



Sygn. akt I CSK 800/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 30 września 2015 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Dariusz Zawistowski (przewodniczący)

SSN Zbigniew Kwaśniewski

SSN Anna Owczarek (sprawozdawca)

Protokolant Ewa Krentzel

w sprawie z powództwa W. K.

przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie [...] S.A. w W.

o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej w dniu 30 września 2015 r.,

skargi kasacyjnej strony pozwanej

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 10 kwietnia 2014 r.,

- I. oddala skargę kasacyjną w zakresie zaskarżającym wyrok Sądu Apelacyjnego co do punktów I, III i IV,**
- II. umarza postępowanie kasacyjne w pozostałym zakresie,**
- III. zasądza od pozwanego na rzecz powoda kwotę 120,- (sto dwadzieścia) zł tytułem zwrotu kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Powód W. K. wniósł o uznanie za niedozwolone i o zakazanie wykorzystywania w obrocie z konsumentami przez pozwanego H. G. Ź. Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. w W., którego następcą prawnym jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie [...] S.A. w W., postanowień wzorca umowy „Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Szpitalnego (symbol SZP)” o treści:

- „Świadczenie z tytułu hospitalizacji przysługuje maksymalnie za okres 90 (dziewięćdziesięciu) dni w każdym rocznym okresie ubezpieczenia” (§ 6 ust. 2 zd. 2);
- „W ramach ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo gwarantuje świadczenia z tytułu zdarzeń określonych w § 3 ust. 2 i 3 na następujących zasadach: świadczenie z tytułu hospitalizacji, które przysługuje Ubezpieczonemu pod warunkiem, że hospitalizacja trwała co najmniej 5 (pięć) dni” (§ 6 ust. 3 pkt 1).

Wyrokiem z dnia 19 kwietnia 2013 r. Sąd Okręgowy w W. – Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów oddalił powództwo.

Sąd ustalił, że H. G. Ź. Towarzystwo Ubezpieczeń i jego następcą prawny Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie [...] S.A. w W. są zakładami ubezpieczeń i w ramach prowadzonej działalności ubezpieczeniowej zawierają z konsumentami umowy grupowego ubezpieczenia na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (ogólne warunki umów o symbolu GUF) połączone z dodatkowymi umowami ubezpieczenia szpitalnego (ogólne warunki umów o symbolu SZP). We wzorcu umowy podstawowej wskazano, że jest zawierana na okres jednego roku i obowiązuje od początku umowy ubezpieczenia, a ochrona ubezpieczeniowa zaczyna się w dniu wskazanym w art. 7, ale nie wcześniej jak po uiszczeniu składki. Umowa, pod pewnymi warunkami, ulega przedłużeniu na okres kolejnego jednego roku. We wzorcu umowy ubezpieczenia szpitalnego zamieszczono postanowienia dotyczące zakresu ochrony ubezpieczeniowej o treści określonej wyżej. Sąd pierwszej instancji ocenił, że pozwany stosując w ramach prowadzonej działalności gospodarczej sporne postanowienia § 6 ust. 2 zd. 2 i § 6 ust. 3 pkt 1 tego wzorca nie naruszył interesów konsumentów, gdyż nie zostały

spełnione przesłanki z art. 385¹ § 1 k.c. Uznał, że wprowadzie takie same postanowienia zawarte w umowach innych zakładów ubezpieczeń zostały uznane za klauzule niedozwolone, ale moc wiążąca i powaga rzeczy osądzonej wyroków wydanych w tym zakresie nie rozciąga się na postanowienia innych wzorców stosowane przez innego przedsiębiorcę, a kontrola abstrakcyjna nie może prowadzić do generalnego wyłączenia danych klauzul z obrotu. Dokonując kwalifikacji prawnej umowy ubezpieczenia jako umowy wzajemnej Sąd wskazał, że świadczeniem głównym ubezpieczającego jest opłata składki, a ubezpieczonego – udzielenie ochrony ubezpieczeniowej. Są to jednocześnie postanowienia przedmiotowo istotne, które w tym wypadku zostały sformułowane w sposób jednoznaczny i świadomie przyjęte przez strony. Opinia biegłego sądowego wykazała, że metodologia kalkulacji składki ubezpieczenia była zgodna z zasadami matematyki ubezpieczeniowej obowiązującej ubezpieczycieli. Podstawą oddalenia powództwa było niespełnienie przesłanek z art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c., tj. zakwestionowanie postanowień umownych, które określają główne świadczenia stron, brak ich sprzeczności z dobrymi obyczajami oraz naruszenia interesu stron o charakterze rażącym.

Wyrokiem z dnia 10 kwietnia 2014 r. Sąd Apelacyjny zmienił powyższe rozstrzygnięcie poprzez uznanie za niedozwolone i zakazanie stosowania postanowienia § 6 ust. 2 zd. 2 wzorca umownego o treści: „Świadczenie z tytułu hospitalizacji przysługuje maksymalnie za okres 90 (dziewięćdziesięciu) dni w każdym rocznym okresie ubezpieczenia” oraz oddalił apelację powoda w pozostałym zakresie. Sąd wskazał na istotne wady uzasadnienia rozstrzygnięcia, w tym co do oznaczenia głównego świadczenia stron, sprzeczność i niezrozumiałą argumentację dotyczącą przyczyn oddalenia powództwa. Stwierdził, że przyjęcie ekwiwalentności świadczeń potwierdzone prawidłowym wyliczeniem składki ubezpieczeniowej nie dowodzi braku niedozwolonego charakteru zaskarżonych postanowień Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Szpitalnego. Podzielił stanowisko powoda, że sporne postanowienia nie dotyczą głównych świadczeń stron umowy ubezpieczenia wskazując, że po stronie ubezpieczającego jest nim świadczenie pieniężne (zapłata składki ubezpieczeniowej) a zakładu ubezpieczeń - spełnienie określonego świadczenia pieniężnego w postaci

umówionego odszkodowania lub innego świadczenia. Oceniał, że postanowienie zawarte w § 6 ust. 2 zd. 2 o.w.u., które przewiduje świadczenie z tytułu hospitalizacji maksymalnie za okres dziewięćdziesięciu dni w każdym rocznym okresie ubezpieczenia rażąco krzywdzi konsumenta oraz narusza dobre obyczaje poprzez co najmniej kreowanie stanu niepewności co do tego, czy konsument uzyska spodziewaną ochronę ubezpieczeniową, zwłaszcza jeżeli okres jego hospitalizacji rozpocznie się w ciągu ostatnich czterech dniach trwania umowy. Interpretacja tego postanowienia może również prowadzić do wniosku, że ogranicza on odpowiedzialność pozwanego do formalnego końca umowy, zatem w wypadku pobytu w szpitalu, którego początek przypadnie na krócej niż dziewięćdziesiąt dni przed formalnym końcem okresu ubezpieczenia rozmiar świadczenia może być niższy i ograniczony do jego różnicy. Przy takim zapisie, stosowanym łącznie z postanowieniem zawartym w § 6 ust. 3 pkt 1 o.w.u., świadczenie może być w ogóle niewypłacone, jeżeli pobyt w szpitalu rozpocznie się na krócej niż pięć dni przed formalnym końcem ubezpieczenia, mimo iż trwałby on do dziewięćdziesięciu dni. Sąd odwoławczy uznał, że takie ukształtowanie § 6 ust. 2 zd. 2 rażąco krzywdzi konsumenta i narusza dobre obyczaje. Wprawdzie definiowanie minimalnego i maksymalnego okresu hospitalizacji jako warunku powstania roszczenia o wypłatę świadczenia jest dopuszczalne, ale istnieje co najmniej niepewność co do tego, czy konsument uzyska we wskazanych okolicznościach spodziewaną ochronę ubezpieczeniową. Sąd ocenił że, po wyeliminowaniu omawianej klauzuli, samodzielnie oceniany § 6 ust. 3 pkt 1 o.w.u. nie ma charakteru abuzywnego, ponieważ przewiduje ograniczenie, że hospitalizacja objęta ochroną ubezpieczeniową musi trwać co najmniej pięć dni, bez odniesienia go do każdorazowego rocznego okresu ubezpieczenia.

Od wyroku Sądu Apelacyjnego pozwany złożył skargę kasacyjną, opartą na podstawie naruszenia prawa materialnego, tj. art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c., zarzucając uchybienie:

- art. 805 k.c. poprzez błędną wykładnię i stwierdzenie, że ochrona ubezpieczeniowa nie jest głównym świadczeniem ubezpieczyciela, wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia;

- art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej poprzez błędną wykładnię i stwierdzenie, że ochrona ubezpieczeniowa nie jest głównym świadczeniem ubezpieczyciela, wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia;
- art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej poprzez błędną wykładnię i stwierdzenie, że ochrona ubezpieczeniowa nie jest głównym świadczeniem ubezpieczyciela, wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia;
- art. 385¹ § 1 k.c. poprzez błędne zastosowanie i uznanie, że postanowienia dotyczące zakresu ochrony ubezpieczeniowej nie stanowią głównego świadczenia stron oraz spełniają inne przesłanki ustawowe wystarczające do uznania ich za niedozwolone;
- art. 18 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej poprzez błędną wykładnię i uznanie, że w sprawie nie zachodziła potrzeba badania wysokości i adekwatności składki ubezpieczeniowej pod kątem wymagań ustawowych.

Pozwany oznaczył zakres zaskarżenia jako wyrok sądu drugiej instancji w całości. Wezwany na rozprawie kasacyjnej do wykazania *gravamen* skarżący cofnął skargę w części dotyczącej oddalenia apelacji powoda. Z tych względów Sąd Najwyższy umorzył postępowanie kasacyjne w tym zakresie (art. 391 § 2 w zw. z art. 398²¹ k.p.c.).

Sąd Najwyższy zważył:

Istota skargi koncentruje się na podstawie naruszenia prawa materialnego, tj. art. 805 k.c., art. 3 ust. 1 i art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (jedn. tekst: Dz.U. 2015, poz. 1206) poprzez błędną wykładnię „i stwierdzenie, że ochrona ubezpieczeniowa nie jest głównym świadczeniem ubezpieczyciela, wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia”. Tak sformułowana podstawa jest oczywiście wadliwa. Po pierwsze skarga nie odróżnia dostatecznie podstaw kasacyjnych i zarzutów. Przyjmuje się, że zarzutem jest każdy rodzaj uchybienia przepisom prawa materialnego lub procesowego powodującego wadliwość postępowania. Nie każdy zarzut może być podstawą

kasacyjną, a jest nim wyłącznie wówczas, gdy dotyczy naruszenia przepisów, o których mowa w art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c., to jest objętych podstawą prawną rozstrzygnięcia. Nie ulega zaś wątpliwości, że żaden z powołanych przepisów nie był podstawą orzekania, bowiem Sąd Apelacyjny odwołał się jedynie do art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c., zgodnie z którym postanowienia określające główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny nie mogą być uznane za niedozwolone postanowienia umowne. Pomijając zasadność przytoczenia tych przepisów, nie odnoszących się poza art. 805 k.c. do praw i obowiązków stron umów ubezpieczenia, wskazać należy, że mogłyby być one przedmiotem kontroli kasacyjnej tylko w wypadku łącznego powołania z zarzutem dokonania błędnej wykładni art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c., co nie miało miejsca. To samo zastrzeżenie dotyczy art. 18 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej, odnośnie do którego wskazano na naruszenie poprzez błędną wykładnię i uznanie, że w sprawie nie zachodziła potrzeba badania wysokości i adekwatności składki ubezpieczeniowej pod kątem wymagań ustawowych. Także ten przepis mógłby być skutecznie przytoczony jedynie w połączeniu z art. 385¹ § 1 zd. 1 k.c. w zakresie odnoszącym się do oceny przesłanki rażącego naruszenia interesów konsumenta. Po drugie – skarga nie odróżnia dostatecznie naruszeń polegających na błędnej wykładni lub niewłaściwym zastosowaniu przepisów prawa materialnego. Wykładnia to interpretacja, czyli odtworzenie intencji ustawodawcy poprzez ustalenie treści i znaczenia danego przepisu, zatem zarzutowi takiego naruszenia musi towarzyszyć wskazanie jego właściwego rozumienia. Natomiast zastosowanie jako postać naruszenia dotyczy subsumcji, czyli niewłaściwego ustalenia związku między faktami a normą prawną, podciągnięcia stanu faktycznego pod inny jak abstrakcyjny zawarty w danej normie. Po trzecie bezprzedmiotowe jest sformułowanie zarzutu odnoszącego się do wadliwości „stwierdzenia, że ochrona ubezpieczeniowa nie jest głównym świadczeniem ubezpieczyciela, wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia”, skoro przedmiotem obecnego postępowania była wyłącznie abstrakcyjna kontrola wzorca umowy pod kątem jego abuzywności dokonywana w zbiorowym interesie konsumentów, będącym emanacją interesu publicznego.

Konsekwentnie kontroli kasacyjnej podlega jedynie zarzut uchybienia art. 385¹ § 1 k.c. poprzez błędne zastosowanie na skutek uznania, że postanowienia dotyczące zakresu ochrony ubezpieczeniowej nie stanowią głównego świadczenia stron oraz spełniają inne przesłanki ustawowe wystarczające do uznania ich za niedozwolone.

W pierwszym rzędzie zatem należy rozważyć, czy Sąd drugiej instancji dokonał prawidłowej kwalifikacji postanowienia wzorca umowy, ograniczającego przysługiwanie świadczeń z tytułu hospitalizacji maksymalnie za okres dziewięćdziesięciu dni w każdym rocznym okresie ubezpieczenia, uznając że nie wskazuje on głównego świadczenia zakładu ubezpieczeń. Przymiot taki przypisał jedynie jego świadczeniu pieniężnemu w postaci umówionego odszkodowania lub innego świadczenia. Pojęcie „główne świadczenia stron” w rozumieniu art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. było wielokrotnie przedmiotem wykładni w piśmiennictwie i orzecznictwie. Wskazano w szczególności, że główne świadczenia stron wyznaczone są przez *essentialia negotii* umów nazwanych, gdyż to one określają najbardziej istotne dla stron zachowanie dłużnika, bezpośrednio zmierzające do zaspokojenia interesu wierzyciela w danym stosunku zobowiązaniowym. W części wypowiedzi podniesiono jednak, że jest tak zazwyczaj, ale nie zawsze. Zauważono, że użycie w ustawie zwrotu „postanowienia określające główne świadczenia stron” przemawia przeciwko ich rozszerzeniu na takie postanowienia, które tylko „dotyczą” głównych świadczeń lub „są z nimi związane” i wskazano, że do tych pierwszych nie należą klauzule określające zasady odpowiedzialności bądź zakres obowiązku naprawienia szkody. Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 16 października 2014 r., III CSK 302/13 (Biul. SN 2014, nr 12, poz. 13) - przyjmując, że klauzula stanowiąca o zakresie odpowiedzialności ubezpieczyciela powinna być traktowana na równi z wysokością kwoty, do której będzie on odpowiadał mimo innej (z reguły wyższej) sumy ubezpieczenia – stwierdził, że zamieszczona w umowie ubezpieczenia majątkowego od szkód wywołanych pożarem klauzula ograniczająca odpowiedzialność ubezpieczyciela poprzez wprowadzenie proporcjonalności jego świadczenia w stosunku do rzeczywistej wartości przedmiotu ubezpieczenia (wartości odtworzeniowej nowej) należy do postanowień umowy określanych jako główne w art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. W wyroku z dnia 2 kwietnia 2015r., I CSK 257/14

(nie publ.) wskazano, że umowna klauzula waloryzacyjna bezpośrednio nie określa świadczenia głównego, tylko wprowadza umowny reżim jego podwyższania. Obowiązek wykładni pronunijnej nakazuje również uwzględnić stanowisko Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (TSUE), wyrażone w związku z interpretacją pojęcia „główny przedmiot umowy” zawartego w art. 4 ust. 2 dyrektywy Rady 93/13/EWG z dnia 5 kwietnia 1993 r. w sprawie nieuczciwych warunków w umowach konsumenckich (Dz.U.L.95), który stanowi, że ocena nieuczciwego charakteru warunków nie dotyczy ani określenia głównego przedmiotu umowy, ani relacji ceny i wynagrodzenia do dostarczonych w zamian towarów i usług, o ile warunki te zostały wyrażone prostym i zrozumiałym językiem. W wyroku z dnia 30 kwietnia 2014 r., C-26/13, Árpád Kásler i Hajnalka Káslerné Rábai v. OTP Jelzálogbank Zrt stwierdzono, że wskazany przepis należy interpretować ten sposób, że wyrażenie „określenie głównego przedmiotu umowy” obejmuje warunek (...) wprowadzony do zawartej między przedsiębiorcą a konsumentem umowy kredytu denominowanego w walucie obcej, który nie był przedmiotem indywidualnych negocjacji, jeżeli zostanie ustalone, iż określa podstawowe świadczenie w ramach danej umowy, które jako takie charakteryzuje tę umowę, przy czym ustalenia tego powinien dokonać sąd odsyłający, biorąc pod uwagę charakter, ogólną systematykę i postanowienia rozpatrywanej umowy, a także jej kontekst prawny i faktyczny. W wyroku z dnia 23 kwietnia 2015 r., C-96/14, Jean-Claude van Hove v. CNP Assurances SA dokonano wykładni wskazanego przepisu uwzględniając dodatkowo treść motywu dwiętnastego dyrektywy, odnoszącego się do umowy ubezpieczenia, w myśl którego umowy ubezpieczenia, które jasno określają ryzyko ubezpieczeniowe (lub zakreślają jego granice) oraz określają odpowiedzialność ubezpieczyciela, nie będą podlegały wskazanej ocenie, ponieważ takie ograniczenia brane są pod uwagę przy obliczaniu składki opłacanej przez konsumenta. Trybunał, odwołując się do swego wcześniejszego orzecznictwa, stwierdził, że transakcja ubezpieczeniowa charakteryzuje się tym, że ubezpieczyciel zobowiązuje się w zamian za uprzednią zapłatę składki do świadczenia ubezpieczonemu, w przypadku realizacji ryzyka ubezpieczeniowego, usługi uzgodnionej przy zawarciu umowy. Orzekł, że warunek ustanowiony w umowie ubezpieczenia (...) jest objęty zakresem wyjątku zawartego

w art. 4 ust. 2 dyrektywy tylko wtedy, gdy sąd odsyłający stwierdzi po pierwsze, że w świetle charakteru, ogólnej systematyki i postanowień całości stosunku umownego, w którą ten warunek się wpisuje, a także kontekstu prawnego i faktycznego tego stosunku, wspomniany warunek określa podstawowy element wspomnianej całości, który jako taki ją charakteryzuje oraz po drugie, że warunek jest sporządzony prostym i zrozumiałym językiem, czyli że jest nie tylko zrozumiały dla konsumenta pod względem gramatycznym, ale też że umowa wyjaśnia w sposób przejrzysty konkretne funkcjonowanie mechanizmu, do którego odnosi się dany warunek, a także stosunek pomiędzy tym mechanizmem a mechanizmem przewidzianym w innych warunkach, tak aby konsument był w stanie przewidzieć, w oparciu o jednoznaczne i zrozumiałe kryteria, konsekwencje ekonomiczne, jakie wynikają dla niego ustanowienia tego mechanizmu.

Sąd Najwyższy podkreśla, że kwalifikacja postanowień określających główne świadczenia stron powinna być dokonywana w odniesieniu do indywidualnych okoliczności danej sprawy. Zakład ubezpieczeń na podstawie umowy ubezpieczenia świadczy usługę udzielenia ochrony ubezpieczonemu, ponosząc ryzyko zapłaty w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego, ale gdy do niego dojdzie wypełnienie zobowiązania następuje poprzez zapłatę sumy pieniężnej, która staje się świadczeniem głównym. W wyroku z dnia 10 października 2000 r., V CKN 97/00 (OSNC 2001, nr 3, poz. 46), wydanym w sprawie przeciwko zakładowi ubezpieczeń o zapłatę kosztów leczenia, w tym szpitalnego, na podstawie umowy międzynarodowego ubezpieczenia kosztów leczenia Sąd Najwyższy stwierdził, że wypadkiem ubezpieczeniowym jest zachorowanie lub nieszczęśliwy wypadek, a poniesione w związku z tym koszty są przedmiotem ubezpieczenia. Istota wątpliwości w obecnej sprawie polega jednak na tym, czy za postanowienie wzorca wyznaczające główne świadczenie zakładu ubezpieczeń można uznać także taką klauzulę, która dookreśla zakres obowiązku świadczenia poprzez wprowadzenie jego ograniczeń limitowanych terminem hospitalizacji. Rozstrzygnąć je należy odmiennie jak twierdzi skarżący. Warunki, mające charakter posiłkowy względem postanowień umowy definiujących samą istotę obowiązku dłużnika z danego stosunku prawnego, nie mogą być objęte pojęciem głównych świadczeń w rozumieniu art. 385¹ § 1 zd. 2 k.c. Sporne postanowienie nie

charakteryzuje bowiem i nie oznacza zobowiązania dłużnika, tylko go „dotyczy” stanowiąc jedno z wielu ograniczeń zakresu obowiązku świadczenia, ciężącego na zakładzie ubezpieczeń w wypadku zaistnienia wypadku ubezpieczeniowego. Nie można mu także przypisać znaczenia podstawowego w omawianym stosunku prawnym.

Mimo pewnych uproszczeń i niedostatków w sferze motywacyjnej zaskarżonego rozstrzygnięcia Sąd Apelacyjny trafnie uznał również, że wskazana klauzula nie spełnia kryterium zrozumiałości oraz jasności. Ani wzorzec podstawowej umowy grupowego ubezpieczenia na życie związanego z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ani dodatkowej umowy ubezpieczenia szpitalnego nie zawierają definicji zwrotu „każdy roczny okres ubezpieczenia”, a jego zakres pojęciowy budzi uzasadnione wątpliwości w świetle tych ich postanowień, które odróżniają zawieranie umowy na jeden rok od jej obowiązywania wyznaczanego różnymi kryteriami, tj. początkiem umowy ubezpieczenia, wskazanym dniem, datą uiszczenia składki oraz przewidują przedłużenie „na okres kolejnego jednego roku”. Nie jest czytelna także relacja między minimalnym i maksymalnym terminem hospitalizacji a zakończeniem każdego okresu rocznego. Tak sformułowane postanowienie narusza wymóg transparentności treści wzorca, który wymaga jednoznaczności sformułowań, prowadzącej do jedynej możliwej ich interpretacji przez przeciętnego, typowego konsumenta (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 2014 r., I CSK 531/13, nie publ.).

Nie stanowi wystarczającej podstawy dla podważenia tej oceny twierdzenie pozwanego, że w wypadku zajścia obu ograniczeń, przewidzianych w § 6 ust. 2 zd. 2 i § 6 ust. 3 pkt 1 o.w.u., uznałby iż nie mają one łącznego zastosowania. Podzielić należy stanowisko wyrażone przez Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 13 kwietnia 2012 r., I CSK 428/11 (G.Prawna 2012, nr 75), w myśl którego każde niekorzystne dla konsumenta postanowienie wzorca, nawet nie wykorzystywane przez profesjonalistę, wpływa negatywnie na jego sytuację kontraktową.

Chybiony jest także zarzut naruszenia art. 385¹ § 1 k.c. poprzez zastosowanie na skutek błędnego uznania, że spełnione zostały pozostałe wymogi

abuzywności przedmiotowej klauzuli. Stanowisko judykatury w przedmiocie sposobu rozumienia przesłanek oznaczonych w tym przepisie jest jednolite. Przyjmuje się, że przez działanie wbrew dobrym obyczajom należy rozumieć wprowadzanie do wzorca klauzul umownych, które godzą w równowagę kontraktową stron takiego stosunku, a rażące naruszenie interesów konsumenta oznacza nieusprawiedliwioną na niekorzyść konsumenta dysproporcję praw i obowiązków stron (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 13 lipca 2005 r., I CK 832/04, Biul. SN 2005, Nr 11, poz. 13, z dnia 3 lutego 2006 r., I CK 297/05, Biul. SN 2006, nr 5-6, poz. 12, z dnia 29 sierpnia 2013 r., I CSK 660/12, nie publ.). Rażące naruszenie interesów konsumenta zazwyczaj stanowi naruszenie dobrych obyczajów, zachowanie sprzeczne z dobrymi obyczajami nie zawsze rażąco narusza te interesy, ale dla zastosowania art. 385¹ § 1 k.c. muszą być spełnione kumulatywnie (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 13 października 2010 r., I CSK 694/09, nie publ.). Ocena rzetelności określonego postanowienia wzorca umownego wymaga przeprowadzenia przez sąd weryfikacji jego „przyzwoitości”, polegającej na zbadaniu, czy postanowienie wzorca jest sprzeczne z ogólnym wzorcem zachowań przedsiębiorców wobec konsumentów oraz jak wyglądałyby prawa lub obowiązki konsumenta w sytuacji, w której postanowienie to nie zostałoby zastrzeżone; jeżeli bez tego postanowienia znalazłby się on - na podstawie ogólnych przepisów - w lepszej sytuacji, należy uznać je za nieuczciwe (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 marca 2007 r., III SK 21/06, OSNP 2008, nr 11-12, poz. 181). Sąd drugiej instancji przekonywująco umotywował stanowisko w zakresie przyjęcia, że spełnione zostały przesłanki rażącego pokrzywdzenia konsumenta i naruszenia dobrych obyczajów. Trafnie wskazał, że jakkolwiek – co do zasady - dopuszczalne jest oznaczenie maksymalnego okresu hospitalizacji limitującego obowiązek świadczenia pieniężnego zakładu ubezpieczeń, to w odniesieniu do ocenianego wzorca istnieje co najmniej niepewność co do tego, czy i kiedy konsument uzyskałby spodziewaną ochronę ubezpieczeniową. Taka niejasna treść wzorca wiąże się z ryzykiem narażenia konsumenta na szkodę wynikającą z niezyskania świadczenia pomimo zajścia wypadku ubezpieczeniowego (hospitalizacji).

Z tych względów Sąd Najwyższy, uznając skargę kasacyjną w omawianym zakresie za bezzasadną, na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. orzekł jak w sentencji. O kosztach postępowania kasacyjnego orzeczono w oparciu o zasadę odpowiedzialności za wynik sprawy (art. 98 k.p.c. w zw. z art. 391 § 1 i art. 398²¹ k.p.c.).

eb