

Sygn. akt IX Ca 306/18

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 czerwca 2018 r.

Sąd Okręgowy w Olsztynie IX Wydział Cywilny Odwoławczy

w składzie:

Przewodniczący:	SSO Ewa Dobrzyńska-Murawka (spr.)
Sędziowie:	SO Agnieszka Żegarska SO Dorota Ciejek
Protokolant:	st. sekr. sąd. Agnieszka Najdrowska

po rozpoznaniu w dniu 27 czerwca 2018 r. w Olsztynie na rozprawie

sprawy z powództwa J. Z.

przeciwko (...) Towarzystwu (...) Spółce Akcyjnej z siedzibą w W.

o zapłatę

na skutek apelacji powoda od wyroku Sądu Rejonowego w Giżycku

z dnia 18 grudnia 2017 r., sygn. akt I C 1186/16,

I. zmienia zaskarżony wyrok w całości w ten sposób, że zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2.106 zł (dwa tysiące sto sześć złotych) oraz kwotę 100 zł (sto złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu;

II. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 100 zł (sto złotych) tytułem zwrotu kosztów procesu za instancję odwoławczą.

Agnieszka Żegarska Ewa Dobrzyńska-Murawka Dorota Ciejek

Sygn. akt IX Ca 306/18

UZASADNIENIE

J. Z. wniósł przeciwko (...) S. A. w W. pozew o zapłatę kwoty 2.106 zł oraz zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu według norm przepisanych. W uzasadnieniu podał, iż zawarł z pozwanym umowę ubezpieczenia na życie, w ramach której pozwany zobowiązał się do wypłaty świadczenia za zdarzenie polegające na pobycie powoda w szpitalu. Pomimo pobytu powoda w szpitalu z powodu nerwicy w dniach 16.08.-28.09.2016 r. pozwany odmówił wypłaty świadczenia. Powód twierdził, iż postanowienie umowne wyłączające odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń powstałych wskutek choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków stanowi niedozwoloną klauzulę umowną, gdyż jest niejasne, niedookreślone i daje zbyt duże pole do interpretacji.

(...) S. A. z siedzibą w W. wniósł o oddalenie powództwa w całości oraz zasądzenie na swoją rzecz kosztów procesu. Pełnomocnik pozwanego twierdził, iż na mocy wskazanej umowy ubezpieczenia towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, o ile zdarzenie ubezpieczeniowe powstało wskutek choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków. Z dokumentacji medycznej powoda wynika natomiast, iż przebywał on w szpitalu w związku z rozpoznaniem zaburzeń lękowo-depresyjnych mieszanych, w związku z czym pobyt ten nie był objęty ochroną ubezpieczeniową.

Wyrokiem z dnia 18 grudnia 2017 r. Sąd Rejonowy w Giżycku oddalił powództwo w punkcie pierwszym oraz nie obciążył powoda kosztami postępowania w sprawie w punkcie drugim.

Powyższe rozstrzygnięcie zapadło na tle następującego stanu faktycznego:

(...) Grup Zawodowych w W. zawarło z pozwanym (...) S.A. w W. umowę grupowego ubezpieczenia na życie potwierdzoną polisą nr (...). Integralną część umowy grupowego ubezpieczenia na życie stanowiły Ogólne Warunki Grupowego (...), Życie OWU (...) Nr (...).

Ochroną ubezpieczeniową na podstawie wskazanej umowy objęty był powód J. Z.. Ubezpieczenie obejmowało okres od dnia 1 maja 2016 r. do dnia 31 grudnia 2017 r. Zakres odpowiedzialności towarzystwa obejmował określone w umowie zdarzenia ubezpieczeniowe, w tym pobyt ubezpieczonego w szpitalu. Zgodnie z postanowieniami Ogólnych Warunków Grupowego (...) towarzystwo nie ponosiło odpowiedzialności, o ile zdarzenie ubezpieczeniowe powstało wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków.

W dniach 16 sierpnia – 28 września 2016 r. powód przebywał w Szpitalu (...)w J. z rozpoznaniem zaburzeń lękowo-depresyjnych mieszanych oznaczonych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (...)10 symbolem (...).

W dniu 30 września 2016 r. powód zgłosił pozwanemu roszczenie z tytułu pobytu w szpitalu. Pismem z dnia 4 października 2016 r. pozwany odmówił zaspokojenia zgłoszonego roszczenia podając, iż jego odpowiedzialność jest wyłączona, jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu nastąpił w wyniku zaburzeń psychicznych. Wniesione przez powoda odwołanie nie zostało uwzględnione.

W tak ustalonym stanie faktycznym Sąd I instancji ocenił, że powództwo nie zasługuje na uwzględnienie.

Powołując się na treść art. 805 § 1 k. c. Sąd Rejonowy wskazał, że poprzez 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. Umowa ubezpieczenia jest umową odpłatną, dwustronnie zobowiązującą - ubezpieczający opłaca składkę w zamian za ochronę ubezpieczeniową, ubezpieczyciel zaś w celu zwolnienia się ze zobowiązania wypłaca świadczenie. Na mocy natomiast art. 805 § 2 k. c. świadczenie ubezpieczyciela z ubezpieczenia osobowego polega w szczególności na zapłacie umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. W polskim systemie prawnym rozróżnia się ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obowiązkowe i dobrowolne. Ubezpieczenia o charakterze ubezpieczeń dobrowolnych, których fakultatywność charakteryzuje się tym, że strony, w granicach przyznanej im swobody (art. 353¹ k.c.), decydują o samym powstaniu stosunku ubezpieczenia, a także jego treści - wysokości sumy gwarancyjnej i zakresie ubezpieczenia.

Następnie Sąd I instancji wskazał, że przepisy przywołanej ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej stanowią, iż umowa ubezpieczenia, ogólne warunki ubezpieczenia oraz inne wzorce umowy winny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Natomiast ogólna zasada dotycząca transparentności (przejrzystości) wzorca umowy została sformułowana w art. 385 § 2 k.c. Nie może zatem ulegać wątpliwości, że w stosunkach z konsumentami ze względu na potrzebę ich ochrony jako słabszego uczestnika transakcji - kwestię braku jednoznaczności w sformułowaniu treści postanowień umownych przepis art. 385 § 2 k.c. nakazuje rozstrzygać na korzyść konsumenta.

Powołując się na treść art. 385¹ § 1 k.c., Sąd I instancji wskazał, że aby uznać dane postanowienie umowne za niedozwolone, należy stwierdzić, że to postanowienie występuje w umowie, w której jedną stroną jest konsument, a drugą przedsiębiorca, nie zostało uzgodnione indywidualnie, w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami kształtuje prawa i obowiązki konsumenta, narusza równowagę między stronami umowy w sposób szczególnie dla konsumenta niekorzystny oraz skutkuje rażącym naruszeniem interesów konsumenta, czyli doprowadza do znacznej dysproporcji w zakresie pozycji kontraktowej stron umowy.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy nie ulegało wątpliwości w ocenie Sądu Rejonowego, że strony łączył stosunek prawny ubezpieczenia stwierdzony polisą nr (...) oraz deklaracją przystąpienia do umowy ubezpieczenia na życie podpisaną własnoręcznie przez powoda w dniu 16 kwietnia 2016 r. Nie był także sporny fakt pobytu powoda w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej w Szpitalu (...) w J. z rozpoznaniem zaburzeń lękowo - depresyjnych mieszanych, co potwierdza przedłożona w sprawie karta informacyjna leczenia szpitalnego.

Określając elementy sporne Sąd Rejonowy wskazał, że powód kwestionował postanowienia umowne zawarte w ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie wyłączające odpowiedzialność pozwanego za pobyt ubezpieczonego w szpitalu powstały wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, gdyż miały one stanowić niedozwolone postanowienia umowne z uwagi na ich niejasność i nieprecyzyjność.

Powód w szczególności wskazywał, że niedozwolony charakter ma postanowienie zawarte w art. XI pkt 2 ppkt 12 Ogólnych Warunków Grupowego (...) OWU (...) Nr (...) stanowiące, iż pozwane towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, o ile zdarzenie ubezpieczeniowe powstało wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków. Istotnie rację ma powód, iż ogólne warunki ubezpieczenia nie zawierają definicji „choroby psychicznej”, „niedorozwoju umysłowego” lub „zaburzeń psychicznych”. W ocenie Sądu I instancji wskazane postanowienie zostało jednak sformułowane w sposób jasny i czytelny dla przeciętnego konsumenta jako osoby dobrze poinformowanej, uważnej i działającej racjonalnie (vide wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 listopada 2013 r., I CSK 87/13, nr Legalis 819318). Nadto zostało sporządzone językiem prostym i zrozumiałym. Zdaniem Sądu Rejonowego zastosowane pojęcia są na tyle jednoznaczne i precyzyjne, że możliwa jest ich interpretacja w odniesieniu do konkretnego stanu faktycznego. Biorąc pod uwagę ustalone w sprawie okoliczności faktyczne nie mogło budzić w ocenie Sądu wątpliwości stwierdzenie, czy pobyt pozwanego w szpitalu związany był z chorobą psychiczną, niedorozwojem umysłowym lub zaburzeniami psychicznymi. Opierając się na treści sporządzonej w sprawie opinii biegłej z zakresu psychiatrii A. B. na okoliczność przyczyn hospitalizacji Sąd Rejonowy wskazał, że powodem hospitalizacji były zaburzenia psychiczne zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych (...)10. W ocenie Sądu Rejonowego nie budziło wątpliwości, iż stanowiły one zaburzenia psychiczne, o których mowa w art. XI pkt 2 ppkt 12 Ogólnych Warunków Grupowego (...).

W ocenie Sądu nie można uznać ww. postanowienia umownego za klauzulę abuzywną. Przede wszystkim w ocenie Sądu I instancji brak jest jakichkolwiek podstaw by stwierdzić, iż jest ono sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interesy powoda jako konsumenta. Powód przystępując do dobrowolnego ubezpieczenia na życie zapoznał się z warunkami umowy ubezpieczenia, w tym ogólnymi warunkami ubezpieczenia, o czym świadczy jego własnoręczny podpis pod deklaracją przystąpienia do umowy ubezpieczenia. Sama okoliczność, iż odpowiedzialność pozwanego jest ograniczona do określonych zdarzeń ubezpieczeniowych, o których powód został poinformowany przed przystąpieniem do ubezpieczenia, nie może oznaczać, iż jest to postanowienie sprzeczne z dobrymi obyczajami, a interesy powoda zostały rażąco naruszone. Wskazano, iż w ramach swobody umów strony mogą ukształtować stosunek prawny według swego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie, ani zasadom współzycia społecznego (art. 353¹ k.c.).

W ocenie Sądu Rejonowego w niniejszej sprawie umowa nie została zawarta z przekroczeniem zasady swobody kontraktowania.

Biorąc pod uwagę powyższego okoliczności, a w szczególności fakt, iż ochroną ubezpieczeniową nie był objęty pobyt pozwanego w szpitalu powstały wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, brak było podstaw do uwzględnienia powództwa, które obejmowało roszczenie z tytułu pobytu w szpitalu w dniach 16 sierpnia 2016 r. – 28 września 2016 r. Z uwagi na powyższe powództwo podlegało oddaleniu w całości.

O kosztach procesu Sąd orzekł na podstawie art. 102 k.p.c. i postanowił nie obciążać powoda kosztami procesu mając na uwadze zarówno charakter niniejszej sprawy jak i sytuację powoda

Apelacją powód zaskarżył powyższe rozstrzygnięcie w całości, zarzucając mu naruszenie prawa materialnego tj. błędne stosowanie art. 385 § 2 i art. 285¹ § 1 kodeksu cywilnego poprzez uznanie, iż ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) używane przez pozwanego przy zawieraniu umów ubezpieczeniowych są sformułowane w sposób jasny czytelny dla przeciętnego konsumenta. Mając powyższe na uwadze pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i zasądzenie od pozwanego na jego rzecz kwoty 2106 złotych, w tym zwrotu kosztów procesu według norm przepisanych.

W uzasadnieniu skarżący podniósł, że Sąd I instancji wadliwie stwierdził, że pojęcia takie jak „choroba psychiczna”, „zaburzenia psychiczne”, „niedorozwój umysłowy” są jasne i czytelne dla przeciętnego konsumenta. Już sam fakt, iż w sprawie wystąpiła konieczność skorzystania z wiedzy specjalisty z zakresu psychiatrii świadczy, iż wiedza przeciętnego konsumenta nie jest wystarczająca albowiem zawarte w OWU pojęcie medyczne nie zawierają klarownych definicji legalnych.

Sąd Okręgowy zważył, co następuje:

Apelacja zasługiwała na uwzględnienie.

Sąd II instancji w wyniku merytorycznego rozpoznania sprawy, ponownie analizując zebrany w sprawie materiał dowodowy, jednocześnie orzekając w granicach zaskarżenia ocenił, że apelacja skarżącego powoda jest zasadna.

Zarzuty zawarte w apelacji koncentrują się na wykazaniu, że Sąd I instancji wadliwie ocenił, że ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) używane przez pozwanego przy zawieraniu umów ubezpieczeniowych są sformułowane w sposób jasny, czytelny dla przeciętnego konsumenta. Z tych względów rozważania te będą ogniskować wokół tych zagadnień.

Stosowanie do treści art. 385 § 2 kpc wzorzec umowy powinien być sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Postanowienia niejednoznaczne tłumaczy się na korzyść konsumenta. Zasady wyrażonej w zdaniu poprzedzającym nie stosuje się w postępowaniu w sprawach o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone.

Wskazana norma prawna wyraża zasadę transparentności (przejrzystości) wzorca, stanowiąc, że powinien być on sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały (por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 2014 r., I CSK 531/13). Przez pojęcie jednoznaczności należy rozumieć brak wątpliwości co do znaczenia postanowień wzorca. Ich interpretacja nie powinna umożliwiać nadania im różnych znaczeń. Do wieloznaczności może prowadzić używanie terminów nieostrych, które pozwalają na formułowanie kilku (zamiast jednej) różniących się od siebie norm, dotyczących zachowania stron stosunku.

Natomiast przy ocenie wymogu zrozumiałości należy uwzględnić użyty przez proponenta język (powszechny, specjalistyczny, poprawność składni), obszerność dokumentu, a także układ graficzny, który może decydować nie tylko o czytelności, ale i zrozumiałości tekstu. Wymóg zrozumiałości wzorca nie jest dopełniony, gdy doręczone dokumenty zawierają „uregulowania niejasne, wieloznaczne, mylące i obiektywnie niezrozumiałe dla przeciętnego adresata (por. Wyrok SN z dnia 12 stycznia 2007 r., Sygn. akt IV CSK 307/06, LEX nr 238967).

Ocena przejrzystości, a więc stopnia jednoznaczności i zrozumiałości wzorca dokonywana jest in abstracto, jednak przy uwzględnieniu właściwości typowego (przeciętnego) kontrahenta, z którym proponent zawiera umowy za

pomocą wzorca. Oznacza to, że wzorzec zrozumiały dla profesjonalisty może zostać uznany za niewystarczająco komunikatywny wobec konsumenta. A zatem, nie są brane pod uwagę możliwości percepcyjne konkretnego podmiotu, lecz ocena dokonywana jest według kryteriów zobiektywizowanych, przez porównanie z typem kontrahenta zgodnym z oczekiwaniami społecznymi.

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy nie może ulegać wątpliwości, że zawarta przez strony umowa ubezpieczenia stanowiła wzorzec umowny w rozumieniu art. 384 § 1 kc, a postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia, w tym w szczególności sporny między stronami art. XI pkt 2 ppkt 12 Ogólnych Warunków Grupowego (...) OWU (...) Nr (...) stanowiący, iż pozwane towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, o ile zdarzenie ubezpieczeniowe powstało wskutek choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych oraz ich skutków, nie spełnia wymogów określonych treścią art. 385 § 2 kc.

Z pewnością postanowienie to ma charakter nieprecyzyjny, przybierając ogólnikowy, nieostry charakter. Brak jest zatem jakichkolwiek podstaw do oceny, że postanowienie to w sposób jednoznaczny wskazywało na okoliczności w wyniku, których odpowiedzialność pozwanego podmiotu zostałaby wyłączona. W szczególności brak jest w treści zawartej umowy, czy też OWU definicji oznaczonych stanów jak „choroba psychiczna”, „niedorozwój umysłowy” czy też „zaburzenia psychiczne” oraz „ich skutki”. Już ze wskazań wiedzy ogólnej wynika, że pojęcia te są różnorodnie określane. Jedynie dla przykładu można przywołać system klasyfikacyjno-diagnostyczny (...) w Stanach Zjednoczonych ((...)) oraz wprowadzenie przez Światową Organizację Zdrowia nowej klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ((...))¹⁰. Skoro nawet na gruncie specjalistycznym, obejmującym wiedzę medyczną pojęcia te są różnorodnie rozumiane, nie można przyjąć, że przeciętny konsument jest w stanie samodzielnie ustalić znaczenie użytych przez pozwanego pojęć, a sformułowania te mają jednoznaczny charakter.

Idąc tokiem rozumowania Sądu Rejonowego, który wskazywał, że pojęcia te są zrozumiałe dla przeciętnego konsumenta, należałoby przyjąć, że także „udar mózgu” czy „zawał serca” nie wymagają definicji, będąc jasne dla przeciętnego konsumenta. Niemniej jednak pozwany pojęcia te na gruncie ogólnych warunków umowy dookreślił (por. art. II p. 44 i 54 OWU).

O niejasności zawartego przez strony postanowienia świadczy także okoliczność, iż w toku postępowania zaistniała konieczność powołania biegłego lekarza specjalisty z zakresu psychiatrii celem ustalenia, czy hospitalizacja powoda w dniach 16 sierpnia 2016 r. do dnia 28 września 2016 r. była związana z chorobą psychiczną, niedorozwojem umysłowym lub zaburzeniami psychicznymi. Co więcej, dowód ten został przeprowadzony w wyniku wniosku dowodowego pozwanego. Oznacza to, że sam pozwany nie był samodzielnie na podstawie zawartych postawień umownych stwierdzić, czy w zaistniałym stanie faktycznym ponosi odpowiedzialność, czy też nie, a co najmniej, nie był co do w pełni przekonany.

Podkreślenia wymaga, że strony zawarły umowę ubezpieczenia, a obowiązkiem ubezpieczyciela wynikającym z art. 805 § 1 kc jest spełnienie określonego świadczenia w razie zajścia przewidzianego umową wypadku. Umowa ubezpieczenia pełni albowiem funkcję ochronną, należąc do kategorii umów szczególnego zaufania. Z tych względów działania kontrahentów powinny być lojalne, a postanowienia umowy jasne, zrozumiałe i jednoznaczne, przy czym spełnienie funkcji ochronnej przez tę umowę wymaga, by przed jej zawarciem ubezpieczający miał świadomość, jakie wypadki nie są objęte ubezpieczeniem lub ograniczają albo wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela. Z tej przyczyny miarodajny dla wykładni jej postanowień jest punkt widzenia tego, kto jest chroniony, a wątpliwości interpretacyjne nie mogą obciążać ubezpieczonego (por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 6 lutego 2015 r., II CSK 295/14). Musi on bowiem już przy zawieraniu umowy wiedzieć dokładnie, co jest przedmiotem ubezpieczenia i jaki jest jego zakres oraz jakie wypadki nie są nim objęte. Z tych względów ogólne warunki ubezpieczenia, które są niejasne, niejednoznaczne, niezrozumiałe, muszą być wykładane na korzyść ubezpieczającego (por. Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 15 stycznia 2016 r., I CSK 122/15).

Biorąc powyższe pod uwagę, nie może budzić wątpliwości, że Sąd Rejonowy wywiódł ostatecznie nieprawidłowe wnioski, iż sporne postanowienia umowy są jednoznaczne i zrozumiałe dla przeciętnego konsumenta, co w

konsekwencji doprowadziło do nieprawidłowej oceny, że w sprawie nie wystąpiły przesłanki do zastosowania art. 385 § 2 kc.

Nie może zatem ulegać wątpliwości, że sporne postanowienie należy interpretować zgodnie z regułą in dubio contra proferentem, co oznacza, że w niniejszej sprawie wyłączenie odpowiedzialności nie nastąpiło, a pozwany jest zobowiązany do zapłaty dochodzonej przez powoda sumy.

Mając na względzie powyższe okoliczności Sąd II instancji działając na podstawie art. 386 § 1 kpc zmienił zaskarżony wyrok w całości w ten sposób, że zasądził od pozwanego na rzecz powoda kwotę 2106 zł oraz kwotę 100 zł tytułem zwrotu kosztów procesu.

O kosztach postępowania apelacyjnego Sąd Okręgowy orzekł na podstawie art. 98 § 1 kpc w związku z art. 28 pkt. 2 ustawy o kosztach sądowych w sprawach cywilnych z dnia 28 lipca 2005 r.

Agnieszka Żegarska Ewa Dobrzyńska – Murawka Dorota Ciejek