniona do określonej części odszkodowania (w tym przypadku do 1/2), ani okoliczność, że każda z uposażonych jest uprawniona samodzielnie dochodzić swego świadczenia (nie jest to bowiem współuczestnictwo konieczne) nie zmienia charakteru dochodzonych w niniejszej sprawie świadczeń, które wynikają z tej samej podstawy faktycznej i prawnej.

Jednocześnie zauważyć należy, że zaskarżony wyrok jest niewykonalny w zakresie odsetek zasądzonych od należności głównych, bowiem w punktach I. i II. wyroku od zasądzonych kwot po 20.000 zł Sąd zasądził odsetki nie wskazując przy tym o jakie odsetki chodzi. W zakresie odsetek wyrok nie nadaje się zatem do egzekucji, jednak Sąd Okręgowy nie był uprawniony ingerować w treść rozstrzygnięcia w tym zakresie, bowiem byłoby to działanie na korzyść powódek, które nie wniosły apelacji.

W związku z powyższym w punkcie I. wyroku na podstawie art. 386 § 1 k.p.c. Sąd Okręgowy zmienił zaskarżony wyrok w punkcie III. w ten sposób, że zasądził od pozwanego solidarnie na rzecz powódek kwotę 3.600 zł tytułem zwrotu kosztów procesu z tytułu wynagrodzenia pełnomocnika wraz z odsetkami w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie za czas od dnia uprawomocnienia się wyroku do dnia zapłaty i dodał punkt IV. w którym zasądził od pozwanego na rzecz powódki A. C. (1) kwotę 1017 zł tytułem kosztów procesu wraz z odsetkami w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie liczonymi od kwoty 1000 zł za czas po upływie tygodnia od dnia doręczenia wyroku pozwanemu do dnia zapłaty oraz punkt V. w którym zasądził od pozwanego na rzecz powódki A. C. (2) kwotę 1017 zł tytułem kosztów procesu wraz z odsetkami w wysokości odsetek ustawowych za opóźnienie liczonymi od kwoty

1000 zł za czas po upływie tygodnia od dnia doręczenia wyroku pozwanemu do dnia zapłaty. Sąd Okręgowy miał na względzie, że powódki nie domagały się odsetek od kosztów obejmujących opłatę skarbową od pełnomocnictwa.

W punkcie II. wyroku na podstawie art. 385 k.p.c. w zw. z art. 397 § 3 k.p.c. Sąd Okręgowy oddalił zażalenie powódek w pozostałej części jako bezzasadne.

W punkcie III. wyroku na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Okręgowy apelację pozwanego w całości oddalił jako bezzasadną.

O kosztach postępowania odwoławczego Sąd Okręgowy orzekł w punkcie IV. i na podstawie art. 98 § 1, § 1¹, § 3 k.p.c. w zw. z art. 99 k.p.c. i w zw. z art. 391 § 1 k.p.c. oraz art. 100 zd. 1 k.p.c. w zw. art. 391 § 1 k.p.c. i w zw. z art. 397 § 3 k.p.c. oraz w zw. z § 2 pkt 4 i pkt 5 i § 10 ust. 1 pkt 1 i ust. 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych zasądził od pozwanego na rzecz powódek solidarnie 1.998 zł wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie od dnia uprawomocnienia się rozstrzygnięcia o kosztach postępowania odwoławczego do dnia zapłaty. Na zasądzoną kwotę składa się wynagrodzenie pełnomocnika za reprezentację powódek w postępowaniu przed Sądem II instancji na skutek apelacji pozwanego – 1.800 zł, która to apelacja została w całości oddalona i kwota 198 zł tytułem kosztów postępowania zażaleniowego przy uwzględnieniu, że zażalenie zostało uwzględnione w 36 % ($2.000 \text{ zł} / 5.600 \text{ zł} \times 100\%$) i w tym zakresie powódki są uprawnione do zwrotu poniesionych kosztów, na które składa się opłata sądowa za zażalenie – 100 zł i wynagrodzenie za reprezentację powódek w postępowaniu zażaleniowym – 450 zł, a zatem pozwany winien zwrócić powódkom z tego tytułu kwotę 198 zł ($550 \text{ zł} \times 36\% = 198 \text{ zł}$).

SSO Beata Grzybek