

JAKUB NAWRACAŁA

## Ograniczenie odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu ryzyk, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia (na przykładzie klauzuli wpisanej do rejestru niedozwolonych postanowień pod nr 3456)

### 1. Ogólna charakterystyka wyłączeń odpowiedzialności ubezpieczyciela odnoszących się do ryzyk, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia

W ubezpieczeniach osobowych bardzo często spotykanym rozwiązaniem są **wyłączenia ochrony ubezpieczeniowej odnoszące się do ryzyk, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia**. Chodzi tutaj o wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń za zdarzenia o takim samym charakterze, jak zdarzenia, które wystąpiły już wcześniej w życiu osoby ubezpieczonej. W praktyce wyłączenia takie odnoszą się do ubezpieczeń od ryzyka poważnego zachorowania, gdyż ubezpieczyciel wyłącza swoją odpowiedzialność za ponowne wystąpienie u danego ubezpieczonego choroby<sup>1</sup>, której ten ubezpieczony już kiedyś doświadczył (przed zawarciem umowy ubezpieczenia). W tym miejscu należy wyjaśnić, iż wyłączenia takie dotyczą **ponownego pojawienia się choroby tego samego rodzaju**. Jeśli bowiem wypadkiem ubezpieczeniowym<sup>2</sup> jest wystąpienie określonej

1. Definicja terminu „wystąpienie choroby” (według jakich kryteriów należy ocenić, czy dana choroba wystąpiła oraz jaki moment należy uznać za moment wystąpienia tej choroby) ma kluczowe znaczenie na gruncie tematyki niniejszego artykułu. Nie rozwijam jednak tej kwestii w tym miejscu, aby nie poprzedzać i nie powtarzać szerszych rozważań poczynionych na ten temat w dalszej części artykułu.
2. Pomimo braku legalnej definicji terminu „wypadek ubezpieczeniowy”, jest on powszechnie definiowany w doktrynie jako „zdarzenie, od którego zależy powstanie obowiązku świadczenia zakładu ubezpieczeń” – tak np. M. Krajewski, *Umowa ubezpieczenia. Art. 805–834 k.c. Komentarz*, Warszawa 2004, s. 53 i n. Podkreśla się, że to umowa ubezpieczenia / ogólne warunki ubezpieczenia definiują, co należy uznać za wypadek

choroby, a warunkiem odpowiedzialności ubezpieczyciela jest zajście wypadku w okresie ubezpieczenia, siłą rzeczy wyłączenie to nie odnosi się do sytuacji, w której dana choroba wystąpiła przed zawarciem umowy ubezpieczenia i trwała dalej w sposób nieprzerwany. W takim przypadku po prostu nie mamy do czynienia z wystąpieniem wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia i tego rodzaju wyłączenie byłoby zbędne. Ze względów oczywistych takie wyłączenia odpowiedzialności nie będą mieć zastosowania w ubezpieczeniach na życie, w których wypadkiem ubezpieczeniowym jest śmierć ubezpieczonego (ubezpieczenie na życie *sensu stricto*).

Bardzo podobny charakter mają wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela odnoszące się do **zdarzeń spowodowanych przyczynami, które zaistniały przed zawarciem umowy ubezpieczenia**. Praktyka ta dotyczy nie tylko ubezpieczeń choroby, ale również ubezpieczeń na życie *sensu stricto*. Konstrukcje i sformułowania używane w ogólnych warunkach ubezpieczeń mają najróżniejszy charakter, jednak ich cechą wspólną jest przyjęcie założenia, że ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, jeśli wypadek ubezpieczeniowy (np. śmierć, wystąpienie poważnego zachorowania, wystąpienie niezdolności do pracy wskutek poważnego zachorowania) jest następstwem przyczyn, które już istniały w chwili zawierania umowy ubezpieczenia. Najbardziej typowym przykładem takiego postanowienia będzie oczywiście wyłączenie odpowiedzialności za skutki chorób, które istniały w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia.

Wprowadzając tego rodzaju wyłączenie odpowiedzialności, ubezpieczyciel w praktyce definiuje warunki skuteczności ochrony ubezpieczeniowej, **niejako przewidując podwójny warunek odpowiedzialności**. Z jednej strony bowiem przesłanką skuteczności ochrony ubezpieczeniowej jest wystąpienie wypadku ubezpieczeniowego w okresie ubezpieczenia. Z drugiej strony natomiast – również przyczyna tego wypadku ubezpieczeniowego musi wystąpić w okresie ubezpieczenia. **Można zatem uznać, iż *de facto* mamy do czynienia z „dwustopniową” konstrukcją wypadku ubezpieczeniowego w postaci: „przyczyna–skutek”**, gdzie dopiero wystąpienie skutku w okresie ubezpieczenia oznacza, że wypadek ubezpieczeniowy zaszedł (jednak pod warunkiem że również przyczyna wystąpiła w okresie ubezpieczenia).

W zależności od rodzaju ubezpieczenia (oraz rodzaju ryzyka ubezpieczeniowego obejmowanego ochroną) konstrukcja takich wyłączeń może być mniej lub bardziej skomplikowana. Relatywnie najprostsza jest ona w ubezpieczeniach na życie *sensu stricto*, w których wypadkiem ubezpieczeniowym jest śmierć ubezpieczonego. W przypadku tego rodzaju ryzyk można bowiem w bardzo łatwy sposób odróżnić wypadek ubezpieczeniowy w postaci śmierci (czyli skutek) od przyczyny w postaci choroby istniejącej przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie. Podobnie jest w odniesieniu do ubezpieczeń, w których wypadkiem ubezpieczeniowym jest poddanie ubezpieczonego operacji lub zabiegowi medycznemu wskutek choroby lub wystąpienie u ubezpieczonego trwałej niezdolności do pracy wskutek choroby.

Konstrukcja powyższa okazuje się jednak bardziej skomplikowana w przypadku ubezpieczeń na wypadek wystąpienia choroby. Z jednej bowiem strony wystąpienie choroby jest samo w sobie wypadkiem ubezpieczeniowym. Z drugiej strony natomiast – omawiane wyłączenie od-

---

ubezpieczeniowy. Co do zasady istnieje w tym zakresie dowolność, ograniczona jedynie w praktyce w odniesieniu do ubezpieczeń obowiązkowych (definicje wypadków ubezpieczeniowych zawarte są w odpowiednich aktach prawnych dotyczących poszczególnych ubezpieczeń) oraz przez art. 822 k.c. odnoszący się do ubezpieczeń odpowiedzialności cywilnej (§ 2 i 3 tego przepisu określają możliwe do zastosowania konstrukcje wypadku ubezpieczeniowego).

powiedzialności również odnosi się do choroby. Na pozór mamy zatem do czynienia z błędem logicznym. Wydaje się bowiem, że skoro wypadek ubezpieczeniowy (wystąpienie choroby) musi wystąpić w okresie ochrony ubezpieczeniowej, to siłą rzeczy nie ma odpowiedzialności za chorobę, która już istniała przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej. *De facto* na pierwszy rzut oka mamy zatem do czynienia z wadliwie skonstruowanym i w dodatku niepotrzebnym postanowieniem precyzującym, że nie istnieje odpowiedzialność ubezpieczyciela za wypadki ubezpieczeniowe, które zaszły przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia. Ta trudność interpretacyjna pojawić się może zresztą przy pierwszym rodzaju wyłączeń („zachorowania tego samego rodzaju”), omówionym powyżej. Przedstawione w poprzednich zdaniach wnioski byłyby jednak błędne, ponieważ w istocie sens tego wyłączenia jest całkowicie inny. Chodzi bowiem w tym przypadku o dwie różne jednostki chorobowe, z których jedna jest konsekwencją drugiej. Przykładem może być tutaj ryzyko zawału serca<sup>3</sup>. Zdarzenie to może być następstwem innej jednostki chorobowej w postaci miażdżycy tętnic wieńcowych. Jeśli zatem ubezpieczony w chwili rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej chorował na miażdżycę tętnic wieńcowych, to ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności za zawał serca, który jest następstwem tejże choroby. Podobnie jest np. w przypadku ryzyka wystąpienia zachorowania w postaci niewydolności nerek. Ta jednostka chorobowa może być z kolei przykładowo konsekwencją kamicy nerkowej, na którą ubezpieczony już chorował w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia. Przykłady tego rodzaju można by mnożyć.

Uzasadnieniem aksjologicznym do wprowadzenia obydwu wspomnianych powyżej rodzajów wyłączeń jest fakt, iż **ubezpieczyciel nie chce brać na siebie odpowiedzialności za zdarzenia, których prawdopodobieństwo wystąpienie ocenia jako zbyt wysokie**. W ten sposób ubezpieczyciel, eliminuje także ryzyko sytuacji, w której umowa ubezpieczenia jest zawierana ze świadomością, że wypadek ubezpieczeniowy wystąpi w okresie ubezpieczenia (np. przez osobę śmiertelnie chorą). W praktyce ma to zatem również wpływ na konieczność dokonywania przez ubezpieczyciela **oceny ryzyka na etapie zawierania umowy ubezpieczenia** (lub przyjmowania danego ubezpieczonego do ubezpieczenia grupowego), o czym jeszcze będzie mowa dalej.

Opisana powyżej konstrukcja **dotyczy zarówno umów ubezpieczenia indywidualnego, jak i grupowych umów ubezpieczenia**. W odniesieniu do ubezpieczeń indywidualnych konstrukcja omawianego wyłączenia bazuje na odniesieniu się do przyczyn istniejących przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Odmienne jest jednak w ubezpieczeniach grupowych, w przypadku których wyłączenia takie odnoszą się z reguły do przyczyn istniejących przed przystąpieniem przez danego ubezpieczonego do ubezpieczenia. Wynika to z faktu, iż moment zawarcia grupowej umowy ubezpieczenia może w praktyce przypadać o wiele wcześniej niż moment przystąpienia danego ubezpieczonego do ubezpieczenia.<sup>4</sup> Z oczywistych względów w takiej sytuacji odnoszenie omawianego wyłączenia do przyczyn, które zaistniały przed zawarciem umowy ubezpieczenia grupowego, nie spełniłoby założonej funkcji.

3. Zgodnie z ogólnie przyjmowanymi klasyfikacjami (np. Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10 opracowaną przez World Health Organization) zawał serca traktowany jest jako jednostka chorobowa. W praktyce ubezpieczeniowej na gruncie ubezpieczeń następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW) zawał serca (oraz udar mózgu) są często definiowane jako nieszczęśliwe wypadki.
4. W przypadku umów, w których skład grupy ubezpieczonych podlega zmianom i możliwe jest przystępowanie do ubezpieczenia nowych osób w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

Wspomniana powyżej różnica między konstrukcją tego wyłączenia w indywidualnych umowach ubezpieczenia oraz w umowach ubezpieczenia grupowego odzwierciedla w sposób wyraźny **istotę ubezpieczeń grupowych sprowadzającą się do tego, iż w ramach jednej umowy ubezpieczenia istnieje wiele stosunków zobowiązaniowych** („stosunków ubezpieczeniowych”).<sup>5</sup> W tym aspekcie skutki prawne, które wiążą się w ubezpieczeniach indywidualnych z faktem zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku ubezpieczeń grupowych będą generalnie związane z momentem przystąpienia do ubezpieczenia przez danego ubezpieczonego. W literaturze przedmiotu przedstawiono zresztą swego czasu koncepcję, zgodnie z którą umowa ubezpieczenia grupowego nie powinna być sama w sobie umową ubezpieczenia, a jedynie „umową ramową”, w ramach której ubezpieczyciel zawierałby (w uproszczonym trybie) indywidualne umowy ubezpieczenia z osobami należącymi do z góry określonej grupy.<sup>6</sup> Koncepcja ta – jak się wydaje – nie znalazła jednak szerszego odzwierciedlenia w konstrukcji umów stosowanych w praktyce rynkowej. Nie ulega jednak wątpliwości, iż **istnieje ścisła analogia jeżeli chodzi o doniosłość prawną faktu zawarcia umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie oraz faktu przystąpienia przez danego ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia grupowego**. Najlepszym potwierdzeniem tej tezy są losy art. 829 § 2 Kodeksu cywilnego. Nowelizacja przepisów Kodeksu cywilnego o umowie ubezpieczenia, która weszła w życie 10 sierpnia 2007 r.<sup>7</sup>, wprowadziła w art. 829 k.c. przepis § 2 w następującym brzmieniu (zdanie pierwsze): „Do zawarcia na cudzy rachunek umowy ubezpieczenia na życie, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego, która powinna obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia.” Przepis ten stał się natychmiast przedmiotem zgodnej krytyki ze strony przedstawicieli doktryny. W literaturze przedmiotu podkreślano, iż art. 829 § 2 k.c. nie uwzględnia specyfiki ubezpieczeń grupowych, w których przystąpienie danej osoby do ubezpieczenia ma miejsce niejednokrotnie po zawarciu umowy ubezpieczenia i z tego względu nie jest możliwe wyrażenie przez danego ubezpieczonego uprzedniej zgody na zawarcie umowy ubezpieczenia na jego rachunek.<sup>8</sup> Autorzy proponowali różne sposoby rozwiązania problemu – w szczególności wykładnię funkcjonalną przepisu oraz wspomnianą powyżej koncepcję „umów ramowych”. Na fali tej krytyki ustawodawca dokonał relatywnie szybkiej nowelizacji art. 829 § 2 k.c.<sup>9</sup>, który otrzymał treść następującą (zdanie pierwsze): „W umowie ubezpieczenia na życie zawartej na cudzy rachunek, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się nie wcześniej niż następnego dnia po tym, gdy ubezpieczony oświadczył stronie wskazanej w umowie, że chce

5. Tak m.in. M. Serwach, *Grupowe ubezpieczenia na życie w świetle prawa, doktryny i praktyki ubezpieczeniowej*, „Prawo Asekuracyjne” 2010, nr 2, s. 32; K. Malinowska, *Zamówienia w Grupówkach*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2009, nr 9, s. 40.
6. M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa Ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji Kodeksu Cywilnego*, Warszawa 2008, s. 129.
7. Ustawa z dnia 13 kwietnia 2007 r. o zmianie ustawy – Kodeks cywilny oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. 2007 Nr 82, poz. 557).
8. Tak m.in. M. Szczepańska, *Wpływ zmian w Kodeksie cywilnym na ubezpieczenia na życie*, „Prawo Asekuracyjne” 2007, nr 3, s. 44; M. Szczepańska, *Ubezpieczenia na życie. Aspekty prawne*, Warszawa 2008, s. 123 i n.; K. Malinowska, *Ubezpieczenie na życie – niebýt w majestacie prawa?*, „Prawo Asekuracyjne” 2008, nr 2, s. 42 i n.; J. Handschke, B. Kęszycka, E. Kowalewski, *Problematyka grupowych ubezpieczeń na życie w świetle znolizowanych przepisów k.c. o umowie ubezpieczenia. Spór o intencje ustawodawcy*, „Wiadomości Ubezpieczeniowe” 2007, nr 7–8, s. 3; M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Ibidem*, s. 129.
9. Ustawa z dnia 13 lutego 2009 r. o zmianie ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2009.42.341), która weszła w życie w dniu 18.06.2009 r.

skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej”. **W ten sposób uwzględniono w praktyce specyfikę umowy ubezpieczenia grupowego.** Jedyne na marginesie należy wskazać, iż pozostałe przepisy Kodeksu cywilnego, które wiążą określone skutki z faktem zawarcia umowy ubezpieczenia (np. art. 815 § 3, art. 833 i art. 834 k.c.), nie uwzględniają teź specyfiki. Jednak w doktrynie wyrażane są poglądy, iż na gruncie ubezpieczeń grupowych przez moment zawarcia umowy ubezpieczenia należy rozumieć moment przystąpienia do zawartej już umowy ubezpieczenia przez danego ubezpieczonego.<sup>10</sup> Postulat ten jest w praktyce rynkowej powszechnie realizowany poprzez odpowiednie postanowienia umów ubezpieczenia i ogólnych warunków ubezpieczenia (w dalszej części artykułu – również w skrócie zwanymi: „OWU”).

Opisane powyżej wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń mają duże znaczenie praktyczne. W sposób istotny wpływają bowiem na zakres ryzyka ubezpieczeniowego przyjmowanego przez ubezpieczyciela. Z tego też względu bardzo istotna jest konieczność uwzględniania przy formułowaniu wzorców umownych treści art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., dotyczących niedozwolonych postanowień umownych. W grę wchodzi również art. 12 ust. 3 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej<sup>11</sup>, przewidujące obowiązek formułowania postanowień umowy i ogólnych warunków ubezpieczenia w sposób jednoznaczny i zrozumiały oraz nakazujące postanowienia niejednoznaczne interpretować na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.<sup>12</sup>

Przedmiotem dalszej analizy będzie wykazanie doniosłości powyższej kwestii na przykładzie klauzuli wpisanej do rejestru niedozwolonych postanowień umownych pod nr 3456 – o następującym brzmieniu: „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”.<sup>13</sup> Klauzula ta jest bowiem przykładem postanowienia wyłączonego odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ryzykami, które zaistniały przed zawarciem umowy ubezpieczenia.

## 2. Istota niedozwolonych postanowień umownych

Niedozwolone postanowienia umowne są w literaturze często określane skrótowo jako tzw. klauzule abuzywne. Definicję klauzuli abuzywnej zawiera art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c., uznając za taką wszelkie postanowienia kształtujące prawa i obowiązki konsumenta w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszające jego interesy. Nie dotyczy to jednak postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

10. Tak np. M. Orlicki, J. Pokrzywniak w komentarzu do art. 834 k.c., *Umowa Ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji Kodeksu Cywilnego*, Warszawa 2008, s. 142.

11. Ustawa z dnia 22 maja 2003 r., [Dz.U.2003.124.1154];

12. Na konieczność uwzględniania powyższych przepisów przy tworzeniu wzorców umownych wskazuje m.in. M. Łachutko, *Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń w ubezpieczeniach osobowych*, „Prawo Asekuracyjne” 2007, nr 2, s. 42 i n.

13. Klauzula wpisana do rejestru niedozwolonych postanowień umownych w dniu 01.08.2012 r. – na podstawie wyroku Sądu Okręgowego w Warszawie Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów Wydział XVII Ochrony Konkurencji i Konsumentów z dnia 19.11.2011r. [XVII AmC 145/10] utrzymanego w mocy wyrokiem Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 9 lutego 2012 r. VI Wydział Cywilny [VI ACa 1472/2011, opubl. LexPolonica nr 3952765] – jednak apelacja od rozstrzygnięcia Sądu I Instancji nie obejmowała omawianej klauzuli.

Niedozwolonym postanowieniem umownym nie jest również postanowienie, które zostało indywidualnie uzgodnione z konsumentem.<sup>14</sup> Możliwość uznania danego postanowienia wzorca umownego za klauzulę abuzywną zależy zatem od łącznego spełnienia następujących przesłanek:

- 1) ukształtowanie praw i obowiązków konsumenta w sposób **sprzeczny z dobrymi obyczajami**;
- 2) **rażące naruszenie interesów** konsumenta;
- 3) dane postanowienie **nie określa głównych świadczeń stron** albo – dotycząc głównych świadczeń stron – nie zostało sformułowane w sposób **jednoznaczny**;
- 4) dane postanowienie **nie zostało indywidualnie uzgodnione** z konsumentem;

Przy ocenie, czy dane postanowienie wzorca umownego ma charakter klauzuli abuzywnej znaczenie ma również art. 385<sup>3</sup> k.c., wyliczający w sposób przykładowy rodzaje niedozwolonych postanowień umownych. Jak się podkreśla w doktrynie, niewątpliwie część z postanowień wymienionych w tym przepisie jest szczególnie ważna z punktu widzenia praktyki zakładów ubezpieczeń.<sup>15</sup> Wydaje się jednak jednocześnie, iż katalog ten nie uwzględnia do końca specyfiki ubezpieczeń gospodarczych.<sup>16</sup>

Należy pamiętać o tym, że **zakres zastosowania przepisów o klauzulach abuzywnych w odniesieniu do ubezpieczeń został rozszerzony w stosunku do „standardowej” ochrony udzielanej konsumentom**, co jest wyrazem ogólnej tendencji ustawodawcy do rozszerzania ochrony udzielanej konsumentom usług ubezpieczeniowych.<sup>17</sup> Zgodnie z art. 385<sup>1</sup> k.c., ochrona przewidziana w tym przepisie dotyczy umów zawieranych z konsumentem. Definicję konsumenta zawiera art. 22<sup>1</sup> k.c., zgodnie z którym za konsumenta uważa się osobę fizyczną dokonującą czynności prawnej niezwiązanej bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Tymczasem, na podstawie z art. 805 § 4 k.c., przepisy art. 385<sup>1</sup>–385<sup>3</sup> stosuje się odpowiednio, jeżeli ubezpieczającym jest osoba fizyczna zawierająca umowę związaną bezpośrednio z jej działalnością gospodarczą lub zawodową. Natomiast, zgodnie z art. 808 § 5 k.c., jeżeli umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej, art. 385<sup>1</sup>–385<sup>3</sup> k.c. stosuje się odpowiednio w zakresie, w jakim umowa dotyczy praw i obowiązków ubezpieczonego. Regulacja dotycząca zasad ochrony konsumenta przed klauzulami abuzywnymi ma więc odpowiednie zastosowanie także do:

- 1) ubezpieczających osób fizycznych niebędących konsumentami;<sup>18</sup>
- 2) osób niebędących stroną umowy – czyli ubezpieczonych (o ile umowa ubezpieczenia nie wiąże się bezpośrednio z działalnością gospodarczą lub zawodową ubezpieczonej osoby fizycznej).

Wypada więc podkreślić, iż regulacja kodeksowa rozciąga ochronę z art. 385<sup>1</sup> k.c. **również na osoby niebędące stroną umowy ubezpieczenia, ale będące podmiotem stosunku ubezpie-**

---

14. W doktrynie wskazuje się jednak na wymóg realnego wpływu konsumenta na uzgadnianie postanowień wzorca – tak m.in. Cz. Żuławska [w:] *Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Tom I*, Lexisnexis, wydanie elektroniczne, komentarz do art. 3851 § 1 k.c.

15. Postanowienia wskazane np. przez S. Rogowskiego [w:] *Ochrona konsumenta usługi ubezpieczeniowej w prawie polskim*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, pod red. T. Sangowskiego, t. 4, Bydgoszcz–Poznań 2002, s. 89.

16. Szerzej na ten temat J. Nawracała, *Klauzule abuzywne w ubezpieczeniach – wadliwość obowiązującej regulacji*, „Prawo Asekuracyjne” 2010, nr 4, s. 52 i n.

17. Szerzej na ten temat D. Fuchs, Ł. Szymański, *Zróżnicowanie zakresu ochrony poszczególnych kategorii nieprofesjonalnych uczestników rynku ubezpieczeniowego*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 3, s. 16 i n.

18. M. Orlicki [w:] M. Orlicki, J. Pokrzywniak, *Umowa Ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji Kodeksu Cywilnego*, Warszawa 2008, s. 30.

zeniowego. Ma to istotne znaczenie praktyczne w kontekście omawianego zagadnienia. Kontrola wzorców umownych pod kątem klauzul abuzywnych będzie dotyczyć bowiem również umów ubezpieczenia grupowego, które zawsze są umowami zawieranymi na cudzy rachunek.

Ze względu na ramy niniejszego opracowania, przedmiotem rozważań nie będą konsekwencje uznania danego postanowienia wzorca umownego za klauzulę abuzywną.<sup>19</sup> W dalszej części artykułu skupię się zatem na analizie treści klauzuli nr 3456 w kontekście art. art. 385<sup>1</sup> i 385<sup>3</sup> k.c. oraz na motywach rozstrzygnięcia sądu.

### 3. Klauzula nr 3456 – motywy rozstrzygnięcia Sądu<sup>20</sup>

Omówienia wymagają motywy rozstrzygnięcia, jakimi kierował się Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów (dalej również: „SOKiK”), gdy uznał omówione powyżej postanowienie za niedozwolone postanowienie umowne. Na marginesie należy zaznaczyć, iż pozwany ubezpieczyciel nie wnosił apelacji od rozstrzygnięcia tego sądu w zakresie, w którym dotyczyło ono rzeczowej klauzuli. Sąd II instancji orzekający w sprawie (powództwo obejmowało również inne postanowienia wzorców umownych stosowanych przez pozwanego, apelacja pozwanego dotyczyła części z nich) nie prowadził zatem rozważań dotyczących tej kwestii.

W opinii SOKiK treść postanowienia wpisanego następnie do rejestru niedozwolonych postanowień umownych pod 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.

Odnosząc się z kolei do zarzutu pozwanego ubezpieczyciela, iż postanowienie to nie powinno podlegać kontroli pod kątem abuzywności jako postanowienie określające główne świadczenie ubezpieczyciela, SOKiK nie podzielił takiego zapatrywania. **Świadczeniem głównym stron jest bowiem w opinii sądu: ze strony ubezpieczającego (ubezpieczonego) – zapłata składki, ze strony ubezpieczyciela – zapłata określonej kwoty pieniężnej w przypadku zajścia określonego zdarzenia**. Zdaniem sądu nie zalicza się natomiast do świadczenia głównego udzielenie przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej. Obowiązek spełnienia świadczenia ziszcza się zatem dopiero w przypadku zaistnienia zdarzenia przyjętego w umowie ubezpieczenia, a więc objętego zakresem ubezpieczenia. Jednocześnie sąd uznał, iż – nawet gdyby klauzula ta miała dotyczyć świadczenia głównego ubezpieczyciela – może podlegać kontroli pod kątem abuzywności, z uwagi na fakt, iż postanowienie ogólnych warunków ubezpieczenia ma charakter niejednoznaczny.

19. Szerzej na temat trybu uznania danego postanowienia wzorca umownego za niedozwolone postanowienie umowne oraz konsekwencji z tym związanych: J. Nawracała, *Klauzule abuzywne...*, „Prawo Asekuracyjne” 2010, nr 4, s. 51 i n.

20. Przytoczone w niniejszej części artykułu motywy uzasadnienia wyroku Sądu Okręgowego Ochrony Konkurencji i Konsumentów zostały częściowo sparafrazowane w opublikowanym uzasadnieniu wyroku Sądu Apelacyjnego [opubl. LexPolonica nr 3952765], jednak część rozważań – istotnych dla omawianego problemu – została zawarta wyłącznie w nieopublikowanym uzasadnieniu wyroku sądu I instancji.

W konsekwencji SOKiK uznał rzezione postanowienie za sprzeczne z dobrymi obyczajami i naruszające interes konsumentów i w związku z tym niedozwolone – jako sprzeczne z art. 385<sup>1</sup> § 1 i art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c.<sup>21</sup> W opinii sądu bowiem, skoro kwestionowane postanowienie nie zawiera odwołania do obiektywnego kryterium stwierdzenia wystąpienia poważnego zachorowania przed zawarciem umowy ubezpieczenia (choćby w postaci dokumentacji lekarskiej), wyłącznie od interpretacji strony pozwanej zależy uznanie, czy wystąpiło poważne zachorowanie.

W poczynionych rozważaniach sąd podkreślił również, iż „Ubezpieczyciel przed zawarciem umowy powinien przeprowadzić szczegółowy wywiad medyczny przebytych chorób przez ubezpieczonego [art. 815 k.c.], a zebrane w ten sposób informacje służą ocenie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kalkulacji wysokości składki, jednakże fakt wystąpienia danej choroby powinien być w sposób obiektywny stwierdzony”. Należy jednak zaznaczyć w tym miejscu, iż pomimo tego sprostowania, ocena przez sąd omawianego postanowienia jako klauzuli abuzywniej była związana z jego nieprecyzyjnym sformułowaniem. Nie zaś z faktem, że w praktyce tego rodzaju wyłączenie oznacza brak konieczności dokonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego przez ubezpieczyciela.

#### 4. Ocena rozstrzygnięcia

Trudno nie zgodzić się z przytoczonymi powyżej argumentami sądu dotyczącymi braku precyzji w sformułowaniu klauzuli. Nie wiadomo bowiem, co należy uznać za moment „wystąpienia” poważnego zachorowania ani na podstawie jakich kryteriów jest to oceniane. Z uwagi na fakt, iż wyłączenie ochrony ubezpieczeniowej odnosi się do poważnych zachorowań, które wystąpiły przed zawarciem umowy ubezpieczenia, szczególnie istotne jest określenie, w którym dokładnie momencie wystąpiło takie zachorowanie. Bez precyzyjnej definicji wyjaśniającej, jak należy ten moment określić, powstają w praktyce niemożliwe do przewyżczenia przeszkody w ustaleniu tego momentu. W wielu przypadkach bowiem odpowiedź na pytanie, w której chwili doszło do poważnego zachorowania jest niemożliwa nawet z medycznego punktu widzenia.

Nie ulega zatem wątpliwości, że przedmiotowe postanowienie ma charakter niejednoznaczny. Należy jednak zastanowić się nad wnioskiem, do którego doszedł SOKiK, zgodnie z którym oznacza to abuzywność tego postanowienia w świetle art. 385<sup>3</sup> pkt 9 k.c. W mojej opinii takie rozumowanie należy uznać za błędne. Czym innym jest bowiem przyznanie jednej ze stron prawa dokonywania wiążącej interpretacji umowy, a czym innym użycie w umowie (ogólnych warunkach ubezpieczenia) pojęć o charakterze klauzul generalnych, które mogą być w konkretnej sytuacji przez strony odmiennie interpretowane. Zwróćmy uwagę na fakt, że zgodnie z art. 15 i 16 ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz art. 817 k.c. zakład ubezpieczeń spełnia świadczenie ubezpieczeniowe po przeprowadzeniu postępowania w sprawie likwidacji szkody. Podczas tego postępowania stwierdza, czy istnieją przesłanki przesądzające bądź wykluczające jego odpowiedzialność. Postępowanie to kończy się wydaniem decyzji w sprawie wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego lub odmowy przyjęcia odpowiedzialności. Idąc tokiem rozumowania SOKiK, można uznać, że wprowadzanie przez ubezpieczyciela jakichkolwiek wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej będzie naruszeniem art. 385<sup>1</sup> pkt 9, ponieważ to, czy dane wyłączenie ochrony ubezpieczeniowej

---

21. Zgodnie z tym przepisem niedozwolonym postanowieniem umownym jest postanowienie, które przyznaje kontrahentowi konsumenta uprawnienia do dokonywania wiążącej interpretacji umowy.



ma zastosowanie, podlegać będzie przecież ocenie przez ubezpieczyciela, który na tej podstawie wyda decyzję dotyczącą świadczenia ubezpieczeniowego. Klauzulą abuzywną byłoby zatem takie postanowienie OWU, zgodnie z którym ubezpieczyciel ma wyłączne prawo dokonywania wiążącej interpretacji postanowień OWU. Konsekwencją takich [sprzecznych z prawem] postanowień OWU byłoby to, że klient – jako związany interpretacją ubezpieczyciela – nie miałby prawa do dokonania odmiennej oceny sytuacji niż ubezpieczyciel oraz dochodzenia swych roszczeń przed sądem. Tymczasem omawiane postanowienie OWU nie przyznaje ubezpieczycielowi takiego prawa. Stanowi jedynie o tym, w jakich sytuacjach ochrona ubezpieczeniowa nie przysługuje.

Co więcej – nie należy w tym miejscu zapominać o art. 12 ust. 3 i 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej. Zgodnie z tymi przepisami:

„3. Ogólne warunki ubezpieczenia oraz umowa ubezpieczenia powinny być formułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały.

4. Postanowienia sformułowane niejednoznacznie interpretuje się na korzyść ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia”.

Mamy zatem do czynienia z bezwzględnie obowiązującym przepisem prawa, który wszelkie niejasności umowy ubezpieczenia lub OWU nakazuje tłumaczyć na korzyść klienta. Przepis ten ma właściwie charakter szczególny w stosunku do art. 65 k.c.<sup>22</sup> określającego ogólne zasady wykładni oświadczeń woli. Art. 12 ust. 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej wprowadza regułę interpretacyjną, która wymusza swoje zastosowanie – nawet jeśli to doprowadzi do wniosków sprzecznych z intencją stron umowy ubezpieczenia (a przynajmniej ubezpieczyciela). Paradoksalnie – jakkolwiek niejasność zawarta w umowie ubezpieczenia / OWU działa w tym aspekcie na korzyść klienta. Odnosi się to w szczególności do postanowień wyłączających odpowiedzialność ubezpieczyciela. Trudno zatem uznać, aby sam fakt, iż dane postanowienie wzorca umownego było sformułowane w sposób nieprecyzyjny, naruszał w sposób rażący interesy konsumenta usługi ubezpieczeniowej. Ochrona tych interesów jest bowiem wymuszona przez bezwzględnie obowiązujące przepisy prawa, mające zastosowanie do wykładni postanowień wzorca umownego (na korzyść konsumenta).

Niestety – powyższy (błędny w mojej opinii) sposób rozumowania przyjęty przez sąd należy uznać za trwale ustalony w linii orzeczniczej Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz sądu apelacyjnego rozpatrującego apelacje od rozstrzygnięć SOKiK. Brak precyzji postanowień wzorców umownych stanowi bardzo częstą przyczynę uznania określonego postanowienia za klauzulę abuzywną.<sup>23</sup> Z tego względu nie należy raczej spodziewać się, aby przedstawiony przeze mnie powyżej sposób argumentacji miał przekonać składy orzekające. Nawet gdyby się tak jednak stało, to i tak nie ulega wątpliwości, iż brak precyzji w formułowaniu wyłączeń ochrony ubezpieczeniowej nie leży w interesie zakładu ubezpieczeń.

Co się tyczy rozważań sądu dotyczących charakteru świadczenia zakładu ubezpieczeń – wydaje się, że należy podzielić w tym aspekcie stanowisko sądu. W doktrynie prawa ubezpieczeń

22. „§ 1. Oświadczenie woli należy tak tłumaczyć, jak tego wymagają ze względu na okoliczności, w których złożone zostało, zasady współżycia społecznego oraz ustalone zwyczaje.

§ 2. W umowach należy raczej badać, jaki był zgodny zamiar stron i cel umowy, aniżeli opierać się na jej dosłownym brzmieniu”.

23. Jako przykład można tutaj wymienić klauzule nr 1264, 1307, 1324, 1423 – klauzule oraz motywy rozstrzygnięcia sądów zostały opisane w raporcie Rzecznika Ubezpieczonych „Klauzule abuzywne w działalności ubezpieczeniowej” – dostępny na stronie <http://rzu.gov.pl/>.

istniał swego czasu spór co do tego, czy świadczenie zakładu ubezpieczeń faktycznie można sprowadzić tylko do zapłaty odszkodowania lub świadczenia wskutek zajścia wypadku ubezpieczeniowego, czy też świadczeniem zakładu ubezpieczeń jest również samo ponoszenie ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej. Dylemat niniejszy odzwierciedla rozbieżności pomiędzy dwiema koncepcjami, które pojawiły się w doktrynie niemieckiej. Pierwsza z nich, zwana *Geldleistungstheorie*, traktuje świadczenie ubezpieczyciela tylko jako zapłatę określonej sumy pieniężnej w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego.<sup>24</sup> Druga koncepcja, tzw. *Gefahrtragungstheorie*, różnie zresztą nazywana w literaturze polskiej, głosi, że świadczenie zakładu ubezpieczeń polega na samym ponoszeniu ryzyka zapłaty określonej sumy pieniężnej w razie zajścia wypadku ubezpieczeniowego. Świadczenie ubezpieczyciela to zatem zapewnianie ochrony ubezpieczeniowej.<sup>25</sup> W polskiej doktrynie prawa ubezpieczeniowego dominuje pogląd, iż świadczenie ubezpieczyciela nie polega wyłącznie na zapłacie, ale też na samym udzielaniu ochrony ubezpieczeniowej.<sup>26</sup> Jak się jednak wydaje – koncepcję tę trudno pogodzić z art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. Skoro bowiem absolutna większość postanowień danego wzorca umownego odnosi się bezpośrednio bądź pośrednio do zakresu świadczonej ochrony ubezpieczeniowej – wyłączałoby to te postanowienia [o ile nie są sformułowane w sposób niejednoznaczny] z zakresu kontroli pod kątem abuzywności. Aksjologicznie uzasadniony będzie zatem wniosek, iż w kontekście art. 385<sup>1</sup> § 1 k.c. za postanowienia określające świadczenie główne ubezpieczyciela należałoby uznać wyłącznie te postanowienia, które określają wysokość wypłacanego odszkodowania lub świadczenia z umowy ubezpieczenia. Abstrahując jednak od powyższych rozważań, za słuszne należy uznać poczynione przez sąd spostrzeżenie, iż na kanwie ocenianego postanowienia zagadnienie to jest pozbawione znaczenia – z uwagi na fakt, iż mamy do czynienia z postanowieniem niejednoznacznym.

Na gruncie praktyki ubezpieczeniowej niezwykle ważny jest jednak także inny wniosek pośrednio wynikający z uzasadnienia wyroku SOKiK. Otóż, Sąd nie upatrywał abuzywności ocenianego postanowienia w tym, iż mamy do czynienia z wyłączeniem odnoszącym się do kwestii, które mogą zostać ocenione przez ubezpieczyciela na etapie oceny ryzyka i zbierania informacji w trybie określonym w art. 815 k.c.<sup>27</sup> Jest to o tyle istotne, że praktyczny wymiar wyłączeń od-

---

24. Za M. Orlicki, *Umowa ubezpieczenia*, Warszawa 2002, s. 133. Głównym przedstawicielem tej teorii był V. Ehrenberg, *Versicherungsrecht*, Leipzig 1893, t. 1, s. 56 i n.

25. Za M. Orlicki, *Ibidem*, s. 133.

26. Tak np. A. Wąsiewicz, *Umowa ubezpieczenia*, [w:] *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, (red A. Wąsiewicz), t. 3, Bydgoszcz 1997, s. 110; M. Orlicki, *Ibidem*, s. 133 i n.; M. Orlicki, *Uwagi o charakterze prawnym świadczenia zakładu ubezpieczeń*, *PUR* 1999, nr 10, s. 50 i n.; D. Fuchs, *Wybrane cechy umowy ubezpieczenia majątkowego*, „*Prawo Asekuracyjne*” 1999, nr 4, s. 42; D. Fuchs, *Ochrona ubezpieczeniowa jako świadczenie główne ubezpieczyciela*, „*Prawo Asekuracyjne*” 2006, nr 2, s. 40 i n.; W. Warkało, [w:] W. Warkało, W. Marek, W. Mogiński, *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa 1983, s. 254.

27. „§ 1. Ubezpieczający obowiązany jest podać do wiadomości ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które ubezpieczyciel zapytywał w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

§ 2. Jeżeli w umowie ubezpieczenia zastrzeżono, że w czasie jej trwania należy zgłaszać zmiany okoliczności wymienionych w paragrafie poprzedzającym, ubezpieczający obowiązany jest zawiadamiać o tych zmianach ubezpieczyciela niezwłocznie po otrzymaniu o nich wiadomości. Przepisu tego nie stosuje się do ubezpieczeń na życie.

powiedzialności, o których była mowa na wstępie niniejszego artykułu (w tym konkretnego postanowienia wpisanego do rejestru pod nr 3456), wyraża się w tym, iż w praktyce ubezpieczyciel zdejmuje z siebie konieczność dokonywania oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Zamiast bowiem zadać ubezpieczającemu / ubezpieczonemu konkretne pytania dotyczące okoliczności, które miały miejsce przed zawarciem umowy (co umożliwiłoby ewentualne zwolnienie się z odpowiedzialności na podstawie dosyć rygorystycznego dla ubezpieczycieli art. 815 § 3 k.c.<sup>28</sup>), ubezpieczyciel z góry wyłącza odpowiedzialność za zdarzenia ubezpieczeniowe polegające na wystąpieniu choroby, której doświadczył już wcześniej ubezpieczony przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Możliwość zwolnienia ubezpieczyciela od odpowiedzialności nie tylko nie jest zatem uzależniona od tego, że ubezpieczający / ubezpieczony poda ubezpieczycielowi informacje niezgodne ze swoją wiedzą, ale również nie jest uzależniona od kwestii związku przyczynowego pomiędzy zachorowaniem, które wystąpiło u ubezpieczonego przed zawarciem umowy ubezpieczenia, a zachorowaniem, które wystąpiło w okresie ubezpieczenia.

Z uzasadnienia wyroku sądu można wyciągnąć pośredni, ale wyraźny wniosek, iż wprowadzenie tego rodzaju wyłączeń ochrony jest dopuszczalne, o ile mają one charakter precyzyjny. Jako przykład podał odniesienie się do zachorowania zdiagnozowanego przez lekarza, udokumentowanego kartą chorobową. Co za tym idzie – jak się wydaje – **przedmiotowe rozstrzygnięcie nie pociąga za sobą konieczności zmiany stosowanej przez ubezpieczycieli praktyki, a jedynie konieczność jednoznacznego formułowania stosowanych przez nich wzorców umownych.**

Możliwość stosowania przez ubezpieczyciela wyłączeń odpowiedzialności będzie miała zastosowanie również w odniesieniu do drugiego rodzaju wyłączeń omówionych na wstępie artykułu – to jest odnoszących się do przyczyny wypadku ubezpieczeniowego, istniejącej przed zawarciem umowy ubezpieczenia (bądź przystąpieniem przez danego ubezpieczonego do umowy zawartej na cudzy rachunek). W odróżnieniu od postanowienia będącego przedmiotem rozważań SOKiK, tego rodzaju wyłączenia same w sobie zawierają przesłankę związku przyczynowego. W tym aspekcie ich zastosowanie ma charakter nawet mniej restrykcyjny w porównaniu do wyłączenia ocenianego przez SOKiK, które nie przewiduje konieczności istnienia związku przyczynowego między wystąpieniem danej choroby przed zawarciem umowy ubezpieczenia a jej ponownym wystąpieniem w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Z drugiej jednak strony w przypadku takich wyłączeń jeszcze wyraźniej przedstawia się kwestia ich oceny w kontekście art. 815 k.c. **Pojawia się bowiem pytanie, czy odejście przez ubezpieczyciela od oceny ryzyka ubezpieczeniowego nie stanowi rażącego naruszenia interesów konsumenta w kontekście art. 815 k.c. nakładającego obowiązek deklaracji ryzyka (jednak wyłącznie w zakresie, o który ubezpieczyciel zapytywał) i przewidującego precyzyjne warunki, pod którymi ubezpieczyciel**

---

§ 2<sup>1</sup>. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek obowiązki określone w paragrafach poprzedzających spoczywają zarówno na ubezpieczającym, jak i na ubezpieczonym, chyba że ubezpieczony nie wiedział o zawarciu umowy na jego rachunek.

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

28. Szerzej na temat tego przepisu i zagadnień prawnych z nim związanych – J. Nawracała [w:] *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz. Tom II. Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach. Komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów* (red. Z. Brodecki, M. Serwach, M. Glicz], Warszawa 2010, s. 248 i n.

może zwolnić się z odpowiedzialności w przypadku uchybienia temu obowiązkowi przez ubezpieczającego / ubezpieczonego. W grę wchodzi również pytanie, czy tego rodzaju wyłączenie zawarte we wzorcu umownym nie jest w istocie obejściem art. 815 k.c., co powodowałoby nieważność takiej klauzuli na podstawie art. 58 § 1 k.c. Jest to szczególnie istotne w przypadku ubezpieczeń na życie *sensu stricto*. Zgodnie bowiem z art. 834 k.c., mającym charakter *lex specialis* w stosunku do art. 815 § 3 k.c.: „Jeżeli do wypadku doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia na życie, ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba osoby ubezpieczonej. Umowa lub ogólne warunki ubezpieczenia mogą skrócić powyższy termin”. Skoro zatem ustawodawca przewiduje, iż ubezpieczyciel nie może zastosować sankcji zwolnienia z odpowiedzialności z tytułu uchybienia obowiązkowi deklaracji ryzyka, jeżeli od zawarcia umowy ubezpieczenia minęło więcej niż 3 lata, zasadne wydaje się pytanie, czy dopuszczalny jest zapis umowy ubezpieczenia / OWU, zgodnie z którym taką sankcję można stosować bezwarunkowo, i to wtedy, kiedy w ogóle nie ma deklaracji ryzyka. **W mojej opinii taka możliwość istnieje. Art. 815 k.c. przewiduje bowiem jedynie obowiązek deklaracji ryzyka w zakresie, o który ubezpieczyciel zapytywał, i określa ewentualne konsekwencje niewykonania tego obowiązku. Nie nakłada jednak na ubezpieczyciela obowiązku analizy ryzyka przed zawarciem umowy ani też nie zakazuje wprowadzania do umowy ubezpieczenia wyłączeń odpowiedzialności odnoszących się do kwestii, o które ubezpieczyciel teoretycznie mógł zapytać przed zawarciem umowy.** To, czy konstrukcja danej umowy ubezpieczenia oparta jest na modelu deklaracji ryzyka, czy też na modelu automatycznych wyłączeń odpowiedzialności, powinno być dyktowane jedynie decyzją biznesową ubezpieczyciela. Ze względów oczywistych pierwszy model jest zdecydowanie bardziej korzystny dla ubezpieczającego / ubezpieczonego, podczas gdy drugi – jest lepszy z punktu widzenia ubezpieczyciela. Z tego względu wymogi konkurencyjności mogą zadecydować o tym, iż ubezpieczyciel będzie oferował ubezpieczenia na życie oparte o pierwszy model konstrukcyjny. W takim wypadku w praktyce konieczne będzie dokonywanie przez niego analizy i oceny ryzyka w trybie art. 815 k.c., a do ewentualnego zwolnienia z odpowiedzialności będzie miał zastosowanie § 3 tego przepisu z możliwym uwzględnieniem art. 834 k.c.

## Podsumowanie

Wpisanie do rejestru niedozwolonych postanowień umownych omówionej w niniejszym artykule klauzuli ma doniosłe znaczenie dla rynku ubezpieczeniowego – w szczególności dla rynku ubezpieczeń życiowych. Z jednej bowiem strony jest to wyraźny sygnał, iż wszelkie postanowienia stosowanych przez ubezpieczycieli wzorców umownych muszą być formułowane w sposób bardzo wyraźny i jednoznaczny. Z drugiej jednak strony stanowi pośrednie potwierdzenie dopuszczalności stosowania przez ubezpieczycieli klauzul wyłączających w sposób automatyczny odpowiedzialność, w przypadku gdy przed zawarciem umowy ubezpieczenia (bądź przystąpieniem do ubezpieczenia przez danego ubezpieczonego) zaszły określone zdarzenia wymienione w umowie ubezpieczenia / OWU. W praktyce oznacza to, iż ubezpieczyciel nie ma bezwzględnego obowiązku dokonywania analizy ryzyka na etapie zawierania umowy ubezpieczenia / udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Ma to istotne znaczenie w szczególności w kontekście grupowych umów ubezpieczenia na życie, w których możliwość dokonywania takiej analizy jest często znacznie ograniczona.

## Wykaz źródeł

- Fuchs D., *Ochrona ubezpieczeniowa jako świadczenie główne ubezpieczyciela*, „Prawo Asekuracyjne” 2006, nr 2.
- Fuchs D., *Wybrane cechy umowy ubezpieczenia majątkowego*, „Prawo Asekuracyjne” 1999, nr 4.
- Fuchs D., Ł. Szymański, *Zróżnicowanie zakresu ochrony poszczególnych kategorii nieprofesjonalnych uczestników rynku ubezpieczeniowego*, „Prawo Asekuracyjne” 2012, nr 3.
- Handschke J., 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.
- Łachutko M., *Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności zakładów ubezpieczeń w ubezpieczeniach osobowych*, „Prawo Asekuracyjne” 2007.
- Malinowska K., *Ubezpieczenie na życie – niebył w majestacie prawa?*, „Prawo Asekuracyjne” 2008, nr 2.
- Malinowska K., *Zamówienia w Grupówkach*, „Miesięcznik Ubezpieczeniowy” 2009, nr 9, s. 40.
- Nawracała J., *Klauzule abuzywne w ubezpieczeniach – wadliwość obowiązującej regulacji*, „Prawo Asekuracyjne” 2010, nr 4.
- Nawracała J., w: *Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz. Tom II. Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach. Komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów* (red. Z. Brodecki, M. Serwach, M. Glicz), Warszawa 2010.
- Orlicki M., *Umowa ubezpieczenia*, Warszawa 2002.
- Orlicki M., *Uwagi o charakterze prawnym świadczenia zakładu ubezpieczeń*, PUR 1999, nr 10.
- Orlicki M., J. Pokrzywniak, *Umowa Ubezpieczenia. Komentarz do nowelizacji Kodeksu Cywilnego*, Warszawa 2008.
- Rogowski S., w: *Ochrona konsumenta usługi ubezpieczeniowej w prawie polskim*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej*, pod red. T. Sangowskiego, t. 4, Bydgoszcz–Poznań 2002.
- Serwach M., *Grupowe ubezpieczenia na życie w świetle prawa, doktryny i praktyki ubezpieczeniowej*, „Prawo Asekuracyjne” 2010, nr 2.
- Szczepańska M., *Wpływ zmian w Kodeksie cywilnym na ubezpieczenia na życie*, „Prawo Asekuracyjne” 2007, nr 3.
- Szczepańska M., *Ubezpieczenia na życie. Aspekty prawne*, Warszawa 2008.
- Warkało W., w: W. Warkało, W. Marek., W. Mogiński, *Prawo ubezpieczeniowe*, Warszawa 1983.
- Wąsiewicz A., *Umowa ubezpieczenia*, w: *Ubezpieczenia w gospodarce rynkowej* (red A. Wąsiewicz), t. 3, Bydgoszcz 1997.
- Żuławska Cz., w: *Komentarz do Kodeksu cywilnego. Księga trzecia. Zobowiązania. Tom I*, Lexis-nexis, wydanie elektroniczne.

**JAKUB NAWRACAŁA** – radca prawny, od 2005 r. związany z Grupą Concordia, gdzie pełnił kolejno funkcję dyrektora Biura Prawnego, a następnie dyrektora Biura Ubezpieczeń OP i OC, obecnie prowadzi kancelarię prawną.