

Sygn. akt I ACa 20/16

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 21 marca 2016 roku

Sąd Apelacyjny w Szczecinie I Wydział Cywilny

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSA Wiesława Kaźmierska
Sędziowie:	SSA Marta Sawicka SSA Halina Zarzeczna (spr.)
Protokolant:	st.sekr.sądowy Beata Waclawik

po rozpoznaniu w dniu 9 marca 2016 roku na rozprawie w Szczecinie

sprawy z powództwa K. J.

przeciwko (...) Towarzystwo (...) w W.

o zapłatę

na skutek apelacji pozwanego

od wyroku Sądu Okręgowego w Koszalinie

z dnia 27 października 2015 roku, sygn. akt I C 152/12

I. oddala apelację,

II. zasądza od pozwanego na rzecz powódki kwotę 2.717 zł (dwa tysiące siedemset siedemnaście złotych) tytułem kosztów postępowania apelacyjnego.

SSA H. Zarzeczna SSA W. Kaźmierska SSA M. Sawicka

Sygn. akt: I ACa 20/16

UZASADNIENIE

Powódka K. J. wniosła do Sądu Okręgowego w Koszalinie pozew przeciwko C. Towarzystwu (...) S.A. (...) z siedzibą w W. o zapłatę kwoty 147.239,07 zł tytułem świadczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia kredytu, na skutek śmierci męża powódki, ubezpieczonego T. J. wraz z ustawowymi odsetkami od dnia wniesienia pozwu do dnia zapłaty oraz kosztami procesu. Pismem z dnia 8 lipca 2015 r. powódka zmodyfikowała roszczenie, wskazując, iż wartość przedmiotu sporu wynosi 190.337 zł.

Pozwana wniosła o oddalenie powództwa.

Wyrokiem z dnia 27 października 2015 r. Sąd Okręgowy w Koszalinie zasądził od pozwanej (...) S.A. (...) z siedzibą w W. na rzecz powódki K. J. kwotę 140.900,43 zł wraz z odsetkami ustawowymi od kwoty 135.541,88 zł od dnia 23 marca 2012 r. do dnia zapłaty, a od kwoty 5.358,55 zł – od dnia 9 lipca 2012 r. do dnia zapłaty, oddalił powództwo w pozostałej części, zasądził od pozwanej na rzecz powódki kwotę 1.740 zł tytułem zwrotu kosztów procesu oraz nakazał pobrać od pozwanej na rzecz Skarbu Państwa – Sądu Okręgowego w Koszalinie kwotę 7.046 zł tytułem opłaty od uwzględnionej części powództwa, od uiszczenia której powódka była zwolniona.

Sąd Okręgowy ustalił, że 29 maja 2008 r. T. J. i K. J. zawarli z (...) Bank S.A. z siedzibą we W. umowę kredytu konsolidacyjnego nr (...) na kwotę 136.863,24 zł, którego spłata była zabezpieczona m.in. w ten sposób, że Bank jako pierwszy uposażony miał zostać wskazany z tytułu ubezpieczenia na życie kredytobiorców udzielonego przez (...) Towarzystwo (...) S.A. do wysokości całkowitego zadłużenia z tytułu umowy kredytu.

Przedmiotem ubezpieczenia grupowego kredytobiorców wynikającego z Umowy Generalnej Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Kredytów Hipotecznych nr (...) z dnia 30.09.2005r. zawartej między (...) Towarzystwo (...) S.A. a (...) Bank S.A. było życie oraz zdrowie ubezpieczonych kredytobiorców. Zakres ubezpieczenia obejmował ryzyko śmierci z zastrzeżeniem okoliczności wyłączających i ograniczających odpowiedzialność, utratę przez ubezpieczonego, w sposób trwały i całkowity, zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej w dowolnym zawodzie, będącej rezultatem wypadku lub choroby z zastrzeżeniem okoliczności wyłączających i ograniczających odpowiedzialność. Strony Umowy przyjęły, że ubezpieczyciel nie będzie ponosił odpowiedzialności, jeżeli śmierć lub całkowita niezdolność ubezpieczonego do pracy była spowodowana lub zaszła w następstwie bezpośrednio lub pośrednio chorób lub innych problemów zdrowotnych, które były zdiagnozowane lub/i leczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Ustalono także, że wysokość świadczenia na wypadek zgonu ubezpieczonego będzie równa sumie rat kredytowych pozostałych do spłaty na dzień zgonu oraz odsetek należnych za okres pomiędzy ostatnią zapłaconą ratą kredytową a dniem zgonu (z wyłączeniem zadłużenia przeterminowanego).

T. J. był hospitalizowany od 29 sierpnia 2007 r. do 6 września 2007 r. z powodu objawów niewydolności serca. W dniu (...) r. T. J. trafił do szpitala z powodu narastającej niewydolności oddechowo-krażeniowej, kardiomiopatii, przewlekłego migotania przedsionków i cukrzycy. O 22:50 stwierdzono zgon T. J..

Przyczynami zgonu T. J. były kardiomiopatia, niewydolność oddechowo-krażeniowa i podejrzenie wstrząsu septycznego. W karcie statystycznej do karty zgonu jako przyczynę wyjściową zgonu T. J. wskazano kardiomiopatię, zaś niewydolność krążeniowo - oddechową i podejrzenie wstrząsu septycznego, odpowiednio, jako przyczyny: wtórną i bezpośrednią.

Po śmierci T. J. (...) Bank S.A. zwrócił się do (...) Towarzystwo (...) S.A. o wypłatę świadczenia, jednakże Ubezpieczyciel odmówił.

W dniu 26 października 2011 r. K. J. zawarła z (...) Bank S.A. umowę cesji praw do świadczenia z tytułu ochrony ubezpieczeniowej świadczonej T. J. przez pozwanego na podstawie umowy nr (...) zawartej przez (...) Bank S.A. z (...) Towarzystwo (...) S.A.

Sąd Okręgowy zważył, iż podstawę roszczenia stanowiła umowa grupowego ubezpieczenia na życie kredytobiorców kredytu hipotecznego w (...) Bank S.A. zawarta pomiędzy Bankiem a (...) Towarzystwo (...) S.A. (poprzednikiem prawnym pozwanej). Nie ulegało wątpliwości, że w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej nastąpiło zdarzenie przewidziane w umowie ubezpieczenia w postaci zgonu ubezpieczonego. Sporna pozostawała przyczyna zgonu oraz dopuszczalność zwolnienia się pozwanej od obowiązku spełnienia świadczenia, a także sposób ustalenia wysokości świadczenia.

Pozwany, odmawiając spełnienia świadczenia na rzecz powódki, powołał się na treść art. VII ust. 1 lit. f) Wyciągu z Umowy Generalnego Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Hipotecznych nr (...) z dnia 30.09.2005r. w myśl którego, pozwany wolny jest od odpowiedzialności, jeżeli śmierć była spowodowana lub zaszła w następstwie

bezpośrednio lub pośrednio chorób lub innych problemów zdrowotnych, które były zdiagnozowane i/lub leczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Za uprzednio istniejące problemy zdrowotne należy rozumieć choroby, uszkodzenia ciała lub rozstrój zdrowia, które były zdiagnozowane i leczone u Ubezpieczonego przed objęciem go ochroną ubezpieczeniową (art. V Wyciągu z Umowy Ubezpieczenia). W myśl zaś art. XIII Wyciągu z Umowy Ubezpieczenia, wysokość świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego równa się sumie rat kredytowych pozostałych do spłaty na dzień zgonu oraz odsetek za okres pomiędzy ostatnią zapłaconą ratą kredytową, a dniem zgonu.

W ocenie Sądu Okręgowego zgon ubezpieczonego pośrednio był skutkiem chorób zdiagnozowanych u T. J., niemniej postanowienie zawarte w art. VII ust. 1 lit. f) Wyciągu z Umowy Generalnego Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Hipotecznych stanowi klauzulę niedozwoloną w rozumieniu art. 385⁽¹⁾ § 1 k.c., albowiem spełnia wymienione w nim przesłanki.

Sąd I instancji wskazał, iż masowy charakter umowy ubezpieczenia uniemożliwia dokonywanie przez ubezpieczyciela w każdym wypadku własnych ustaleń co do okoliczności wpływających na zakres ryzyka ubezpieczeniowego, co wymusza oparcie się na deklaracji ubezpieczającego, który ma obowiązek podać w niej wszystkie okoliczności, o które został zapytany, nie ma natomiast obowiązku informowania o innych okolicznościach. Jeżeli ubezpieczający nie udzieliłby odpowiedzi, a mimo to ubezpieczyciel zawarłby umowę ubezpieczenia, to pominięte nieujawnione okoliczności uważa się za nieistotne i brak jest podstaw do zwolnienia się z odpowiedzialności ubezpieczyciela. W niniejszej sprawie pozwana odstąpiła od rozpytania T. J. o jego stan zdrowia, czego nie uzasadniają rzekome koszty ubezpieczenia, albowiem umowa ubezpieczenia stanowi umowę najwyższego zaufania, a strona ubezpieczona nie ma rzeczywistego wpływu na treść postanowień umowy ubezpieczenia. Skoro pozwana zrezygnowała z możliwości zweryfikowania i oceny ryzyka ubezpieczeniowego, to zawarcie umowy ubezpieczenia bez przeprowadzenia wywiadu o stan zdrowia ubezpieczonego oznacza przyjęcie ryzyka zajścia wypadku ubezpieczeniowego uzależnionego od przyczyn zaistniałych przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia. W innym wypadku mogłoby dojść do zawarcia „pustej” umowy, bowiem ubezpieczający nie otrzymałby należytej mu ochrony mimo opłacania składek. Trudno oczekiwać od przeciętego człowieka, aby samodzielnie dokonał oceny ryzyka i analizy odpowiedzialności ubezpieczyciela, zwłaszcza że zwroty użyte w klauzuli ograniczającej odpowiedzialność ubezpieczyciela są niedookreślone.

W ocenie Sądu Okręgowego sporny zapis nie był uzgodniony indywidualnie z konsumentami, nie był też postanowieniem określającym główne świadczenia stron, które ze strony ubezpieczyciela stanowi wypłata określonego świadczenia w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Celem poparcia przytoczonej argumentacji Sąd Okręgowy wskazał, iż postanowienie podobnie brzmiące do tego analizowanego w niniejszej sprawie zostało już uznane za niedozwolone przez Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Sąd Okręgowy nie uznał za niedozwolone postanowienia umownego określającego wysokość świadczenia i wskazał, iż wysokość tego świadczenia obliczonego na podstawie art. XIII Umowy Generalnego Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Hipotecznych wynosi 135.541,88 zł.

W zakresie, w jakim roszczenie nie odpowiadało obowiązkowi wynikającemu z powołanego przepisu umownego, powództwo zostało oddalone. Sąd uwzględnił roszczenie odsetkowe w kwocie 5.358,55 zł, natomiast w odniesieniu do pozostałego zakresu roszczenia o odsetki uznał za skuteczny zarzut przedawnienia roszczenia.

Od powyższego orzeczenia apelację wywiodła pozwana. Wyrok zaskarżyła w zakresie pkt 1 (uwzględnienie powództwa) oraz 3 i 4 (rozstrzygnięcia w przedmiocie kosztów postępowania) wyroku.

Zaskarżonemu orzeczeniu zarzuciła:

1. naruszenie przepisów postępowania:

a. art. 233 § 1 k.p.c.:

- przez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego zgromadzonego w sprawie i pominięcie istotnych okoliczności otrzymania przez powódkę i ubezpieczonego T. J. Wyciągu z Umowy Generalnej Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Kredytów Hipotecznych nr (...) z dn. 30.09.2005 r., określającego wyłączenia odpowiedzialności pozwanej oraz złożenia pisemnego oświadczenia przez ubezpieczonego T. J. o zapoznaniu się tymi wyłączeniami i wyrażeniu bezterminowej zgody na weryfikację stanu zdrowia w placówkach medycznych,
- przez sprzeczne z zasadami logiki i doświadczenia życiowego uznanie, że niezadanie pytań o stan zdrowia ubezpieczonego T. J. skutkowało brakiem wiedzy po stronie ubezpieczonego i powódki o tym stanie w stopniu umożliwiającym ocenę z punktu widzenia postanowień Umowy wyłączających odpowiedzialność pozwanej, pomimo otrzymania przez ubezpieczonych Wyciągu z Umowy określającego enumeratywnie te wyłączenia, złożenia niewadliwego oświadczenia o zapoznania się z wyłączeniami oraz hospitalizacji ubezpieczonego T. J. z powodu niewydolności serca 8 miesięcy przed przystąpieniem do ubezpieczenia, a w konsekwencji
- przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i uznanie, że brak przeprowadzenia ankiety medycznej doprowadził do zawarcia „pustej” umowy ubezpieczenia i iluzorycznej ochrony ubezpieczeniowej ze strony pozwanej, pomimo, iż tego typu ochrona ubezpieczeniowa była świadczona zgodnie z Umową przez cały okres ubezpieczenia, a odmowa wypłaty świadczenia nastąpiła wyłącznie z powodu zaistnienia znanej ubezpieczonemu T. J. i powódce umownej podstawy wyłączenia odpowiedzialności pozwanej,

b. art. 479⁴³ k.p.c. w zw. z art. 365 k.p.c. przez odwołanie się w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku do postanowienia umownego uznanego za niedozwolone w wyniku abstrakcyjnej kontroli, pomimo iż postanowienie to nie było stosowane w Umowie, ma inne brzmienie niż uznane za niedozwolone w zaskarżonym wyroku oraz nie uwzględnia okoliczności faktycznych rozpoznanej sprawy,

2. naruszenie przepisów prawa materialnego tj.:

a. art. 808 § 1 k.c. w zw. z art. 805 § 1 i 2 k.c. przez błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że głównym świadczeniem pozwanej w Umowie, było świadczenie pieniężne, a nie udzielanie ochrony ubezpieczeniowej (ponoszenie ryzyka) na wypadek wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego w trakcie trwania Umowy, co w konsekwencji doprowadziło do naruszenia art. 385¹ § 1 k.c. i art. 65 § 1 i 2 k.c. w zw. art. VII ust. 1 lit. f) Umowy przez niewłaściwe zastosowanie i uznanie postanowienia Umowy wyłączającego odpowiedzialność pozwanej za dotyczące świadczenia głównego i poddanie przez Sąd kontroli incydentalnej tego postanowienia,

b. art. 815 § 1 i 3 k.c. w zw. art. 808 § 1 k.c. i art. 12a pkt 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej, przez błędną wykładnię i w konsekwencji niewłaściwe zastosowanie, polegające na uznaniu, że dla skutecznego powołania się na postanowienie Umowy wyłączające odpowiedzialność pozwanej konieczne było przeprowadzenie szczegółowej ankiety medycznej dotyczącej ubezpieczonego T. J., pomimo zgodnego ze specyfiką ubezpieczeń grupowych na życie, obowiązującymi przepisami i zwyczajem na rynku tych ubezpieczeń określenia w treści Umowy w sposób enumeratywny postanowień wyłączających odpowiedzialność pozwanej i zaznajomienia z tymi włączeniami ubezpieczonego T. J., oraz oszacowania na tej podstawie ryzyka ubezpieczeniowego,

c. art. 353¹ k.c. przez niezastosowanie do ustalonego w Umowie sposobu określenia przez strony Umowy zasad i zakresu ochrony ubezpieczeniowej stosowanego standardowo na rynku ubezpieczeń grupowych na życie,

d. art. 385¹ § 1 k.c. i art. 65 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. VII ust. 1 lit. f) Umowy przez niewłaściwe zastosowanie do postanowienia Umowy kształtującego prawa i obowiązki ubezpieczonych w sposób nie sprzeczny z dobrymi obyczajami i nienaruszający rażąco interesów ubezpieczonych, sformułowanego w sposób jednoznaczny, przy dokonaniu oceny zgodności tego postanowienia Umowy z klauzulami generalnymi bez uwzględnienia pełnej

jego treści, a ponadto bez wykazania wystąpienia (łącnego) przesłanek warunkujących uznanie za niedozwolone postanowienia Umowy,

e. art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. 65 § 1 i 2 k.c. i art. VII ust. 1 lit. f) Umowy przez niewłaściwe zastosowanie do postanowienia Umowy w sytuacji posiadania przez ubezpieczonego wiedzy o zdiagnozowanej chorobie przed przystąpieniem do ubezpieczenia, świadomie nieleczonej i podstawach wyłączenia odpowiedzialności, a w konsekwencji

f. art. 6 k.p.c. w zw. z art. 385¹ § 4 k.c. przez niezastosowanie i uwzględnienie niedozwolonego charakteru postanowienia Umowy pomimo, iż powódka nie udowodniła sprzecznego z obyczajami i rażącego naruszenia interesu konsumentów oraz tego, że postanowienie nie zostało sformułowane jednoznacznie, w sytuacji gdy ciężar dowodu w tym zakresie spoczywał na powódce oraz

g. art. 5 k.c. w zw. z art. 385¹ § 1 k.c. przez niezastosowanie i przeprowadzenie kontroli incydentalnej postanowienia Umowy, w sytuacji gdy strona powodowa nadużywa prawa podnosząc zarzut abuzywności postanowienia Umowy dopiero po upływie 6 lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia i po 2,5 roku toczącego się procesu, wyłącznie na skutek niekorzystnej opinii biegłego ustalającej związek pomiędzy śmiercią ubezpieczonego T. J. a chorobą zdiagnozowaną przed przystąpieniem do ubezpieczenia, należycie poinformowanego uprzednio o okolicznościach wyłączających odpowiedzialność pozwanej.

Wskazując na powyższe naruszenia przepisów prawa pozwana wniosła o zmianę wyroku w zaskarżonej części i oddalenie powództwa oraz o zasądzenie kosztów postępowania, w tym kosztów zastępstwa procesowego za obie instancje.

W uzasadnieniu apelacji pozwana szczegółowo uzasadniła podniesione zarzuty.

Powódka w odpowiedzi na apelację wniosła o oddalenie w całości apelacji pozwanej, zasądzenie od pozwanego na rzecz powódki zwrotu kosztów procesu, w tym kosztów zastępstwa radcy prawnego za II instancję według norm przepisanych oraz zwolnienie powódki od kosztów postępowania apelacyjnego i nieobciążanie jej kosztami strony przeciwnej na podstawie art. 102 k.p.c.

W uzasadnieniu powódka wskazała, iż podniesione przez pozwaną zarzuty są całkowicie bezzasadne, szczególnie się do nich odnosząc.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje:

Apelacja wywiedziona przez pozwaną okazała się niezasadna.

Sąd Apelacyjny podziela ustalenia faktyczne Sądu I instancji, a także wywiedzione w oparciu o te ustalenia wnioski prawne, które zostały odniesione do właściwie zastosowanych przepisów. Wbrew zarzutom skarżącej Sąd I instancji nie dopuścił się uchybień przy ustalaniu stanu faktycznego stanowiącego podstawę rozstrzygnięcia, jak również nie naruszył przepisów prawa materialnego znajdujących zastosowanie w sprawie.

Pozwana składając apelację podniosła szereg zarzutów natury procesowej i materialnoprawnej. W ocenie Sądu Apelacyjnego żaden z nich nie mógł wpłynąć na zmianę zaskarżonego orzeczenia.

W pierwszej kolejności pozwana podniosła, iż Sąd I instancji naruszył art. 233 § 1 k.p.c. poprzez:

1. pominięcie, że pozwany zapoznał się z Wyciągiem z umowy ubezpieczenia, określającym wyłączenia odpowiedzialności pozwanej,

2. uznanie, że niezadanie pytań o stan zdrowia ubezpieczonego skutkowało brakiem wiedzy po stronie ubezpieczonego i powódki o stanie zdrowia w stopniu umożliwiającym ocenę z punktu widzenia postanowień Umowy wyłączających odpowiedzialność pozwanej,

3. uznanie, że brak przeprowadzenia ankiety medycznej doprowadził do zawarcia „pustej” umowy ubezpieczenia i iluzorycznej ochrony ubezpieczeniowej ze strony pozwanej.

W ocenie Sądu Apelacyjnego kwestia nie rozważenia w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku przez Sąd I instancji okoliczności zapoznania się przez ubezpieczonego z wyciągiem z umowy ubezpieczenia, mimo, że faktycznie miało miejsce, to jednak w żaden sposób nie miało i nie mogło mieć wpływu na rozstrzygnięcie niniejszej sprawy, albowiem postanowienie, które stanowiło podstawę ograniczenia odpowiedzialności pozwanej, a znajdujące się w wyżej wskazanym Wyciągu, było postanowieniem niedozwolonym, co słusznie przyjął Sąd Okręgowy, a do czego Sąd Apelacyjny odniesie się szczegółowo w dalszej części uzasadnienia. W tym miejscu wskazać należy, że samo przyjęcie Wyciągu z Umowy Generalnej Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Kredytów Hipotecznych nr (...) z dnia 30 września 2005r. przez konsumenta nie konwalidowałoby skuteczności postanowienia dotyczącego wyłączenia zawartego w punkcie VII ust. 1 lit f przywołanej Umowy (k. 24), zwanej dalej Umową Generalną, skoro w istocie jest postanowieniem niedozwolonym. Niemniej co do zasady słusznie apelujący podnosi, że ubezpieczony podpisał deklarację zgody na przystąpienie do ubezpieczenia (k. 27), z której wprost wynika, że T. J. składając swój podpis pod ową deklaracją potwierdził otrzymanie wyciągu z Umowy Generalnej Ubezpieczenia Grupowego Kredytobiorców Kredytów Hipotecznych numer (...) (punkt 2b wskazanej deklaracji zgody). Podnoszone przez powódkę twierdzenia przeciwne nie zostały przez nią wykazane. Niemniej powyższa okoliczność nie ma większego znaczenia co do prawidłowości rozstrzygnięcia Sądu I instancji, zaś sam podnoszony w tym zakresie zarzut nie mógł doprowadzić do zmiany zaskarżonego wyroku w kierunku postulowanym przez apelującego.

Sąd Apelacyjny nie podziela zarzutu co do tego, że Sąd I instancji mylnie przyjął, iż niezadanie pytań o stan zdrowia ubezpieczonego skutkowało brakiem możliwości oceny zakresu odpowiedzialności pozwanej przez ubezpieczonego, skoro został mu przedłożony wyciąg z umowy ubezpieczenia, w tym odebrano oświadczenie, z którego wynika, że T. J. zapoznał się z treścią wyciągu, a w szczególności z wyłączeniami odpowiedzialności Towarzystwa i akceptuje zawarte w nim postanowienia zawartej umowy. W kontekście powyższego szczególnej analizie prawidłowo Sąd I instancji poddał brzmienie wyłączeń odpowiedzialności tj. punktu VII ust. 1 lit f Umowy Generalnej. Słuszna przy tym jest konkluzja Sądu Okręgowego, że pozwana podnosząc ów zarzut dążyła do tego, aby przy zastosowaniu niedozwolonej klauzuli, przenieść ciężar oceny zakresu odpowiedzialności pozwanej na ubezpieczonego. Przyjąć należy, że to na ubezpieczycielu, jako profesjonalnej stronie umowy ubezpieczenia, ciąży obowiązek uzyskania informacji dotyczących ryzyka ubezpieczeniowego i jego oceny. Jeżeli ubezpieczyciel poprzestaje jedynie na przedłożeniu wyciągu ogólnych warunków ubezpieczenia, a odstępuje od podjęcia jakichkolwiek czynności zmierzających do ustalenia ryzyka ubezpieczeniowego, to słusznie Sąd I instancji przyjął, że ewentualne okoliczności dotyczące ubezpieczonego istniejące przed zawarciem umowy ubezpieczenia nie wpływają na zakres jego odpowiedzialności. Ubezpieczony T. J., nie był pytany o stan zdrowia, zatem nie był też zobowiązany do informowania – na etapie podpisania umowy - o swoich schorzeniach i dolegliwościach. Nie można też od niego oczekiwać, aby dokonał za ubezpieczyciela oceny zakresu ewentualnej odpowiedzialności ubezpieczyciela przez pryzmat swojego stanu zdrowia i powiązania tego stanu z ewentualnymi wyłączeniami odpowiedzialności, o których mowa w punkcie VII Umowy Generalnej. Podkreślić bowiem należy, że wyłączenie, o którym mowa w punkcie VII ustęp 1 lit. f Umowy Generalnej, przewidujące wyłączenie odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli śmierć zaszła w następstwie bezpośrednio lub pośrednio chorób lub innych problemów zdrowotnych, które były zdiagnozowane i / lub leczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia jest też niejednoznaczne – co słusznie dostrzega Sąd I instancji. Podkreślenia wymaga, że taki zapis po pierwsze bez doprecyzowania jak należy rozumieć sformułowania bezpośrednio lub pośrednio chorób, i dalej innych problemów zdrowotnych zdiagnozowanych i / lub leczonych przed przystąpieniem do ubezpieczenia mogło budzić wątpliwości u zawierającego umowę co do sposobu rozumienia takiego zapisu. Nadto w powyższym wyłączeniu brak jest jakiegokolwiek cezurę czasowej zdiagnozowania i/lub leczenia chorób przed przystąpieniem do ubezpieczenia, co mogłoby prowadzić do wniosku, że jakakolwiek choroba lub problem zdrowotny zdiagnozowany i/lub leczony przed

przystąpieniem do ubezpieczenia (w każdym czasie przed zawarciem umowy ubezpieczenia), a będąca bezpośrednią lub pośrednią przyczyną śmierci stanowi podstawę do wyłączenia odpowiedzialności. W kontekście powyższego słusznie Sąd I instancji przyjął, że mimo, że formalnie zgon ubezpieczonego pośrednio nastąpił wskutek chorób zdiagnozowanych u ubezpieczeniowego przed datą objęcia go ubezpieczeniem, bowiem przed 29 maja 2008r., to jednak w istocie przywołane wyżej wyłączenie stanowi klauzulę niedozwoloną w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c.. Trudno bowiem w realiach niniejszej sprawy przyjąć, by owo wyłączenie było z ubezpieczonym T. J. uzgodnione indywidualnie tylko przez sam fakt potwierdzenia przywołanych wyżej w deklaracji zgody okoliczności i jej podpisania. Prawdłowo w tym zakresie Sąd I instancji przyjmuje, że skoro T. J. nie miał rzeczywistego wpływu na treść wyłączeń od odpowiedzialności, które były zawarte w zaproponowanym przez ubezpieczyciela wzorcu umownym to takie – nieuzgodnione indywidualnie postanowienia muszą być traktowane jako klauzule niedozwolone, o których mowa w art. 385¹ § 1 k.c., a tym samym nie wiążą konsumenta. Sąd Apelacyjny przy tym w całości zgadza się z argumentacją Sądu Okręgowego w zakresie, że sama okoliczność, że umowa ma charakter masowy nie może przesądzać o innym traktowaniu okoliczności wpływających na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego i innym traktowaniu konsumentów.

W istocie wskazać należy, że uwzględniając stosunkowo duże ryzyko zgonu w wyniku chorób serca, zawarcie umowy ubezpieczenia może w istocie prowadzić do wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela już w chwili zawarcia umowy, skutkiem czego ubezpieczyciel byłby uprawniony do pobierania składek bez ponoszenia ryzyka ubezpieczeniowego. Stan zdrowia T. J. już w chwili przystąpienia do ubezpieczenia zwiększał ryzyko ubezpieczeniowe, co w razie jego oceny mogłoby prowadzić do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela. Ubezpieczycielowi zawierającemu umowę mimo braku oceny stanu zdrowia ubezpieczonego, bez dokładnego rozpytania ubezpieczonego o stan zdrowia z powołaniem się na klauzulę wyłączającą odpowiedzialność ubezpieczyciela, a przy tym na klauzulę nie uzgodnioną indywidualnie nie przysługuje ochrona wobec brzmienia art. 385¹ § 1 k.c., w tym wobec sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażącego naruszenia interesów konsumenta. Owey sprzeczności z dobrymi obyczajami i rażącym naruszeniem interesów konsumenta słusznie Sąd I instancji upatruje w braku rozpytania ubezpieczeniowego o stan jego zdrowia, albo choćby uszczegółowienia, wyjaśnienia brzmienia wyłączenia zawartego w przywołanym wyżej punkcie VII ust. 1 lit. f. Umowy Gwarancyjnej. Takie działania nie zostały podjęte przez ubezpieczyciela, a apelujący upatruje zwolnienia swojej odpowiedzialności właśnie w okoliczności wręczenia T. J. wyciągu z Umowy Generalnej.

Kolejnym zarzutem skarżącej było naruszenie art. 479⁴³ k.p.c. w zw. z art. 365 k.p.c. przez odwołanie się w uzasadnieniu zaskarżonego wyroku do postanowienia umownego uznanego za niedozwolone w wyniku abstrakcyjnej kontroli, pomimo iż postanowienie to ma inne brzmienie niż uznane za niedozwolone w zaskarżonym wyroku oraz nie uwzględnia okoliczności faktycznych rozpoznanej sprawy.

Zgodnie z art. 479⁴³ k.p.c. prawomocny wyrok w przedmiocie uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone ma skutek wobec osób trzecich od chwili wpisania uznanego za niedozwolone postanowienia wzorca umowy do rejestru klauzul niedozwolonych, natomiast art. 365 § 1 k.p.c. stanowi, iż orzeczenie prawomocne wiąże nie tylko strony i sąd, który je wydał, lecz również inne sądy oraz inne organy państwowe i organy administracji publicznej, a w wypadkach w ustawie przewidzianych także inne osoby, a zgodnie z § 2 powołanego przepisu kodeksu postępowania karnego określa, w jakim zakresie orzeczenia sądu cywilnego nie wiążą sądu w postępowaniu karnym.

Obecnie w orzecznictwie przyjmuje się, że prawomocny wyrok w przedmiocie uznania postanowień wzorca umowy za niedozwolone ma skutek wobec osób trzecich od chwili wpisania uznanego za niedozwolone postanowienia wzorca umowy do rejestru klauzul niedozwolonych, niemniej ma ona charakter jednokierunkowy, tzn. działa na rzecz wszystkich osób trzecich wyłącznie przeciwko pozwanemu przedsiębiorcy, przeciwko któremu ten wyrok został wydany. Nie wpływa natomiast na brak możliwości uznania klauzuli za niedozwoloną jej odmienne brzmienie od klauzuli wpisanej do rejestru, albowiem rozstrzygające znaczenie w tej materii ma nie brzmienie klauzuli, a jej normatywna treść. Jeżeli odmienności językowe brzmienia ocenianych klauzul nie mają znaczenia normatywnego lub jest ono pomijalne, wówczas klauzula o treści tożsamej normatywnie z klauzulą wpisaną do rejestru może być również uznana za niedozwoloną, oczywiście pod warunkiem, iż jest ona stosowana przez tego samego przedsiębiorcę, którego

klauzula została wpisana do rejestru klauzul niedozwolonych (por. Uchwała SN – 7 sędziów - z dnia 20 listopada 2015 r., sygn. III CZP 17/15, Biul. SN 2015/11/10, LEX nr 1916698).

Klauzula abuzywna powołana przez Sąd I instancji, wpisana do rejestru klauzul niedozwolonych, była stosowana przez innego przedsiębiorcę niż pozwana w niniejszej sprawie, zatem już na tej podstawie nie mogła być samoistną podstawą rozstrzygnięcia. Niemniej mogła stanowić wzmocnienie argumentacji dokonanej kontroli indywidualnej i w tym tylko znaczeniu została przywołana przez Sąd I instancji. Zarzut skarżącej mógłby zasługiwać na uwzględnienie jedynie w sytuacji, gdyby jedyną podstawą rozstrzygnięcia było oparcie się przez Sąd I instancji na wyroku Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, stwierdzającym, że dana klauzula jest klauzulą niedozwoloną, co nie miało miejsca w niniejszej sprawie.

Szereg zarzutów apelacyjnych skarżąca odniosła również do prawidłowości dokonanej kontroli indywidualnej umowy ubezpieczenia. W pierwszej kolejności apelująca wskazała, iż Sąd I instancji naruszył art. 808 § 1 k.c. w zw. z art. 805 § 1 i 2 k.c., przez błędną wykładnię polegającą na uznaniu, że głównym świadczeniem pozwanej w Umowie, było świadczenie pieniężne, a nie udzielenie ochrony ubezpieczeniowej (ponoszenie ryzyka) na wypadek wystąpienia wypadku ubezpieczeniowego w trakcie trwania Umowy, co w konsekwencji doprowadziło do naruszenia art. 385¹ § 1 k.c. i art. 65 § 1 i 2 k.c. w zw. art. VII ust. 1 lit. f) Umowy przez niewłaściwe zastosowanie i uznanie postanowienia Umowy wyłączającego odpowiedzialność pozwanej za dotyczące świadczenia głównego i poddanie przez Sąd kontroli incydentalnej tego postanowienia.

Zgodnie z art. 805 § 1 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, natomiast zgodnie z § 2 cytowanego przepisu świadczenie ubezpieczyciela polega w szczególności na zapłacie przy ubezpieczeniu majątkowym - określonego odszkodowania za szkodę powstałą wskutek przewidzianego w umowie wypadku, a przy ubezpieczeniu osobowym - umówionej sumy pieniężnej, renty lub innego świadczenia w razie zajścia przewidzianego w umowie wypadku w życiu osoby ubezpieczonej. Art. 808 § 1 k.c. stanowi, iż ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na cudzy rachunek. Ubezpieczony może nie być imiennie wskazany w umowie, chyba że jest to konieczne do określenia przedmiotu ubezpieczenia. Zgodnie z § 2 powołanego przepisu roszczenie o zapłatę składki przysługuje ubezpieczycielowi wyłącznie przeciwko ubezpieczającemu. Zarzut mający wpływ na odpowiedzialność ubezpieczyciela może on podnieść również przeciwko ubezpieczonemu. Art. 385¹ § 1 k.c. stanowi, że postanowienia umowy zawieranej z konsumentem niezgodnione indywidualnie nie wiążą go, jeżeli kształtują jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy (niedozwolone postanowienia umowne). Nie dotyczy to postanowień określających główne świadczenia stron, w tym cenę lub wynagrodzenie, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Zdaniem pozwanej z powyższych przepisów wynika, iż w umowie ubezpieczenia świadczeniem głównym jest ponoszenie ryzyka ubezpieczeniowego, a nie spełnienie określonego świadczenia. W doktrynie wyróżnia się dwie teorie dotyczące tego, co stanowi świadczenie główne ubezpieczyciela. Pierwsza z nich wskazuje, że jest to ochrona ubezpieczeniowa, druga natomiast, że świadczeniem ubezpieczyciela jest to świadczenie, do spełnienia którego zobowiązał się w umowie ubezpieczenia. W ocenie Sądu Apelacyjnego na uwzględnienie zasługuje pierwsze stanowisko (por. wyrok SN z dnia 20 października 2006 r. IV CSK 125/06, publ. OSN 2008/1/7) z uwagi na brzmienie art. 805 § 2 k.c. Posłużenie się przez ustawodawcę zwrotem "w szczególności" nie stanowi wystarczającego argumentu na rzecz tezy, że głównym świadczeniem ubezpieczyciela może być również zapewnienie samej ochrony ubezpieczeniowej skoro takie zobowiązanie nie zostało wyraźnie ujęte w tym przepisie, który precyzuje pojęcie świadczenia głównego zakładu ubezpieczeń. Tym samym ochrona ubezpieczeniowa nie stanowi świadczenia głównego w rozumieniu art. 385¹ § 1 k.c. (por. wyrok SA w Warszawie z dnia 20 grudnia 2013 r., sygn. VI ACa 749/13, LEX nr 1454675, wyrok Sądu Apelacyjnego w Warszawie z dnia 10 kwietnia 2014 r., sygn. VI ACa 1114/13, LEX nr 1469451).

Niemniej w ocenie Sądu Apelacyjnego, nawet jeżeli przyznać rację twierdzeniom skarżącej, to powyższa okoliczność nie ma znaczenia dla rozstrzygnięcia sprawy, albowiem przepis stanowi, iż ocena abuzywności nie dotyczy

postanowień określających główne świadczenia stron przy spełnieniu określonego warunku. Zgodnie z art. VII ust. 1 lit. f wyciągu z umowy Ubezpieczenia ubezpieczyciel „wolny jest od odpowiedzialności, jeżeli śmierć była spowodowana lub zaszła w następstwie bezpośrednio lub pośrednio chorób lub innych problemów zdrowotnych, które były zdiagnozowane i/lub leczone przed przystąpieniem do ubezpieczenia”. Powyższy zapis **nie określa** świadczenia ubezpieczyciela, ale jedynie **dotyczy** świadczenia, odpowiednio je modyfikując. W konsekwencji może być on przedmiotem kontroli w kontekście art. 385¹ k.c.

Na marginesie wskazać należy jeszcze że nie dość, że klauzula nie określa głównego świadczenia strony, to również nie została sformułowana w sposób jednoznaczny, co umożliwia kontrolę postanowienia umownego nawet określającego główne świadczenia stron. Sąd Apelacyjny podziela stanowisko Sądu Okręgowego, iż zawarte w tej klauzuli sformułowania nie prowadzą do jego jednoznacznej interpretacji. Trudno bowiem precyzyjnie określić w jakich dokładnie okolicznościach śmierć jest przyczyną „bezpośrednio lub pośrednio chorób lub innych problemów zdrowotnych” zdiagnozowanych i/lub leczonych przed przystąpieniem do ubezpieczenia. Nie wiadomo w szczególności czym jest „pośredni” wpływ na choroby lub innego problemu zdrowotnego na zgon, ani też jak rozumieć „inne problemy zdrowotne”. Nawet pośredni związek śmierci ubezpieczonego z jakąkolwiek dolegliwością zdrowotną ubezpieczonego zdiagnozowaną w jakimkolwiek czasie, jest na tyle szeroki, że nie odpowiada on celowi ubezpieczenia.

W dalszej kolejności apelujący zarzucił, iż Sąd I instancji naruszył art. 385¹ § 1 k.c. i art. 65 § 1 i 2 k.c. w zw. z art. VII ust. 1 lit. f) Umowy przez niewłaściwe zastosowanie do postanowienia Umowy kształtującego prawa i obowiązki ubezpieczonych w sposób niesprzeczny z dobrymi obyczajami i nienaruszający rażąco interesów ubezpieczonych, sformułowanego w sposób jednoznaczny, przy dokonaniu oceny zgodności tego postanowienia Umowy z klauzulami generalnymi bez uwzględnienia pełnej jego treści, a ponadto bez wykazania wystąpienia (łącznie) przesłanek warunkujących uznanie za niedozwolone postanowienia Umowy.

Również powyższych uchybień nie dopatrył się Sąd Apelacyjny w rozstrzygnięciu Sądu Okręgowego. Sąd Okręgowy wskazywał w jaki sposób wskazane postanowienie umowne narusza interesy ubezpieczonego, a tym samym dobre obyczaje. Także Sąd Apelacyjny odnosił się już do tego, jak użycie wskazanego postanowienia umownego w połączeniu zaniechania oceny ryzyka ubezpieczeniowego skutkowało zawarciem umowy ubezpieczenia stwarzającej jedynie iluzoryczną ochroną ubezpieczonego i nie widzi konieczności ponownie odnosić się do tych kwestii. Zarzut braku jednoznaczności byłby zasadny jeżeli odnosiłby się jedynie do postanowień głównych, a omawiane postanowienie nie miało takiego charakteru, niemniej i tę okoliczność Sąd już rozważył.

Podsumowując wyżej wskazane rozważania należy wskazać, iż postanowienie umowne ograniczające odpowiedzialność ubezpieczyciela spełniło wszystkie przesłanki wskazane w art. 385¹ k.c., tj. nie zostało indywidualnie uzgodnione z ubezpieczonym, kształtowało jego prawa i obowiązki w sposób sprzeczny z dobrymi obyczajami, rażąco naruszając jego interesy, nie stanowiło postanowienia głównego, a nadto zostało sformułowane niejednoznacznie.

Nie miał wpływu na powyższą ocenę kolejny zarzut, w którym skarżąca wskazała, iż naruszony został art. 385¹ § 1 k.c. w zw. z art. 65 § 1 i 2 k.c. i art. VII ust. 1 lit. f) Umowy przez niewłaściwe zastosowanie do postanowienia Umowy w sytuacji posiadania przez ubezpieczonego wiedzy o zdiagnozowanej chorobie przed przystąpieniem do ubezpieczenia, świadomie nieleczonej i podstawach wyłączenia odpowiedzialności.

W tym zakresie wskazać bowiem należy, że świadomość ubezpieczonego swojego stanu zdrowia lub jej brak nie wpływa na zakres odpowiedzialności ubezpieczyciela. Trudno oczekiwać od ubezpieczonego oceny odpowiedzialności ubezpieczyciela, jeżeli sam ubezpieczyciel tego zaniechał, a następnie przeniósł odpowiedzialność za to zaniechanie na ubezpieczonego poprzez włączenie do umowy odpowiedniego postanowienia umownego, nawet jeżeli ubezpieczony o swojej chorobie wiedział.

Nie mógł również zostać uwzględniony zarzut naruszenia art. 815 § 1 i 3 k.c. w zw. art. 808 § 1 k.c. i art. 12a pkt 4 ustawy o działalności ubezpieczeniowej poprzez uznanie, że dla skutecznego powołania się na postanowienie Umowy wyłączające odpowiedzialność pozwanej konieczne było przeprowadzenie szczegółowej ankiety medycznej

dotyczącej ubezpieczonego, pomimo zgodnego ze specyfiką ubezpieczeń grupowych na życie, obowiązującymi przepisami i zwyczajem na rynku tych ubezpieczeń określenia w treści Umowy w sposób enumeratywny postanowień wyłączających odpowiedzialność pozwanej i zaznajomienia z tymi wyłączeniami ubezpieczonego oraz oszacowania na tej podstawie ryzyka ubezpieczeniowego.

Podkreślić należy, iż pozwana w ogóle nie dokonała oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a na pewno podstawą ku temu nie mogło być oświadczenie ubezpieczonego o zaznajomieniu się z treścią postanowień umownych. Skoro podstawą wyłączenia odpowiedzialności pozwanej są okoliczności wynikające ze stanu zdrowia ubezpieczonego istniejące w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia lub przed tą datą, to ubezpieczyciel winien zadbać o rozpytania o te okoliczności, a skoro tego zaniechał, nie może korzystać z ochrony.

Niedopuszczalne jest odstąpienie od podjęcia jakichkolwiek czynności ukierunkowanych na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego i uwolnienie się od konsekwencji tych zaniechań poprzez wprowadzenie do zapisów umowy odpowiedniej klauzuli. Nie ma przy tym znaczenia, jakie są praktyki i zwyczaje ubezpieczeniowe, albowiem winny one być zawsze zgodne z powszechnie obowiązującym prawem.

Przy tym zauważyć należy, iż pozwana wprawdzie kwestionuje zasadność dokonywania ankiety oceny zdrowia ubezpieczonego przez zawarciem umowy ubezpieczenia, niemniej nie zakwestionowała, iż na jej stronie internetowej znajduje się taka ankieta, a w treści wyciągu z umowy wskazała, że ankieta ta jest obligatoryjna w razie zawarcia umowy kredytu na kwotę przekraczającą 500.000 zł. Okoliczności dotyczące stanu zdrowia ubezpieczonych miały więc dla niej znaczenie, niemniej odpowiednie środki ostrożności podejmowała w razie zawarcia umów ubezpieczenia na wyższą kwotę. Odstępując od rozpytania o stan zdrowia w przypadku niższych kwot ubezpieczenia godziła się z możliwością udzielenia ochrony ubezpieczeniowej także osobom, których stan zdrowia mógł doprowadzić do rychłej śmierci, a tym samym na zawarcie umów obarczonych wyższym ryzykiem.

Skarżąca wskazała również, że został naruszony art. 353¹ k.c. przez niezastosowanie ustalonych przez strony zasad ochrony ubezpieczeniowej. Zgodnie z powołanym przepisem strony zawierające umowę mogą ułożyć stosunek prawny według swojego uznania, byleby jego treść lub cel nie sprzeciwiały się właściwości (naturze) stosunku, ustawie ani zasadom współżycia społecznego. Już z treści powyższego przepisu wynika, że swoboda umów nie ma charakteru bezwzględnego. Postanowienie umowne ograniczające odpowiedzialność ubezpieczyciela bez wątpienia naruszało art. 385¹ § 1 k.c. zapewniające szczególną ochronę konsumentowi i jako sprzeciwiające się ustawie nie mogło być bezkrytycznie zastosowane przy rozwiązaniu zaistniałego sporu.

Kolejnymi zarzutami apelacji było naruszenie art. 6 w zw. z art. 385¹ § 4 k.c. przez niezastosowanie i uwzględnienie niedozwolonego charakteru postanowienia Umowy pomimo, iż powódka nie udowodniła sprzecznego z obyczajami i rażącego naruszenia interesu konsumentów oraz tego że postanowienie nie zostało sformułowane jednoznacznie, w sytuacji gdy ciężar dowodu w tym zakresie spoczywał na powódce, oraz art. 5 k.c. w zw. z art. 385¹ § 1 k.c. przez niezastosowanie i przeprowadzenie kontroli incydentalnej postanowienia Umowy, w sytuacji gdy strona powodowa nadużywa prawa podnosząc zarzut abuzywności postanowienia Umowy dopiero po upływie 6 lat od dnia przystąpienia do ubezpieczenia i po 2,5 roku toczącego się procesu. Również powyższe zarzuty należało uznać za niezasadne.

W pierwszej kolejności należy wskazać, że nie mógł zostać naruszony art. 5 k.c. w zw. z art. 385¹ § 1 k.c. poprzez podniesienie zarzutu zbyt późno, albowiem kontroli abuzywności postanowień umownych sąd winien dokonywać z urzędu, nie tylko na zarzut. Nie było również konieczności dowodzenia okoliczności uzasadniających uznania klauzuli umownej za niedozwoloną, skoro jej niejednoznaczność i naruszenie dobrych obyczajów i interesów konsumentów wynikały z okoliczności sprawy. Nadto wskazać należy, że zgodnie z art. 385¹ § 4 k.c. ciężar dowodu, że postanowienie zostało uzgodnione indywidualnie, spoczywa na tym, kto się na nie powołuje. Z treści powyższego przepisu wynika, że to przedsiębiorca winien udowodnić, że indywidualnie uzgodnił treść postanowienia z konsumentem. Niezrozumiałym jest więc łączenie powyższego przepisu z brakiem odpowiedniej inicjatywy dowodowej po stronie powódki.

Dokonana przez Sąd Apelacyjny ocena zarzutów apelacyjnych prowadzi do wniosku, że skarżąca nie zdołała podważyć zasadności zaskarżonego orzeczenia. Tym samym brak było podstaw do jego rewizji, w konsekwencji czego apelację oddalono na podstawie art. 385 k.p.c.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na podstawie art. 108 § 1 zd. 1 w zw. z art. 98 § 1 k.p.c., uwzględniając wynik postępowania apelacyjnego. Skarżąca przegrała sprawę, winna zatem zwrócić powódce koszty postępowania apelacyjnego, na które złożyły się koszty zastępstwa procesowego strony powodowej w kwocie 2.700,00 zł, ustalone stosownie do § 12 ust. 1 pkt 2 w zw. § 6 pkt 6 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (t.j. Dz. U. z 2013 r. poz. 490 ze zm.) oraz opłata skarbową od pełnomocnictwa w kwocie 17 zł.

Marta Sawicka Wiesława Kaźmierska Halina Zarzeczna