

## UZASADNIENIE

Pozwem z dnia 2012-04-26 powód – Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów - domagał się uznania za niedozwolone i zakazania wykorzystywania w obrocie z konsumentami postanowienia o treści:

"Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, zwalnia lekarzy prowadzących w kraju stałego miejsca zamieszkania i za granicą z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyraża zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej przedstawicielom (...)",

zawartego w § 3.9 wzorca umowy "Ogólne Warunki Ubezpieczenia Bezpieczne Podróże", którym posługuje się pozwany – (...) S.A. w W.. Nadto wniósł o zasądzenie kosztów procesu.

W ocenie powoda wskazane postanowienie wzorca umowy stanowi niedozwoloną klauzulę, gdyż jest sprzeczne z dobrymi obyczajami i rażąco narusza interesy konsumentów. Wypełniałoby tym hipotezę art. 385[1] § 1 kc, zgodnie z którym niedozwolonymi są postanowienia umowy zawieranej z konsumentem, niezgodnione z nim indywidualnie, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy – z wyłączeniem postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny. Powód wskazał, iż skarżone przez niego postanowienie przewiduje, że poprzez sam fakt przystąpienia ubezpieczonego do ubezpieczenia zwalnia on swych lekarzy prowadzących z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyraża zgodę na udostępnianie dokumentacji medycznej przedstawicielom ubezpieczyciela. W ocenie powoda tak sformułowane postanowienie, zawierające ogólne upoważnienie do względu we wszelką dokumentację medyczną ubezpieczonego, niezależnie od okoliczności, może naruszać dobre obyczaje.

Zdaniem powoda tylko w niektórych okolicznościach umożliwienie zakładowi ubezpieczeń dostępu do danych dotyczących stanu zdrowia oraz akt chorobowych pacjenta ubezpieczonego przez ten zakład jest konieczne i niezbędne. Po pierwsze wtedy, gdy przy zawieraniu umowy ubezpieczenia badane są okoliczności, które mogą wpłynąć na ocenę ryzyka przez zakład ubezpieczeń. Po drugie w celu dokonania oceny wypadku ubezpieczeniowego przez zakład ubezpieczeń w procesie likwidacji szkody.

Pozwany domagał się oddalenia powództwa i wniósł o zasądzenie kosztów procesu. Uzasadniając swoje stanowisko wskazał, iż z przepisów ustawy z dnia 2003-05-22 o działalności ubezpieczeniowej wynika możliwość uzyskania przez zakład ubezpieczeniowy informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu. Z przepisów powyższej ustawy wynika, że zakład musi mieć pisemną zgodę ubezpieczonego występując o dokumentację medyczną. Ze specyfiki ubezpieczeń turystycznych wynika, iż zdecydowana większość zdarzeń ubezpieczeniowych likwidowana jest z pominięciem ubezpieczonego. Zdaniem pozwanego konieczne jest więc uprzednie wypełnienie dokumentacji medycznej oraz zwolnienie lekarzy od tajemnicy lekarskiej. Procedura stosowana przez pozwanego ma na celu, jego zdaniem, usprawnienie procedury wypłaty odszkodowania ubezpieczonemu. Podniósł, że zgoda zawarta w przedmiotowej klauzuli wykorzystywana jest tylko w sytuacji likwidacji szkody, a więc tylko po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, i tylko w sytuacji braku zgody wyrażonej na formularzu.

### **Sąd Okręgowy ustalił następujący stan faktyczny:**

Pozwany (...) S.A. prowadzi działalność gospodarczą, której przedmiotem jest działalność ubezpieczeniowa bezpośrednia i reasekuracyjna. W ramach tej działalności posługuje się w obrocie z konsumentami wzorcem umownym „Ogólne Warunki Ubezpieczenia Bezpieczne Podróże” (dalej również: OWU BP), proponowanym konsumentom przez pozwanego przy zawieraniu umów ubezpieczenia turystycznego. Częścią tej umowy jest postanowienie o następującej treści:

"Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, zwalnia lekarzy prowadzących w kraju stałego miejsca zamieszkania i za granicą z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej i wyraża zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej przedstawicielom(...)".

Pozwany nie zaprzeczył prawdziwości wzorca, ani treści kwestionowanego pozwem zapisu. Art. 230 kpc stanowi, że gdy strona nie wypowie się co do twierdzeń strony przeciwnej o faktach, sąd, mając na uwadze wyniki całej rozprawy, może fakty te uznać za przyznane. Za podstawę ustalenia stanu faktycznego Sąd przyjął zatem wzajemnie niekwestionowane twierdzenia stron kierując się zasadą wyrażoną w art. 230 kpc.

### **Sąd Okręgowy zważył, co następuje:**

Ponieważ powództwo w niniejszej sprawie zostało wniesione przed 2012-05-03, tj. przed zmianą przepisów Kodeksu Postępowania Cywilnego, zastosowanie w niniejszej sprawie miały przepisy kpc obowiązujące w dacie wniesienia pozwu.

Powództwo zasługuje na uwzględnienie.

Na wstępie rozważań merytorycznych wyjaśnienia wymaga, że w postępowaniu o uznanie postanowień wzorca umowy za niedozwolone Sąd dokonuje abstrakcyjnej oceny wzorca celem ustalenia, czy zawarte w nim klauzule mają charakter niedozwolonych postanowień umownych w rozumieniu art. 385[1] § 1 kc. Przechodząc do oceny postanowień wzorca pod kątem ich niedozwolonego charakteru, wskazać należy, co następuje. Stosownie do treści art. 385[1] §1 kc, aby uznać dane postanowienie umowne za niedozwolone musi ono spełniać cztery przesłanki tj.: (I) postanowienie nie zostało indywidualnie uzgodnione z konsumentem, (II) ukształtowane przez postanowienie prawa i obowiązki konsumenta pozostają w sprzeczności z dobrymi obyczajami, (III) powyższe prawa i obowiązki rażąco naruszają interesy konsumenta oraz (IV) postanowienie umowy nie dotyczy sformułowanych w sposób jednoznaczny głównych świadczeń stron.

Ostatnia z wymienionych przesłanek, o której mowa w zdaniu drugim art. 385[1] § 1 kc, zachodzi w niniejszej sprawie, gdyż omawiane postanowienie nie reguluje głównych świadczeń stron. Główne świadczenia pozwanego z tytułu zawartych umów polegają bowiem na spełnieniu określonego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku, zaś konsumenta na zapłacie składki.

Przesłanka braku indywidualnego uzgodnienia nie może w tej sprawie mieć znaczenia wobec abstrakcyjnego charakteru kontroli postanowienia wzorca umownego. Sąd nie bada w niniejszym postępowaniu konkretnych stosunków istniejących pomiędzy kontrahentami, ale wzorzec i treść hipotetycznych stosunków, jakie powstałyby pomiędzy pozwanym, a potencjalnym konsumentem. Nie ma zatem znaczenia, czy jakaś konkretna umowa była między stronami negocjowana ani nawet czy wzorzec był, czy też nie był zastosowany przy zawieraniu jakiegokolwiek konkretnej umowy. Kontrola ta ma bowiem charakter oceny ex ante i obejmuje wzorzec, nie zaś konkretną umowę. Istotny jest zatem fakt, że pozwany wprowadził oceniany wzorzec do obrotu poprzez wystąpienie z ofertą zawarcia umowy z wykorzystaniem go.

Dla zastosowania omawianego przepisu przesłanki II (sprzeczność z dobrymi obyczajami) i III (rażące naruszenie interesów konsumenta), choćby ze względu na verba legis, muszą zachodzić równocześnie. Z reguły rażące naruszenie interesu konsumenta jest naruszeniem dobrych obyczajów, ale nie zawsze zachowanie sprzeczne z dobrymi obyczajami rażąco narusza ten interes.

Poprzez dobre obyczaje rozumiemy pewien powtarzalny wzorzec zachowań, który jest aprobowany przez daną społeczność lub grupę. Są to pozaprawne normy postępowania, którymi przedsiębiorcy winni się kierować. Ich treści nie da się określić w sposób wyczerpujący, ponieważ kształtowane są przez ludzkie postawy uwarunkowane zarówno przyjmowanymi wartościami moralnymi, jak i celami ekonomicznymi i związanymi z tym praktykami życia gospodarczego. Wszystkie one podlegają zmianom w ślad za zmieniającymi się ideologiami politycznymi i społeczno –

gospodarczymi oraz przewartościowaniami moralnymi. W szczególności zaś, dobre obyczaje to normy postępowania polecające nienadużywanie w stosunku do słabszego uczestnika obrotu posiadanej przewagi ekonomicznej.

W niniejszej sprawie dobrym obyczajem jest, by przedsiębiorca nie wykorzystywał swej uprzywilejowanej pozycji kontraktowej, będącej rezultatem stosowania przez niego jednostronnie ustalonego wzorca umowy. Przedstawianie konsumentom do akceptacji warunków umowy zawierających zapisy, kształtujące ich prawa i obowiązki w sposób mniej korzystny niż wynika to z powszechnie obowiązujących przepisów prawa, niewątpliwie przeczy powyższemu. Na podstawie tego postanowienia umownego przez sam fakt zawarcia umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń zyskuje dostęp do wszelkiej dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego. Wielokrotnie są to informacje wrażliwe, których upublicznienie może być dla konsumenta wstydlive. Dobre obyczaje nakazują, by nikogo nie narażać na nieprzyjemne i krępujące doznania z błahych powodów, jakim będzie w szczególności decyzja zawarcia umowy ubezpieczenia turystycznego. Dobre obyczaje wymagają także, by ingerencje w sferę prywatności człowieka miały miejsce tylko o tyle, o ile jest to niezbędne i wyłącznie w zakresie, w jakim jest to niezbędne.

W zakresie oceny stopnia naruszenia interesów konsumentów Sąd tutejszy podziela opinię Sądu Apelacyjnego w Warszawie (wyrok z dnia 2006-06-27, sygn. akt VI ACa 1505/05), że naruszenie interesów konsumenta, aby było rażące, musi być doniosłe czy też znaczące. Natomiast interesy konsumenta należy rozumieć szeroko, nie tylko jako interes ekonomiczny, ale też każdy inny, chociażby niewymierny. Zaliczyć tu można również dyskomfort konsumenta, spowodowany takimi okolicznościami jak strata czasu, naruszenie prywatności, niedogodności organizacyjne, wprowadzenie w błąd oraz inne uciążliwości, jakie mogłyby powstać na skutek wprowadzenia do zawartej umowy ocenianego postanowienia. Przy określaniu stopnia naruszenia interesów konsumenta należy stosować nie tylko kryteria obiektywne (np. wielkość poniesionych czy grożących strat), lecz również względy subiektywne związane bądź to z przedsiębiorcą (np. renomowana firma), bądź to z konsumentem (np. seniorzy, dzieci). Konieczne jest zbadanie, jaki jest zakres grożących potencjalnemu konsumentowi strat lub niedogodności.

Na gruncie niniejszej sprawy naruszenie interesu konsumenta przejawia się przede wszystkim w sferze prywatnej. Zastosowanie kwestionowanego postanowienia może doprowadzić bowiem do poważnych konsekwencji w sferze psychicznej i emocjonalnej konsumenta. W relacji między przedsiębiorcą, a konsumentem nie powinno to mieć miejsca.

Konieczne jest również ustalenie, jak wyglądałyby prawa i obowiązki konsumenta w sytuacji braku analizowanej klauzuli (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2007-03-19, sygn. akt III SK 21/06 oraz z dnia 2007-10-11, sygn. akt III SK 9/07). Jeżeli przepisy ogólne stawiają konsumenta w lepszej sytuacji niż postanowienia proponowanej umowy, to w zasadzie postanowienia te należy uznać za niedozwolone. Odstępstwo od tej zasady możliwe jest tylko, o ile zmiana jest uzasadniona specyfiką wzajemnych świadczeń lub jest kompensowana innymi postanowieniami wzorca.

Analizując treść kwestionowanej klauzuli Sąd uznał, że stanowi ona niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu art. 385[1] § 1 kc. Przedmiotowe postanowienie spełnia przesłanki klauzuli abuzywnej określonej w art. 385[3] pkt 2 kc.

Wskazać należy, że zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i jej art. 22 ust. 1 zakład ubezpieczeń może uzyskać odpłatnie od podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu lub osobie, na rachunek której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych. Natomiast w ust. 3 statuuje zasadę, iż wystąpienie zakładu ubezpieczeń o informację, o której mowa w ust. 1, uzależnione jest od pisemnej zgody ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia albo jej przedstawiciela ustawowego. Przechodząc do uregulowań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2012-05-17 w sprawie szczegółowego zakresu i trybu udzielania zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą informacji o stanie zdrowia ubezpieczonych lub osób, na rzecz których ma zostać zawarta umowa

ubezpieczenia, oraz sposobu ustalania wysokości opłat za udzielenie tych informacji, należy wskazać na jego § 1. ust. 1. Stanowi on, iż zakres informacji udzielanych zakładom ubezpieczeń przez podmioty wykonujące działalność leczniczą o stanie zdrowia ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia obejmuje:

1. informacje o przyczynach hospitalizacji, wykonanych w jej trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach oraz o wynikach sekcji zwłok, jeżeli została przeprowadzona,
2. informacje o przyczynach leczenia ambulatoryjnego, wykonanych w jego trakcie badaniach diagnostycznych i ich wynikach, innych udzielonych świadczeniach zdrowotnych, wynikach leczenia i rokowaniach,
3. informacje o wynikach przeprowadzonych konsultacji.

Z ustawy wynika możliwość zasięgnięcia informacji przez zakład ubezpieczeń jedynie w czterech sytuacjach:

1. informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego;
2. informacje o okolicznościach związanych z weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia;
3. informacje o okolicznościach związanych z ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia;
4. informacje o przyczynie śmierci ubezpieczonego.

Zapis umowny pozwanego jest nieostry. Nie wymienia sytuacji, w których wymagana jest zgoda za zwolnienie od tajemnicy lekarskiej. Nie może być takiej sytuacji, w której konsument daje przedsiębiorcy nieograniczony dostęp do swoich danych osobowych (wrażliwych) jedynie z tego względu, że przystępuje do umowy ubezpieczenia. Zwłaszcza, że jest to ubezpieczenie turystyczne, a nie na życie. Sam pozwany podkreśla, że zgoda ta jest wymagana jedynie w razie likwidacji szkody. Nie ma zatem przeciwwskazań, by zgoda była wyrażana z zastrzeżeniem, że jest ważna jedynie w razie zaistnienia szkody (dookreślenie klauzuli). Powołanie się przez pozwanego na przyspieszenie w ten sposób procedury likwidacji szkody jest nietrafne. Dokładniejsze określenie w przedmiotowym zapisie sytuacji, w której wymagana jest zgoda, odniosłoby taki sam czasowo skutek, a nie naruszałoby interesów konsumenta i nie godziłoby w dobre obyczaje. Co więcej, jak wskazuje rozporządzenie, zwolnieniem z tajemnicy lekarskiej nie są ujęte wszelkie informacje dotyczące konsumenta. Zakres tych wiadomości jest precyzyjnie określony w tym akcie prawnym, a takie sprecyzowanie nie wynika z zapisu pozwanego.

Należy zatem przyznać rację powodowi, iż o ile jednak nie ulega wątpliwości, że ubezpieczyciel powinien móc uzyskać dostęp do danych stanowiących tajemnicę lekarską w przypadku zgłoszenia przez ubezpieczonego roszczenia o wypłatę świadczenia ze względu na zaistnienie wydarzenia ubezpieczeniowego w postaci choroby lub zgonu, o tyle nie ma powodu, by ponad miarę rozszerzać ów dostęp do danych wrażliwych podlegających szczególnej ochronie. Jak długo zatem nie dochodzi do szkody, nie ma powodu by udostępniać niezwykle wrażliwe dane ubezpieczycielowi.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 385[1] § 1 kc, Sąd uznał postanowienie wzorca umowy za niedozwolone, zaś na podstawie art. 479[42] § 1 kpc zakazał jego wykorzystywania w obrocie z udziałem konsumentów.

O publikacji prawomocnego wyroku w Monitorze Sądowym i Gospodarczym na koszt strony pozwanej zarządzono na podstawie art. 479[44] kpc.

O kosztach postępowania orzeczono w oparciu o art. 98 kpc, zgodnie z którym strona przegrywająca sprawę obowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony.

Przyznane stronie koszty stanowią wynagrodzenie pełnomocnika procesowego w wysokości 360 zł - ustalone na podstawie § 14 ust. 3 pkt. 2 w zw. z § 2 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002r.

w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (Dz. U. nr 163. poz. 1349 ze zm.).

Mając na uwadze wynik sprawy, orzeczenie o nakazaniu pobrania od strony pozwanej opłaty od pozwu uzasadnia przepis art. 113 ust. 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o kosztach sądowych w sprawach cywilnych (Dz.U. nr 167 poz. 1398 ze zm.).

SSO Jacek Łabuda