

Beata Mrozowska, Aldona Wnęk

# Zakres ochrony w grupowych ubezpieczeniach na życie udzielanej w trybie stosowania uproszczonego underwritingu a świadczenie główne

---

Pozyskiwanie ochrony ubezpieczeniowej w ramach umów grupowych dotyczy coraz liczniejszych jednostek. Oferowane ubezpieczenia grupowe różnią się od ubezpieczeń zawieranych w formie indywidualnych umów. W szczególności specyfika ta dotyczy określenia świadczenia głównego należnego z umowy i zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz zakresu wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela. Oferowanie klientom ochrony ubezpieczeniowej w formie ubezpieczeń grupowych jest realizowane przy stosowaniu uproszczonych procedur underwritingu. Ze względu na sposób i okoliczności oferowania ochrony ubezpieczeniowej, ocena ryzyka ubezpieczeniowego w ubezpieczeniach grupowych nie obejmuje szczegółowych informacji o ubezpieczanej osobie oraz ich szczegółowej analizie. Ryzyko ocenia się na podstawie danych dotyczących całości potencjalnej grupy, przekazanych przez ubezpieczającego na etapie przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Kluczowa zatem jest odpowiedź na pytania, czy zawarte w warunkach ubezpieczenia wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej określają zakres świadczenia głównego oraz czy stosowana praktyka przystępowania do ubezpieczeń grupowych stanowi jednocześnie formę oceny ryzyka ubezpieczeniowego i, w konsekwencji, jaki może być zakres kontroli postanowień umownych przez organy ochrony konsumentów.

**Słowa kluczowe:** świadczenie główne, zakres ubezpieczenia, ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia grupowe, wyłączenia odpowiedzialności, underwriting, ocena ryzyka.

---

## 1. Wprowadzenie

Sposób, zakres i zasady stosowania w ubezpieczeniach grupowych na życie tzw. uproszczonego *underwritingu* są niezmiernie istotne dla funkcjonowania rynku ubezpieczeniowego. Uproszczony *underwriting* jest stosowany przez wszystkie zakłady ubezpieczeń oferujące ubezpieczenia w formie grupowej, w szczególności w *bancassurance*. Przystępowanie przez klientów do grupowych umów ubezpieczenia jest realizowane przy stosowaniu uproszczonych procedur, odbiegających w znaczący sposób od zasad obowiązujących przy zawieraniu indywidualnych umów ubezpieczenia. W przypadku umów grupowych, ocena ryzyka ubezpieczeniowego dokonywana jest przez ubezpieczyciela na podstawie danych dotyczących całości potencjalnej grupy, przekazanych przez ubezpieczającego na etapie przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Należy także zwrócić uwagę na ważną okoliczność, że ubezpieczenie grupowe charakteryzuje się szeroką dostępnością do ochrony ubezpieczeniowej, oferowanej dla wszystkich członków grupy. Ocena ryzyka i wyliczenie składki – ujednoliconej dla członków całej grupy – również odbywają się na podstawie ograni-

czonych informacji, co wpływa na ujednoczenie sum ubezpieczenia i zakresu świadczeń dla całej grupy lub dla poszczególnych wariantów ubezpieczenia.

Umowy ubezpieczenia grupowego zawierane są najczęściej przez zakłady pracy, instytucje finansowe (*bancassurance*), grupy otwarte prowadzone przez stowarzyszenia i inne podobne podmioty. Dlatego też podstawową kwestią, odgrywającą niebagatelną rolę w procesie organizowania przystępowania do grupowego ubezpieczenia, jest samo **miejsce zbierania informacji**. Klienci, czy też w szczególności pracownicy, nie czują się komfortowo, gdy muszą przekazywać informacje dotyczące nałogów, stylu życia czy stanu zdrowia w okolicznościach, które towarzyszą przystępowaniu do umów grupowych. Przekazywanie odrębnych ankiet i kwestionariuszy przez potencjalnych ubezpieczonych byłoby z kolei bardzo czasochłonne, kosztowne i obciążone dużym ryzykiem uzyskania nieprawidłowych danych lub braku możliwości ich uzyskania, co wpływałoby na właściwą ocenę ryzyka i w rezultacie niespełnienie przez te ubezpieczenia swojej funkcji.

Dlatego też zakłady ubezpieczeń, zdając sobie sprawę, że tradycyjne metody oceny ryzyka zawodzą ze względu na opisane powyżej okoliczności, starają się konstruować produkt ubezpieczeniowy zgodnie z oczekiwaniami klientów i jednocześnie wypełnić ustawowe obowiązki dotyczące przeprowadzenia właściwej oceny ryzyka. Nie należy zapominać, że sami ubezpieczający wymagają, aby proces przystępowania do umowy grupowej był prosty i łatwy do zorganizowania zarówno dla nich, jak i dla ubezpieczanych osób. Procedury *underwritingowe* związane z przeprowadzaniem badań medycznych, konieczność wypełniania obszernych ankiet w warunkach ubezpieczeń grupowych nie dają możliwości promowania tych ubezpieczeń. Zatem w wyniku zapotrzebowania rynkowego, powstały **produkty, które poprzez określenie zakresu ubezpieczenia, eliminują konieczność zbierania szczegółowych informacji o ubezpieczanej osobie oraz przeprowadzania ich szczegółowej analizy**.

Praktyka ta jednak zaczęła być kwestionowana zarówno w doktrynie, jak i orzecznictwie sądowym<sup>1</sup>. Uwagi krytyczne były także zgłaszane przez Rzecznika Ubezpieczonych. W rezultacie zakłady ubezpieczeń, starając się z jednej strony zachować uproszczone procedury postępowania dla umów grupowych, co jest oczekiwaniem rynku, a z drugiej strony uwzględniając zapadłe wyroki, przebudowały i dostosowały do zmienionej sytuacji prawnej swoją ofertę produktową.

W artykule autorki skoncentrują się na analizie dwóch podstawowych kwestii: czy określone w warunkach ubezpieczenia wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej określają zakres świadczenia głównego oraz czy stosowana praktyka przystępowania do ubezpieczeń grupowych stanowi jednocześnie formę oceny ryzyka ubezpieczeniowego i w konsekwencji, jaki może być zakres kontroli postanowień umownych przez organy ochrony konsumentów. Omówiona zosta-

<sup>1</sup> M.in. klauzula nr 3456 w rejestrze niedozwolonych postanowień ([http://uokik.gov.pl/rejestr\\_klauzul\\_niedozwolonych2.php/](http://uokik.gov.pl/rejestr_klauzul_niedozwolonych2.php/))

nie także problematyka związana z przyjętą procedurą obejmowania ochroną ubezpieczeniową, a w szczególności znaczenie prawne zadawanych pytań, czyli uzyskiwania informacji o klientach w trakcie tej procedury.

### 2. Zakres kontroli postanowień umownych przez organy ochrony konsumentów

Na wstępie należy przypomnieć, jaki jest zakres kontroli postanowień umownych z punktu widzenia przeciwdziałania praktykom naruszającym zbiorowe interesy konsumentów. Zgodnie z przepisem art. 24 ust. 1 i 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów<sup>2</sup>, przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy, w szczególności:

- a) stosowanie postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, o którym mowa w art. 479<sup>45</sup> ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego<sup>3</sup>;
- b) naruszanie obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji;
- c) nieuczciwe praktyki rynkowe lub czyny nieuczciwej konkurencji.

Pojęcie niedozwolonych klauzul umownych zostało zdefiniowane w art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Według definicji kodeksowej za niedozwolone postanowienia umowy zawieranej z konsumentem uznaje się postanowienia, które spełniają łącznie następujące przesłanki:

- 1) występują w umowie z konsumentem;
- 2) nie są uzgodnione indywidualnie z konsumentem; pojęcie indywidualnego uzgodnienia umowy przez konsumenta rozumiane jest jako możliwość wywierania realnego wpływu na treść poszczególnych postanowień umowy, a więc możliwość takiego kształtowania treści umowy, które prowadzi do dokonania zmian w przedstawionym konsumentowi wzorcu umownym. Ciężar wykazania, że postanowienia umowy zostały z konsumentem indywidualnie uzgodnione obciąża tę stronę, która powołuje się na ten fakt. Zgodnie z doktryną<sup>4</sup> oraz orzecznictwem<sup>5</sup> **nie jest wystarczające uzyskanie podpisu konsumenta pod zaproponowanym oświadczeniem, że postanowienia umowy zostały wynegocjowane, o ile w rzeczywistości konsument nie miał na nie wpływu;**
- 3) kształtują prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami; za sprzeczne z dobrymi obyczajami uznaje się te działania, których celem lub skutkiem będzie niedoinformowanie, wykorzystanie

---

<sup>2</sup> Ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331 z późn. zm.).

<sup>3</sup> Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.

<sup>4</sup> E. Łętowska, *Prawo umów konsumenckich*, Warszawa 2002, wyd. 2, s. 339.

<sup>5</sup> W wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z 20 lipca 2006 r., XVII Amc 9/06, Sąd zakwestionował jako abuzywną klauzulę umowy w następującym brzmieniu: „Oświadczam, że zapoznałem się i wynegocjowałem treść niniejszej umowy”.

niewiedzy lub naiwności konsumenta, wywołanie błędnego przekonania u konsumenta, czy też nierówne ukształtowanie pozycji kontraktowych stron, które łącznie można określić mianem postępowania nieuczciwego, nierzetelnego i odbiegającego od przyjętych w danych stosunkach standardów postępowania;

- 4) rażąco naruszają jego interesy; jest to przesłanka o charakterze subiektywnym, której ocena należy każdorazowo do sądu. O rażąco naruszeniu interesów możemy mówić, jeśli istnieje nieusprawiedliwiona dysproporcja praw i obowiązków na niekorzyść konsumenta, jak również w sytuacji znacznego odchylenia przyjętego uregulowania od zasady uczciwego wyważania praw i obowiązków<sup>6</sup>.

Kodeks cywilny w art. 385<sup>3</sup> w pewnej mierze precyzuje przytoczoną powyżej definicję i wskazuje przykładowo 23 klauzule, które są uznane za niedozwolone, przy czym jest to katalog otwarty. Jednocześnie w doktrynie<sup>7</sup> uważa się, że postanowienia wymienione w wyżej wspomnianym przepisie nie zawsze są postanowieniami abuzywnymi. Jest to uzależnione od interpretacji danego stosunku umownego. Klauzule wymienione w art. 385<sup>3</sup> k.c. nie są, jako takie, zabronione w obrocie ani powszechnym, ani konsumenckim, a jedynie mogą zostać uznane za niedozwolone wobec konsumentów, jeżeli spełniają określone przesłanki.

Należy podkreślić, iż zarzut abuzywności nie może być zgłoszony wobec postanowień określających główne świadczenia stron, w tym ceny lub wynagrodzenia, jeżeli zostały one sformułowane w sposób jednoznaczny. **W przypadku umów ubezpieczenia za główne świadczenia stron, co do zasady, należy uznać ochronę ubezpieczeniową oraz składkę, zaś w przypadku nieuznania umowy ubezpieczenia za umowę wzajemną przyjmuje się, że głównymi świadczeniami w umowie ubezpieczenia są: spełnienie świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku oraz składka.**

Poniżej autorki przedstawiają argumenty przemawiające za uznaniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej, czyli określenia dóbr i ryzyk, od jakich dobra te są chronione, wyłączeń odpowiedzialności oraz ryzyka zapłaty świadczenia w razie zajścia wypadku – za świadczenie główne zakładu ubezpieczeń.

### 3. Zakres ubezpieczenia – co stanowi świadczenie główne stron w umowie ubezpieczenia

Przepisy kodeksu cywilnego zawierają regulację dotyczącą wzorców umownych (np. ogólnych warunków ubezpieczenia), które wykorzystywane są przy zawieraniu umów z konsumentami. Zgodnie z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., niedozwolone postanowienia umowne (tzw. klauzule abuzywne) to nieuzgodnione indywidualnie z konsumentem postanowienia umowne, które nie wiążą go, jeżeli

<sup>6</sup> Wyrok SA z 26 kwietnia 2006 r. (VI ACa 1209/05).

<sup>7</sup> Cz. Żuławska, (w:) *Komentarz do kodeksu cywilnego*, red. G. Bieniek, *Księga trzecia. Zobowiązania*, t. 1, wyd. 6, Warszawa 2005, s. 149.

kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy. **Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeśli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny** (zd. drugie § 1). Oznacza to, że regulacje dotyczące niedozwolonych postanowień umownych nie będą miały zastosowania do postanowień umowy lub wzorca umownego, jeżeli przedmiotem tych postanowień są kwestie związane ze świadczeniem głównym stron w ramach danego stosunku prawnego. Innymi słowy, postanowienia dotyczące głównych świadczeń stron, o ile spełnią powyższe warunki, nie będą mogły zostać uznane za klauzule abuzywne.

Należy wziąć pod uwagę wspomniane wyżej dodatkowe warunki, o których mówi ustawodawca, od spełnienia których zależy, czy postanowienia określające główne świadczenia stron będą mogły zostać uznane za klauzule abuzywne. Chodzi tutaj przede wszystkim o **jednoznaczne sformułowanie (zasada transparentności) postanowień, których przedmiotem są świadczenia główne stron w ramach danego stosunku prawnego**. Pojęcie „jednoznaczności” odnosi się do treści wzorca, czyli użytych sformułowań, które powinny być jasne, niebudzące wątpliwości, zrozumiałe także dla przeciętnego konsumenta<sup>8</sup>. Jednakże jednoznaczność postanowień umownych nie oznacza, że zakazane jest używanie w treści umów pojęć nieostrych, wymagających wypełnienia treścią, bowiem jest to w przypadkach niektórych umów niemożliwe<sup>9</sup>. Nieostrość sformułowania może w pewnych przypadkach budzić wątpliwości interpretacyjne, wobec czego **należy w takich sytuacjach stosować regułę interpretacyjną, która nakazuje tłumaczenie takich postanowień na korzyść konsumenta**. Rozwijając dalej ten wątek należy stwierdzić, że **pojęcie „jednoznaczny” odnosi się do poziomu przeciętnego odbiorcy**, przy uwzględnieniu okoliczności, czy będzie nim konsument, czy przedsiębiorca.

Jeżeli chodzi o określenie, co stanowi świadczenie główne w umowie ubezpieczenia, to należy powołać 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. W § 2 tego przepisu ustawodawca wskazuje na świadczenie ubezpieczyciela w ubezpieczeniach majątkowych oraz ubezpieczeniach osobowych. Zgodnie z tym przepisem, świadczenie ubezpieczyciela polega, w szczególności, na zapłacie:

- a) przy ubezpieczeniu majątkowym – określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku;
- b) przy ubezpieczeniu osobowym – umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej.

---

<sup>8</sup> K. Osajda, P. Mikłaszewicz, *Kodeks Cywilny – komentarz*, art. 385, wyd. 5 on line.

<sup>9</sup> Wyrok SN z 16 października 2002 r. (IV CKN 1337/00), LEX nr 78362.

Przytoczoną definicję umowy ubezpieczenia, zawartą w k.c., należy odczytywać łącznie z art. 12 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej<sup>10</sup>, który stanowi, że zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym. Tym samym, można skłaniać się do stanowiska, że świadczeniem ubezpieczyciela nie jest tylko zapłata odszkodowania, umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, ale również **samo udzielenie ochrony ubezpieczeniowej**, które należy rozumieć jako stałe ponoszenie ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Zatem istotną treść stosunku prawnego ubezpieczenia stanowią: obowiązek ubezpieczającego i obowiązek ubezpieczyciela do spełnienia świadczenia pieniężnego i odpowiadającego każdemu z obowiązków uprawnienie drugiej strony<sup>11</sup>. Obowiązkami tymi są: opłacanie składki ubezpieczeniowej przez ubezpieczającego i wypłata świadczenia ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela. Obowiązek zapłaty składki jest bezwarunkowy, natomiast obowiązek wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego uzależniony jest od wystąpienia wypadku (zdarzenia) ubezpieczeniowego. Warto także przytoczyć treść art. 3 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, zgodnie z którym: „Przez działalność ubezpieczeniową rozumie się wykonywanie czynności ubezpieczeniowych związanych z oferowaniem i udzielaniem ochrony na wypadek ryzyka wystąpienia skutków zdarzeń losowych”, która wyraźnie odwołuje się do teorii ryzyka jako świadczenia zakładu ubezpieczeń.

Sformułowana wyżej **definicja umowy ubezpieczenia wskazuje na zobowiązanie ubezpieczyciela do ponoszenia ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku**<sup>12</sup>. Ubezpieczyciel, świadcząc ochronę ubezpieczeniową, bierze na siebie ryzyko powstania obowiązku zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (zdarzenia ubezpieczeniowego). Świadczenie ubezpieczyciela, rozumiane jako zapewnienie ochrony ubezpieczeniowej, spełnia również to wymaganie. Ubezpieczony może żądać, w rozumieniu art. 353 k.c., ochrony, a więc wiąże go z ubezpieczycielem stosunek obligacyjny, w którego ramach ubezpieczony jest wierzycielem, a ubezpieczyciel dłużnikiem. Na tej podstawie ubezpieczony może żądać ochrony ubezpieczeniowej, wyrażającej się w szczególności w wypłacie określonej sumy pieniężnej w razie zajścia zdarzenia wskazanego w umowie, przy jednoczesnym braku przesłanek wyłączających obowiązek zapłaty. Wystąpienie wypadku nie wpływa na istnienie więzi prawnej między dłużnikiem a wierzycielem, a jedynie aktualizuje wynikające z niej prawa wierzyciela i obowiązki dłużnika. Przyjęta koncepcja prowadzi do wniosku, że umowa ubezpie-

<sup>10</sup> Ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. z 2010 r., Nr 11, poz. 66, z późn. zm.).

<sup>11</sup> M. Łohutko, *Deklaracja ryzyka ubezpieczeniowego*, Prawo Asekuracyjne 1999, nr 4; M. Orlicki, *Roszczenie o zapłacenie składki za czas, w którym nie była świadczona ochrona ubezpieczeniowa*, Prawo Asekuracyjne 2006, nr 1.

<sup>12</sup> Wyrok SN z 18 listopada 2009 r. ( II CSK 257/09), LEX nr 551104;

czenia jest umową wzajemną<sup>13</sup>. Świadczenia stron wyznaczają oś konstrukcyjną stosunku prawnego, stanowiąc punkt centralny dla rozbudowanej siatki praw i obowiązków obligacyjnych obu stron. Ubezpieczony płaci składkę w celu uzyskania ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczyciel udziela ochrony w zamian za składkę. Żadna ze stron nie zawarłaby umowy bez uzyskania świadczenia kontrahenta. Wymiana świadczeń pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia, pomimo że nie jest bezpośrednia, niewątpliwie zachodzi. Powyższe stanowisko znajduje potwierdzenie w przepisach art. 813 § 1 i art. 814 § 2 k.c., które przewidują zależność między wysokością składki a czasem trwania ochrony. Podobnie przepis art. 816 k.c. wyraźnie wskazuje uzależnienie ceny (wysokości składki) od prawdopodobieństwa wystąpienia wypadku. Istotna zmiana tego prawdopodobieństwa oznacza zmianę relacji świadczeń pomiędzy stronami w trakcie trwania stosunku ubezpieczeniowego.

Powyższa analiza prowadzi do wniosku, że zakres ochrony ubezpieczeniowej określony w ogólnych warunkach ubezpieczenia i odpowiadająca mu według taryfy stawek składka stanowią *essentialia negotii* umowy ubezpieczenia (przedmiotowo istotnych postanowień umownych). Jako elementy konstrukcyjne umowy muszą być one przedmiotem uzgodnień stron<sup>14</sup>. **Świadczeniem głównym w ramach umowy ubezpieczenia jest ponoszenie ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku (a więc udzielanie ochrony ubezpieczeniowej)**<sup>15</sup>. Z uwagi na fakt, że umowa ubezpieczenia pełnić ma przede wszystkim funkcję ochronną<sup>16</sup>, należy uznać, że samo udzielanie ochrony przez ubezpieczyciela, powiązane z możliwością wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie zajścia określonego w umowie wypadku, stanowi świadczenie główne w ramach tego stosunku prawnego.

Warto przytoczyć stanowisko Sądu Najwyższego wyrażone w uzasadnieniu wyroku z 29 czerwca 2007 r. (III CZP 62/07), w którym SN stwierdził, że „pojęcie *postanowień określających główne świadczenia stron należy rozumieć wąsko, jako obejmujące jedynie klauzule wprost odnoszące się do obowiązku głównego realizowanego w ramach umowy, poprzez określenie jego zakresu*”.

Zakres ubezpieczenia, określony w umowie, wskazuje wykaz ryzyk, będących przedmiotem ubezpieczenia<sup>17</sup>. Wykaz ryzyk należy rozumieć w sensie negatywnym i pozytywnym. Rozumiemy przez to, że umowa wskazuje przedmiot (życie lub zdrowie) ubezpieczenia, zakres (określenie wypadków, w razie wystąpienia których ubezpieczyciel udziela ubezpieczonemu ochrony), a także

<sup>13</sup> Ł. Węgrzynowski, *Ekwiwalentność świadczeń w umowie wzajemnej*, rozdz. 2 i 4, Warszawa 2011; K. Malinowska, *Wzajemność umowy ubezpieczenia w świetle orzecznictwa, ustawodawstwa i doktryny*, Prawo Asekuracyjne 2009, nr 3.

<sup>14</sup> E. Łętowska, M. Bednarek, *System Prawa Prywatnego*, t. 5, Prawo zobowiązań – część ogólna, wyd. 2, s. 757.

<sup>15</sup> A. Wnęk, *Główne świadczenia stron*, Miesięcznik Ubezpieczeniowy 2011, nr 2; wyrok NSA w Warszawie z 19 stycznia 2012 r. (II FSK 2746/11), LEX nr 1113626.

<sup>16</sup> Wyrok SN z 26 stycznia 2006 r. (V CSK 90/05), LEX nr 195430.

<sup>17</sup> M. Łohutko, *Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń w ubezpieczeniach osobowych*, Prawo Asekuracyjne 2007, nr 2, s. 33.

wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej. Umowa ubezpieczenia posługuje się pojęciami, które zostały zdefiniowane na potrzeby umowy – wówczas potoczne rozumienie tego pojęcia będzie miało drugorzędne znaczenie. Poprzez określenie przedmiotu ubezpieczenia oraz wprowadzenie listy wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciel określa warunki, kiedy następuje zajście **wypadku ubezpieczeniowego, skutkujące powstaniem obowiązku wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego**<sup>18</sup>.

W ubezpieczeniach na życie wyłączenia odpowiedzialności przede wszystkim dotyczą takich zdarzeń, które wystąpiły już przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Na przykład ubezpieczyciel wyłącza odpowiedzialność za ryzyko chorób, które wystąpiły przed zawarciem umowy<sup>19</sup>. Wynika to z faktu, że ubezpieczyciel nie może ponosić odpowiedzialności za zdarzenia, które zaszły przed rozpoczęciem okresu ochrony ubezpieczeniowej, gdyż prawdopodobieństwo wypłaty świadczeń jest równe pewności, że będzie miało miejsce. Trudno w takiej sytuacji mówić o ryzyku wystąpienia zdarzenia.

Zgodnie z art. 806 k.c. umowa ubezpieczenia jest nieważna, jeżeli zajście przewidzianego w umowie wypadku nie jest możliwe, a objęcie ubezpieczeniem okresu poprzedzającego zawarcie umowy jest bezskuteczne, jeżeli w chwili zawarcia umowy którakolwiek ze stron wiedziała lub przy zachowaniu należytej staranności mogła się dowiedzieć, że wypadek zaszedł lub że odpadła możliwość jego zajścia w tym okresie. Oznacza to, w przypadku ubezpieczeń dotyczących ciężkich chorób, że jeśli dana choroba wystąpiła przez rozpoczęciem okresu ubezpieczenia lub trwa nadal w okresie ubezpieczenia (np. choroba nowotworowa) nie może zostać ona objęta jego zakresem, ponieważ byłoby to bezskuteczne na gruncie powołanego przepisu. Natomiast możliwe jest wielokrotne występowanie pewnych chorób, np. zawału serca, udaru, nowotworu, nawet w bardzo odległym horyzoncie czasowym. Może zaistnieć sytuacja, że choroba, która wystąpiła nawet wiele lat przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia, zostanie ponownie zdiagnozowana w okresie objętym ubezpieczeniem<sup>20</sup>. Pomiń, że jest to odrębne zdarzenie, ryzyko jego wystąpienia jest diametralnie wyż-

<sup>18</sup> M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia* (art. 805 do 834 k.c. Komentarze), Warszawa 2004.

<sup>19</sup> J. Nawracała, *Ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ryzyk, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia (na przykładzie klauzuli wpisanej do rejestru niedozwolonych postanowień pod nr 3456)*, Wiadomości Ubezpieczeniowe 2013, nr 1 (numer specjalny).

<sup>20</sup> Przykładowe rozwiązania z praktyce ubezpieczeniowej w zakresie stosowania wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela za zdarzenia zaistniałe przed początkiem okresu odpowiedzialności: **Ubezpieczenie dot. poważnych zachorowań**: „Kolejne świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jak również z tytułu poważnego zachorowania współmałżonka lub partnera Ubezpieczonego, nie zostanie wypłacone, jeżeli pomiędzy kolejnymi poważnymi zachorowaniami występuje związek przyczynowo-skutkowy.” **Klauzula dodatkowa ubezpieczenia poważnego zachorowania**: „W związku z rozszerzeniem umowy ubezpieczenia o niniejszą klauzulę dodatkową odpowiedzialnością TU X objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na poważnym zachorowaniu Ubezpieczonego. Niniejsza klauzula dodatkowa obejmuje zachorowania i zabiegi operacyjne wymienione w załączniku do OWU.” „Poważnych zachorowań obejmowanych odpowiedzialnością TU X, w rozumieniu niniejszej klauzuli dodatkowej, nie stanowią: choroby wymienione w załączniku do OWU, jeżeli zostały zdiagnozowane po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubez-



sze w stosunku do ryzyka akceptowanego w ubezpieczeniach grupowych. Dlatego też **ubezpieczyciele w zakresie ochrony przyjmują odpowiedzialność wyłącznie za choroby, które wystąpiły w okresie ubezpieczenia po raz pierwszy w życiu ubezpieczonego.**

Konstrukcja ubezpieczenia jest bardziej skomplikowana w sytuacji, gdy ubezpieczyciel wyłącza odpowiedzialność za ciężkie choroby, które co prawda zostały zdiagnozowane po raz pierwszy w okresie ubezpieczenia, jednak są następstwem chorób leczonych lub diagnozowanych w okresie poprzedzającym<sup>21</sup>.

Odrębną kategorią są wyłączenia odnoszące się do związku przyczynowo-skutkowego pomiędzy wypadkiem ubezpieczeniowym, który miał miejsce w okresie ochrony ubezpieczeniowej (np. niezdolnością do pracy lub samodzielnej egzystencji, śmiercią ubezpieczonego) a chorobą, która wystąpiła w okresie poprzedzającym zawarcie umowy. Tutaj również ubezpieczyciel, stosując wyłączenia odpowiedzialności, ogranicza zakres ubezpieczenia eliminując selekcję negatywną w przystępowaniu do ubezpieczenia grupowego albo udziela ochrony jedynie w sytuacjach, gdy zarówno choroba, jak i wypadek ubezpieczeniowy zaistniały w okresie ubezpieczenia<sup>22</sup>.

---

*pieczeniowej z tytułu niniejszej klauzuli dodatkowej zachorowania.” „Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania, rozpoznanego lub zdiagnozowanego przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ubezpieczyciel nie ponosi również odpowiedzialności z tytułu poważnego zachorowania będącego skutkiem chorób lub stanów chorobowych, znanych Pracownikowi, zaistniałych w okresie 2 lat przed dniem objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem. Ograniczenia, o którym mowa w zdaniu drugim, nie stosuje się po dwóch latach od dnia objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem.” „Odpowiedzialność TU Y nie obejmuje ciężkich chorób, które wystąpiły lub z powodu których rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze u ubezpieczonego przed początkiem odpowiedzialności TU w stosunku do ubezpieczonego.”*

<sup>21</sup> Tak J. Nawracała, op. cit.

<sup>22</sup> Przykładowe rozwiązania w praktyce ubezpieczeniowej w zakresie stosowania wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela: **Ubezpieczenie niezdolności do pracy:** „W przypadku powstania niezdolności Ubezpieczonego do pracy zarobkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia aktualnej dla tej Umowy Dodatkowej w dniu zdiagnozowania choroby lub zajścia nieszczęśliwego wypadku, powodujących niezdolność do pracy, pod warunkiem, że okres niezdolności do pracy zarobkowej rozpoczął się w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, ale nie później niż przed upływem 180 dni od daty zajścia zdarzenia powodującego niezdolność do pracy zarobkowej. Prawo do świadczenia nie przysługuje, jeżeli niezdolność Ubezpieczonego do pracy zarobkowej powstała wskutek choroby lub w następstwie nieszczęśliwych wypadków, które istniały przed datą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu tej Umowy Dodatkowej”.; **Ubezpieczenie niezdolności do samodzielnej egzystencji:** „Niezdolność do samodzielnej egzystencji to trwała i bezpowrotna utrata zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu czynności życia codziennego w następstwie wypadku lub choroby, która została zdiagnozowana po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu klauzuli dodatkowej ubezpieczenia wystąpienia u Ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie choroby lub wypadku z wypłatą renty miesięcznej”.; **Ubezpieczenie na wypadek śmierci:** „Do niniejszego Ubezpieczenia dodatkowego mają zastosowanie wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa określone w § (...) OWU, stosowane uproszt lub odpowiednio. Ponadto Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Osoby ubezpieczonej nastąpiła w następstwie lub w związku z uszkodzeniem ciała lub pogorszeniem stanu zdrowia, które nastąpiły przed dniem początku Okresu ubezpieczenia lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed dniem początku Okresu ubezpie-

Należy zwrócić uwagę na doświadczenia rynku ubezpieczeniowego, które wykazały, że ubezpieczenia grupowe (w szczególności *bancassurance*), ze względu na uproszczony *underwriting* i niskie sumy ubezpieczenia stały się przedmiotem wyłudzeń świadczeń ubezpieczeniowych przez osoby, które ze względu na stan zdrowia nie mogłyby zawrzeć umowy ubezpieczenia indywidualnego i zdecydowały się na wzięcie kilku pożyczek na niewielkie kwoty, objętych ubezpieczeniami grupowymi. W takich sytuacjach jedynie określenie zakresu odpowiedzialności w sposób pozwalający na ograniczanie odpowiedzialności w takich przypadkach, pozwalają ubezpieczycielom oferować ubezpieczenia grupowe za cenę akceptowalną dla partnerów i końcowych odbiorców.

Należy natomiast uznać za zasadne stanowisko wyrażone w Raporcie Rzecznika<sup>23</sup>, że **ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela powinny być sformułowane w sposób jednoznaczny i precyzyjny, a także posiadać ograniczenia czasowe**, czyli wskazanie, przez jaki okres ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności z tytułu chorób, które wystąpiły w określonym w umowie terminie przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej. Ubezpieczony powinien zostać również poinformowany o zakresie ubezpieczenia, w tym o wyłączeniach odpowiedzialności przed wyrażeniem zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowej, np. deklaracji przystąpienia.

#### **4. Przystępowanie do ubezpieczenia grupowego w *bancassurance* – podstawowe regulacje prawne i praktyka w zakresie oceny ryzyka ubezpieczeniowego**

Jak wcześniej podniesiono, ocena ryzyka ubezpieczeniowego oraz określanie przedmiotu ubezpieczenia w ubezpieczeniach grupowych przebiega według odmiennych zasad niż w ubezpieczeniach indywidualnych. Dzieje się tak przede wszystkim dlatego, że w ubezpieczeniach zawieranych w trybie indywidualnym istnieje większa możliwość poznania osoby ubezpieczanej przed zawarciem umowy ubezpieczenia i podjęciem decyzji w przedmiocie objęcia jej ochroną ubezpieczeniową, a przede wszystkim dostosowania oferty do jej cech indywidualnych w procesie oceny ryzyka. Umiejętność określenia czynników mających wpływ na ocenę prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz wycena wpływu tych czynników w postaci taryfy składek jest podstawą prowadzenia działalności ubezpieczeniowej. Ocena ryzyka ubezpieczeniowego została przez ustawodawcę jednoznacznie uznana za czynność ubezpieczeniową<sup>24</sup>. Należy zaznaczyć, że **w przypadku grupowych umów ubezpieczenia na życie ryzyko ubezpieczeniowe kalkulowane jest na**

*czenia lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków przed dniem początku Okresu ubezpieczenia”.*

<sup>23</sup> Aneks do raportu Rzecznika Ubezpieczonych ws. *bancassurance*, grudzień 2012.

<sup>24</sup> Art. 3 ust. 4 pkt 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej w brzmieniu „ocena ryzyka w ubezpieczeniach osobowych i ubezpieczeniach majątkowych oraz w umowach gwarancji ubezpieczeniowych.”

**podstawie danych statystycznych dotyczących określonego portfela klientów banku, a nie dla każdego z ubezpieczonych indywidualnie.**

Przy wyznaczaniu wysokości składki i ocenie ryzyka ubezpieczyciel bierze pod uwagę uśrednione dane dotyczące klientów banku (np. średni wiek), wysokość sum ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia oraz przewidywany okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej.

Zebraenie informacji, które służą ocenie ryzyka ubezpieczeniowego, jest konieczne dla prawidłowego prowadzenia działalności przez zakład ubezpieczeń. Zakład ubezpieczeń, zgodnie z obowiązkiem określonym w art. 18 ust. 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, jest obowiązany gromadzić odpowiednie dane statystyczne w celu ustalenia na ich podstawie składek ubezpieczeniowych i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Zaś zgodnie z art. 18 ust. 1 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i z art. 813 § 1 k.c., **składkę za umowę ubezpieczenia oblicza się po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego za cały okres trwania umowy ubezpieczenia.** Przepisy art. 18 ust. 2 ustawy o działalności ubezpieczeniowej także zawierają regulacje dotyczące nakazania określonego postępowania zakładów ubezpieczeń w zakresie ustalania wysokości składki ubezpieczeniowej. Zgodnie z tym przepisem składka ubezpieczeniowa powinna być ustalona w takiej wysokości, aby co najmniej zapewnić wykonanie wszystkich zobowiązań z umów ubezpieczenia i pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej ubezpieczyciela. Należy zatem podnieść, że **przepisy prawa wskazują na konieczność dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przed ustaleniem wysokości składki.** Ustalenie wysokości składki ubezpieczeniowej jest konsekwencją analizy danych zebranych przez zakład ubezpieczeń oraz ustalenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Poza powołaną powyżej regulacją, ustawodawca nie określa wytycznych co do praktycznego sposobu dokonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Zatem zadaniem ubezpieczyciela, w realizacji obowiązku zapewnienia stabilności finansowej, jest ustalenie na podstawie jakich danych i informacji zamierza dokonać oceny ryzyka ubezpieczeniowego dla danego produktu ubezpieczeniowego oraz ustalenie wysokości należnej składki.

W tym miejscu należy podkreślić jeszcze jedną okoliczność, niezmiernie istotną z praktycznego punktu widzenia. Otóż w przypadku ubezpieczeń grupowych warunki ubezpieczenia, czyli **zakres świadczonej ochrony ubezpieczeniowej oraz cena za tę ochronę są określane przed przystąpieniem konkretnej osoby do grupowej umowy ubezpieczenia, w momencie zawierania umowy pomiędzy ubezpieczającym (np. bankiem) a ubezpieczycielem.**

W konsekwencji przy ocenie ryzyka traktuje się grupę ubezpieczonych jako całość i stąd nie jest możliwe zastosowanie tych samych kryteriów i warunków oceny ryzyka ubezpieczeniowego jak w przypadku ubezpieczeń indywidualnych. Dokonywanie oceny ryzyka w trakcie obowiązywania grupowej umowy ubezpieczenia na bazie przekazywanych informacji przez każdą z osób przystępujących do tego ubezpieczenia oznaczałoby, że naliczana składka dla poszczegól-

gólnych członków grupy będzie obliczana indywidualnie. To byłoby nie do pogodzenia z grupowym charakterem umowy ubezpieczenia oraz z regulacjami zakazującymi jednostronnej zmiany wysokości składki przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia na życie w trakcie jej trwania. Powyższe stanowisko jest zbieżne z poglądami wyrażanymi przez przedstawicieli doktryny ubezpieczeniowej, zgodnie z którymi: „mówiąc o ubezpieczeniach grupowych mamy jednak przede wszystkim na myśli ubezpieczenia grupowe w ścisłym tego słowa znaczeniu, przy których występuje łączna ocena ryzyka całej grupy.”<sup>25</sup>, a także, iż „w ubezpieczeniach grupowych indywidualna ocena ryzyka poszczególnych ubezpieczonych jest wyjątkiem, natomiast regułą jest łączna ocena ryzyka całej grupy.” I dalej: „przy przyjęciu jednej metodyki dla ubezpieczeń indywidualnych i grupowych pominięto by zupełnie istotę i specyfikę umów ubezpieczenia grupowego w obecnej postaci. Wystarczy wskazać, że ww. konstrukcja prowadzi do przekształcenia umów ubezpieczenia grupowego w umowy zawierane indywidualnie z każdą osobą ubezpieczoną. Przy tym założeniu składka powinna być kalkulowana nie na grupę, tylko na indywidualną osobę, co w konsekwencji doprowadziłoby do wzrostu składki. Może się okazać, że klienci masowi, którzy korzystali z tego, że składka była liczona na grupę, czyli niższa, nie będą w stanie zapłacić składki skalkulowanej według odmiennych zasad typowych dla umów ubezpieczenia indywidualnego”<sup>26</sup>.

Warto również przytoczyć kolejne stanowisko, zgodnie z którym: „Inną cechą charakterystyczną i bardzo istotną dla ubezpieczeń grupowych jest możliwość zmienności grupy podczas trwania umowy. Oznacza to, że grupa objęta ochroną nie jest zamknięta na dzień zawierania umowy ubezpieczenia, lecz istnieje możliwość przystępowania i występowania z grupy w razie odpowiednio: nabycia lub utraty przymiotów wyznaczających grupę ubezpieczonych. Co więcej, ubezpieczycielowi może nie być znana tożsamość ubezpieczonych przez cały okres trwania ubezpieczenia, a wiedzę taką zyskuje dopiero przy zgłoszeniu roszczenia ubezpieczeniowego (podkreślenie autorek). Taką praktykę można obserwować w przypadku ubezpieczeń oferowanych w związku z usługami bankowymi”<sup>27</sup>.

Jeżeli natomiast chodzi o zakres informacji, o które pytać może ubezpieczyciel, to warto zwrócić uwagę na kwestię realizacji zasady wyrażonej w art. 815 § 1 k.c. Podkreślić należy, że przepis ten wprowadza obowiązek deklaracyjny, czyli podstawowy obowiązek ubezpieczającego, występujący przed powstaniem stosunku ubezpieczeniowego oraz tzw. obowiązek notyfikacyjny, który z kolei jest obowiązkiem istniejącym na etapie obowiązywania umowy. Zgodnie z nim ubezpieczającym jest zobowiązany podać do wiadomości zakładu ubezpieczeń wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel pytał w formularzu

<sup>25</sup> Por. E. Stroiński, *Ubezpieczenia na życie: teoria i praktyka*, Warszawa 2003, s. 284.

<sup>26</sup> Por. J. Handschke, B. Kęszycka, E. Kowalewski, *Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znowelizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy*, Wiadomości Ubezpieczeniowe 2007, nr 7/8, s. 4.

<sup>27</sup> K. Malinowska, *Ubezpieczenia grupowe na życie – niebył w majestacie prawa?*, Prawo Asekuracyjne 1998, nr 2.

oferty albo w innych pismach przed zawarciem umowy. Ubezpieczyciel, oceniając ryzyko w ubezpieczeniach grupowych przyjmuje, że informacje i dane przedstawione w dokumentacji ubezpieczeniowej przekazanej przez ubezpieczającego na etapie przed zawarciem umowy ubezpieczenia są rzetelne i ubezpieczający – ani umyślnie, ani przez zaniechanie – nie zataił niczego, co mogłoby mieć wpływ na ryzyko wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego. Zgodnie z przytoczonym powyżej przepisem, obowiązek udzielania takich informacji dotyczy wyłącznie tych kwestii, o które pytał ubezpieczyciel. **Ubezpieczyciel powinien wiedzieć, jakie okoliczności mają znaczenie dla właściwego oszacowania ryzyka.** W przypadku, gdy ubezpieczający nie udzieli odpowiedzi na pytania zadane przez ubezpieczyciela, ten po prostu nie zawrze umowy. Jeśli do zawarcia umowy mimo to dojdzie, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne. W polskim prawie ubezpieczeń gospodarczych (z wyłączeniem ubezpieczeń morskich) obowiązek deklaracyjny ubezpieczającego jest realizowany poprzez tzw. system odpowiedzi na pytania, zwany także systemem kwestionariuszy. Należy wspomnieć, że obowiązek ten ciąży także na przedstawicielu (którym może być np. broker ubezpieczeniowy), jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela i obejmuje okoliczności jemu znane.

W przypadku ubezpieczeń grupowych ubezpieczyciel na etapie oceny ryzyka powinien dokonać oceny potencjalnej grupy (np. klientów banku) poprzez odpowiednio dobrany zestaw pytań dotyczących struktury wiekowej, przeciętnej, maksymalnej wysokości udzielanych kredytów, zbadać system weryfikacji sytuacji finansowej kredytobiorców, obszaru sieci sprzedaży banku, struktury zawodowej klientów i innych danych, które pozwolą na zaproponowanie zakresu ochrony oraz wysokości składki ubezpieczeniowej.

Analiza powyższych przepisów skłania do wniosku, że ubezpieczyciel stosując w ubezpieczeniach grupowych uproszczony *underwriting* nie ma praktycznie możliwości posłużenia się sankcją przewidzianą w art. 815 § 3 k.c., a jest natomiast narażony na selekcję negatywną, czyli przystępowanie do grupy wyłącznie osób o znacznie podwyższonym ryzyku w stosunku do ryzyka oszacowanego przez zakład ubezpieczeń i w konsekwencji – na próby wyludzeń świadczeń. Dlatego tak istotne jest określenie właściwego zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ubezpieczeniach grupowych. Narzędziem służącym temu celowi jest właściwe zdefiniowanie świadczenia z tytułu zawieranej umowy ubezpieczenia, czyli wypadku ubezpieczeniowego, i zakresu wyłączeń, pozwalających na ograniczenie antyselekcji.

Konkludując powyższe rozważania, kluczowa jest odpowiedź na pytanie, czy ubezpieczyciel jest uprawniony i powinien na etapie przedsprzedażowym (czyli przed zawarciem umowy ubezpieczenia) kierować do potencjalnego ubezpieczonego pytania niemające związku z zakresem ubezpieczenia, skoro ogólne warunki ubezpieczenia zawierają wyłączenia odpowiedzialności w stosunku do wymienionych ryzyk. Przy rozważaniach dotyczących tego problemu, pokrótce omówimy zapadłe orzeczenia oraz podstawowe tezy uzasadnień, na przykładzie

klauzul wpisanych do rejestru niedozwolonych postanowień umownych pod numerami 3456 oraz 3185.

### 5. Orzeczenia sądów w sprawie możliwości umownego ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń, które wystąpiły przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia

Klauzule wpisane do rejestru niedozwolonych postanowień umownych pod numerami 3456 oraz 3185 dotyczą stosowanych przez zakłady ubezpieczeń wyłączeń odpowiedzialności za wystąpienie choroby przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia. Klauzula nr 3456<sup>28</sup> zawiera postanowienie o treści: „*Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania*”. Podejmując decyzję o uznaniu tego postanowienia za abuzywne, Sąd stwierdził, że nie jest jednoznacznie sformułowane, ponieważ nie określono, na czym ma polegać „wystąpienie” poważnego zachorowania<sup>29</sup>.

Natomiast odnośnie do klauzuli nr 3185 o treści „*Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, o którym mowa w § 14 ust. 1 pkt 2, jeżeli w dniu składania wniosku o ubezpieczenie na życie była u ubezpieczonego zdiagnozowana nieuleczalna choroba. Uznanie schorzenia za nieuleczalną chorobę następuje w oparciu o dokumentację medyczną dotyczącą ww. schorzenia, na podstawie opinii lekarza-konsultanta ubezpieczyciela, wydanej zgodnie ze stanem wiedzy lekarskiej na dzień złożenia wniosku o ubezpieczenie na życie*”. Sąd uznał, że istnienie nieuleczalnej choroby, jako zdarzenia występującego przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia „**nie ma związku z ryzykiem, od którego konsument został ubezpieczony**”, a którym było ubezpieczenie od nieszczęśliwego wypadku w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym.

Klauzulę nr 3456 omówił w znakomitym artykule Jakub Nawracała<sup>30</sup> i w pełni zgadzamy się z poglądami tam zawartymi. Warto jedynie poczynić kilka uwag uzupełniających. Wyrok XVII AmC 145/10 został utrzymany w mocy wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 9 lutego 2012 r.<sup>31</sup>. Jednakże należy zauważyć, że pozwany ubezpieczyciel nie wnosił apelacji od rozstrzygnięcia w zakresie, w którym dotyczyło ono klauzuli nr 3456. Natomiast warto zwrócić uwagę na pogląd wyrażony przez Sąd, że do świadczeń głównych stron nie zalicza się udzielenia przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, a jedynie ze strony ubezpieczyciela świadczenie główne stanowi zapłata określonej kwoty

<sup>28</sup> Wpisana do rejestru niedozwolonych postanowień umownych 1 sierpnia 2012 r. na podstawie wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z 19 września 2011 r. (XVII AmC 145/10).

<sup>29</sup> Wpisana do rejestru niedozwolonych postanowień umownych 15 maja 2012 r. na podstawie wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów z 15 lutego 2011 r. (XVII AmC 533/10).

<sup>30</sup> J. Nawracała, op. cit.

<sup>31</sup> VI ACA 1472/2011.

pieniężnej w przypadku zajścia określonego zdarzenia. Dodatkowo w opinii Sądu, nawet gdyby klauzula nr 3456 miała dotyczyć świadczenia głównego ubezpieczyciela, może podlegać kontroli pod kątem abuzywności, z uwagi na fakt, że owo postanowienie ma charakter niejednoznaczny.

Zatem główne wnioski wynikające z analizy wyroku XVII AmC 145/10 to – po pierwsze (co zostało powtórzone w wyroku VI ACa 1472/2011) – treść zakwestionowanej klauzuli nr 3456 „*nie jest (...) jednoznaczna, przez co może być dowolnie interpretowana. Zastosowany w klauzuli zwrot «zachorowania, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia» nie jest precyzyjny i nie określa, na czym ma polegać wystąpienie poważnego zachorowania. W szczególności brak jest sprecyzowania, czy należy to rozumieć jako wystąpienie objawów tego schorzenia (zachorowania), czy też jako jego zdiagnozowanie przez lekarza udokumentowane kartą chorobową*”. Po drugie – Sąd zauważył, iż ubezpieczyciel obowiązany jest dokonywać oceny ryzyka i zbierać informacje w trybie określonym w art. 815 k.c., lecz jednocześnie nie upatrywał abuzywności ocenianego postanowienia w fakcie, że wyłączenia – jak w klauzuli nr 3456 – odnoszą się do kwestii, które mogły zostać ocenione na etapie oceny ryzyka. **Stąd wniosek, że co do zasady postanowienia dotyczące wyłączenia odpowiedzialności, w tym wyłączenia stanów zaistniałych przez okresem ubezpieczenia, są dozwolone, o ile wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela zostaną sformułowane w sposób dokładny i klarowny.**

Wyrok XVII AmC 533/10 także został utrzymany w mocy wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z 29 grudnia 2011 r.<sup>32</sup> i na jego mocy zakwestionowane postanowienie, jako klauzula nr 3185, zostało wpisane do rejestru. W tym przypadku pozwany ubezpieczyciel uznał powództwo i nie wnosił apelacji od rozstrzygnięcia w zakresie, w którym dotyczyło ono klauzuli nr 3185.

Niedoprecyzowane „wystąpienie” choroby w przypadku klauzuli 3456 zostało tu określone jako zdiagnozowana choroba, jednak Sąd zauważył, że w ubezpieczeniu na życie, będącym przedmiotem orzeczenia, **nie każda zdiagnozowana nieuleczalna choroba musi stać się przyczyną zgonu ubezpieczonego**. Przytoczmy w tym miejscu zdanie Sądu, iż: „*treść wskazanej klauzuli stwarza po stronie konsumenta ryzyko, że mimo zawarcia z nim umowy ubezpieczenia w momencie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego może dojść do odmowy świadczenia ze strony ubezpieczyciela tylko dlatego, że w dniu składania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia zdiagnozowana była u niego nieuleczalna choroba, która pozostaje bez żadnego wpływu i związku ze zdarzeniem, które jest przedmiotem ubezpieczenia. (...) Przedmiotowa klauzula daje ubezpieczycielowi możliwość odmowy wypłacenia świadczenia bez względu na istnienie związku przyczynowego między nieszczęśliwym wypadkiem w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym a istnieniem nieuleczalnej choroby ubezpieczonego*”

---

<sup>32</sup> VI ACa 855/2011.

(podkreślenie autorek)<sup>33</sup>. Stąd wniosek, że **zapisy tego rodzaju są dozwolone, o ile powodem zdarzenia ubezpieczeniowego była przyczyna, co do której wyłączana jest odpowiedzialność ubezpieczyciela rzeczowymi postanowieniami, tj. pozostaje w rzeczywistym związku przyczynowym ze zdarzeniami, będącymi przedmiotem ubezpieczenia.**

### 6. Podsumowanie

Na tle powyższych rozważań nasuwa się następujący wniosek: brak pytań ze strony ubezpieczyciela na etapie przed przystąpieniem do grupowej umowy ubezpieczenia oznacza, że wszelkie okoliczności związane z ryzykiem ubezpieczeniowym ubezpieczyciel uważa za nieistotne. Ubezpieczyciel może uznać, że wie, co do pewnych okoliczności dotyczących osoby ubezpieczonej nie jest mu potrzebna do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, ponieważ z zakresu odpowiedzialności wyłącza okoliczności, które zaistniały przed objęciem danej osoby ochroną ubezpieczeniową (tzw. *preexisting conditions*). Co więcej, pytania takie mogą być uznane za przekroczenie ustawowych uprawnień ubezpieczyciela do pytań o okoliczności niezbędne do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z konkretną umową ubezpieczenia.

Nie można takiej sytuacji uznać za tożsamą z brakiem zadania pytań. Należy podkreślić, że zachodzą tu dwie odmienne sytuacje. Obowiązek złożenia deklaracji przez osobę poszukującą ochrony ubezpieczeniowej, wynikający z art. 815 § 1 k.c. w zw. z art. 815 § 2<sup>1</sup> k.c. związany jest z oceną ryzyka przez ubezpieczyciela. Natomiast **wyłączenia odpowiedzialności służą wyłącznie określeniu granic ochrony oferowanej przez ubezpieczyciela w danym ubezpieczeniu, czyli charakteryzują świadczenie główne, oferowane przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel przez wskazanie okoliczności, które nie są objęte ochroną w ramach danego ubezpieczenia, doprecyzowuje zakres ochrony ubezpieczeniowej.** W takiej sytuacji, naszym zdaniem, jeżeli postanowienia dotyczące wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela zostały sformułowane w sposób jednoznaczny, będą one wyłączone spod oceny pod kątem niedozwolonych postanowień umownych zgodnie z art. 385<sup>1</sup> k.c. ■

## The Scope of Coverage in Group Life Insurance Provided under Simplified Underwriting and the Main Benefit

The acquisition of insurance coverage in the form of group agreements relates to a growing number of clients. Group insurance schemes on offer are different from insurance in the form of individual contracts. In particular, this applies to the main benefit payable under the contract, the insurance cover as well as the scope of exclusions of insurer's liability. The group life insurance cover is offered to the clients with the application of simplified underwriting procedures. Taking into account the method and circumstances of offering insurance protection, the group insurance risk

<sup>33</sup> s. 9–10 wyroku XVII AmC 533/10.



assessment does not include detailed information about the insured person and its specific analysis. The risk is assessed on the basis of data concerning the whole prospective group, supplied by the policyholder prior to the conclusion of the insurance contract. Therefore, it is essential to answer the questions whether the exclusions of insurance cover included in insurance conditions determine the scope of the main benefit and whether the practice of adherence to group insurance is also a form of risk assessment, and consequently, what the scope of contractual control by consumer protection authorities might be.

**Keywords:** main benefit, insurance coverage, life insurance, group insurance, liability exclusions, underwriting, risk assessment.