

DELEGATURA UOKiK W KATOWICACH

Katowice, dn. 06.08.2007r.

RKT-61-94/06/SB

DECYZJA Nr RKT-29/2007

Stosownie do art. 28 ust. 6 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz.U. z 2005r. Nr 244, poz. 2080 z zm.) i § 6 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 19 lutego 2002 r. w sprawie określenia właściwości miejscowej i rzeczowej delegatur Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Dz. U. Nr 18, poz. 172 z późn. zm.), w związku z art. 131 ust. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 50, poz. 331 z zm.) po przeprowadzeniu postępowania w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, wszczętego z urzędu przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ING Nationale – Nederlanden Polska S.A. w Warszawie
- działając w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów:

- I. Na podstawie art. 23c ust. 1 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów w związku z art. 23a ust. 1 i 2 ustawy **uznaje się za praktyki naruszające zbiorowe interesy konsumentów** bezprawne działania Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie ING Nationale – Nederlanden Polska S.A. w Warszawie, polegające na:
 1. naruszeniu obowiązku udzielania konsumentom pełnych, rzetelnych i prawdziwych informacji poprzez nie zamieszczenie w „Ogólnych warunkach” pełnych informacji o prawie konsumentów do otrzymania wezwania do zapłaty zaległych płatności przed rozwiązaniem przez ubezpieczyciela umów, co gwarantuje treść art. 830 § 2 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.),
 2. naruszeniu obowiązku udzielania konsumentom pełnych, rzetelnych i prawdziwych informacji poprzez określenie w „Ogólnych warunkach” terminu składania wniosków o wypłaty świadczeń, w sposób sprzeczny z art. 819 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny,
 3. pobieraniu składek za czas, w którym ubezpieczony nie jest objęty ochroną ubezpieczenia, co narusza art. 813 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964r. Kodeks cywilny
i nakazuje się zaniechania ich stosowania.
- II. Na podstawie art. 72 ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów w związku z art. 75 tej ustawy, postanawia się obciążyć Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ING Nationale – Nederlanden Polska S.A. w Warszawie kosztami przeprowadzonego postępowania i zobowiązać przedsiębiorcę do zwrotu na rzecz Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwoty 40 PLN (słownie złotych: czterdzieści).

Uzasadnienie

W dniu 06.12.2006r. postanowieniem nr 1 w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów – zwanego dalej organem antymonopolowym wszczęte zostało z urzędu postępowanie w związku z podejrzeniem stosowania przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ING Nationale – Nederlanden Polska S.A. w Warszawie – zwanego dalej Towarzystwem lub ubezpieczycielem, bezprawnych działań noszących znamiona praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, o których mowa w art. 23 a ust. 1 i 2 z dnia 15 grudnia 2000 r. ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów – zwanej dalej ustawą antymonopolową, polegających na:

1. naruszeniu obowiązku udzielania konsumentom pełnych, rzetelnych i prawdziwych informacji poprzez nie zamieszczenie w „ogólnych warunkach” pełnych informacji o prawie konsumentów do otrzymania wezwania do zapłaty zaległych płatności przed rozwiązaniem przez ubezpieczyciela umów, co gwarantuje treść art. 830 § 2 k.c.,
2. naruszeniu obowiązku udzielania konsumentom pełnych, rzetelnych i prawdziwych informacji poprzez podanie informacji w „Ogólnych warunkach” o terminie składania wniosków o wypłaty świadczeń, który może być uznany za niezgodny z art. 819 § 1 k.c.,
3. pobieraniu składek za czas, w którym ubezpieczony nie jest objęty ochroną ubezpieczenia, co może naruszać art. 813 § 1 k.c. (Karta nr 2).

W odpowiedzi na zawiadomienie o wszczęciu postępowania w sprawie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów Towarzystwo, wyjaśniło co następuje (Karty nr 9-13).

Pierwszy zarzut został oparty na następującym brzmieniu postanowień OWU stosowanych przez Towarzystwo:

„Po upływie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita, umowa główna zostaje rozwiązana bez konieczności uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do zapłaty”.

Towarzystwo wyjaśniło, iż dokonało zmiany treści OWU uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 18/2006 z dnia 12 grudnia 2006r., które będą włączone zarówno do nowo zawieranych umów ubezpieczenia, jak i do już zawartych umów, których stroną są konsumenci.

Zakwestionowane postanowienie OWU otrzymało następujące brzmienie:

„Umowa główna zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty, po upływie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita”.

Zgodnie z brzmieniem art. 830 § 2 k.c., w braku odmiennego zastrzeżenia umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeżeli składka nie została zapłacona w terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie, określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia; w wezwaniu powinny być podane do wiadomości ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki.

W opinii Towarzystwa powyżej przytoczony zmodyfikowany zapis OWU wypełnia wymogi art. 830 § 2 k.c. co do treści OWU. Towarzystwo zamierza wysyłać uprzednie wezwania do zapłaty nie później niż w 75 dniu licząc od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita. Ponieważ w OWU zawarta jest zasada, że termin wymagalności składki (właściwy, pierwotny termin jej zapłaty) przypada pierwszego dnia okresu rozliczeniowego, w którym jest pobierana, podany w wyżej przytoczonej klauzuli termin 90 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita jest dodatkowym terminem realizacji ww. uprzedniego wezwania do zapłaty.

Odnosząc się do pkt 2 zarzutu Towarzystwo stwierdziło, iż został on oparty na następującym brzmieniu postanowień OWU stosowanych przez Towarzystwo:

„Ubezpieczony powinien złożyć wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa całkowitego po upływie 12 (dwunastu) miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od ostatniego dnia ww. dwunastomiesięcznego okresu”.

„Ubezpieczony powinien złożyć wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia wystawienia dokumentu potwierdzającego trwale inwalidztwo częściowe lub w terminie 30 (trzydziestu) dni od wcześniejszego spośród poniżej wymienionych dni:

a) dzień złożenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych;

b) dzień złożenia wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych lub o jednorazowe odszkodowanie w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych”.

Towarzystwo zwróciło uwagę na to, iż uprawnienie do zawarcia w OWU ww. zapisów wynika z przepisu art. 818 k.c. oraz że zapisy powyższe nie zawierają żadnych sankcji wobec Klienta za niewykonanie tych umownych obowiązków. Towarzystwo uznało argumentację organu antymonopolowego, iż zapisy mogą wskazywać na jakiś obowiązek Klienta – Konsumenta składania wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa w określonym w OWU terminie, krótszym niż termin przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia określony w art. 819 k.c. (3 lata).

Zakwestionowane postanowienia OWU zostały zmienione i otrzymały następujące brzmienia:

„Wskazane jest by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego po wystawieniu dokumentu potwierdzającego trwałe inwalidztwo częściowe lub po:

a) dniu złożenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,

albo

b) dniu złożenia wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych lub o jednorazowe odszkodowanie w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.”

W ocenie Towarzystwa zapisy w brzmieniu podanym powyżej w żaden sposób nie mogą już budzić wątpliwości co do intencji ubezpieczyciela oraz zakresu obowiązków Klienta. Zawarta jest w nich zaledwie sugestia określonego postępowania klienta, co wynika z praktycznych doświadczeń Towarzystwa w zakresie wypłaty tego typu świadczeń. Nie może ona być w żaden sposób kojarzona z obowiązkiem lub powinnością Klienta (Karta nr 11).

Odnosząc się do zarzutu postawionego w pkt 3 postanowienia o wszczęciu dotyczącego stosowania okresów karencji odpowiedzialności ubezpieczyciela w treści OWU, Towarzystwo wyjaśniło, iż wprowadzenie do pewnych umów okresu karencji w świadczeniu ochrony ubezpieczeniowej wynika zarówno z teorii prawa ubezpieczeniowego jak również statystycznych i aktuarialnych założeń produktu. Zgodnie z teorią ubezpieczeń, ubezpieczyciel może ponosić odpowiedzialność wyłącznie za zdarzenie przyszłe, niepewne, niezależne od woli ubezpieczającego. Tylko takie zdarzenie może zostać uznane za wypadek ubezpieczeniowy, którego zajście powoduje powstanie obowiązku wypłaty świadczenia po stronie zakładu ubezpieczeń. Gromadzone przez zakłady ubezpieczeń oraz instytucje zabezpieczeń społecznych na całym świecie dane statystyczne wykazały, że w przypadku ubezpieczeń zarówno społecznych jak i prywatnych, częstotliwość występowania zdarzeń objętych ubezpieczeniem w pierwszym okresie obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej znacznie przewyższa ilość zdarzeń występujących w kolejnych okresach. Dotyczy to w szczególności ubezpieczeń obejmujących swym zakresem: urodzenie dziecka, świadczenia chorobowe lub rentowe. Wnikliwe badania prowadzone przez sektor ubezpieczeniowy na całym świecie doprowadziły do wniosku, że zdarzenia te nie mieszczą się w definicji wypadku ubezpieczonego. Ubezpieczony chorując lub obserwując pewne symptomy występujące w swoim organizmie ma świadomość, że zdarzenie objęte zakresem ubezpieczenia się wydarzy. Zdarzenie takie nie może zatem zostać uznane za spełniające znamiona wypadku ubezpieczeniowego, a umowa obejmująca taki wypadek nie może zostać uznana za umowę ubezpieczeniową w rozumieniu kodeksu cywilnego. Okresy karencji dla poszczególnych ryzyk zostały ustalone na podstawie danych statystycznych oraz medycznych dotyczących poszczególnych stanów chorobowych.

Ponadto Towarzystwo podniosło, że wykazana asymetria dostępu do informacji powoduje, że zakład ubezpieczeń jako strona, która ma zwykle mniej informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego, nie mogąc dokładnie określić ryzyka ubezpieczeniowego występującego u danego klienta na początku trwania umowy ubezpieczenia, a w konsekwencji nie mogąc

dokładnie oszacować tego ryzyka, jest zmuszone do uśrednienia składki ubezpieczeniowej w oparciu o dane statystyczne. W konsekwencji zakład ubezpieczeń w tzw. portfelu ubezpieczeń, posiada zarówno klientów, co do których składka ubezpieczeniowa jest zaniżona, jak również i takich, co do których składka jest zawyżona. Wyżej opisana sytuacja prowadzi do stopniowego zwiększenia się udziału „złych ryzyk” w portfelu ubezpieczeń kosztem „ryzyk dobrych”, ponieważ osoby, co do których istnieje większe ryzyko, np. zachorowania i które jednocześnie płacą relatywnie niższą składkę ubezpieczeniową, ubezpieczają się chętniej i częściej. Taki proces określany jest nazwą antyselekcji. Pogorszenie jakości portfela powoduje zwiększenie liczby zdarzeń ubezpieczeniowych i przez to zmusza zakład ubezpieczeń do podwyższenia składki ubezpieczeniowej dla wszystkich klientów. Na końcu tego procesu portfel ubezpieczeń ograniczyć się może do ubezpieczeń ze „złymi ryzykami”. Zjawisko to może również doprowadzić do ograniczenia oferty ubezpieczeniowej w stosunku do pewnych ryzyk, co wpłynęłoby niekorzystnie na rozwój konkurencji na rynku ubezpieczeniowym oraz ograniczyłoby prawa konsumenta w tym zakresie.

W opinii Towarzystwa powyżej opisane zjawisko jest szkodliwe zarówno dla niego jak i dla całego rynku ubezpieczeń oraz jego klientów (konsumentów). W celu ograniczenia wyżej opisanego zjawiska ubezpieczyciele wprowadzili do umów ubezpieczenia okresy karencji. Służą one również eliminacji z zakresu ubezpieczenia zdarzeń, które nie mogłyby zostać zakwalifikowane jako wypadki ubezpieczeniowe. W okresach tych wyłączana jest ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do pewnych ryzyk, których wystąpienie w okresie karencji jest immanentnie związane z wolą lub świadomością ubezpieczającego się. Z powyższych względów okresy karencji są standardowym narzędziem kontroli ryzyka, stosowanym powszechnie zarówno w Polsce, jak i w wielu innych krajach o rozwiniętym rynku ubezpieczeń. Towarzystwo stwierdziło, iż rozumie, że organ antymonopolowy nie kwestionuje istnienia okresu karencji w umowach ubezpieczenia dotyczących poważnych zachorowań, natomiast ma zastrzeżenia do obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych w okresach karencji. Odnosząc się do tych wątpliwości, wyjaśniono, iż w umowach dotyczących poważnego zachorowania, Towarzystwo z góry oblicza składkę za cały okres, przez który świadczy ochronę. Składka ubezpieczeniowa powinna w szczególności pokryć koszty ryzyka wypłat świadczeń ubezpieczeniowych, koszty zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia (w tym koszty prowizji wypłacanej pośrednikom ubezpieczeniowym). Co ważne, przy kalkulacji składki ubezpieczeniowej uwzględnia się to, że przez pierwszy okres trwania umowy ubezpieczenia (okres karencji) ochrona ubezpieczeniowa jest wyłączona. Tak obliczona z góry składka jest jedynie płatna w ratach miesięcznych lub kwartalnych. Wobec powyższego nie ma bezpośredniego związku pomiędzy okresem płatności składki a świadczeniem w tym czasie ochrony ubezpieczeniowej. Stąd zbyt dużym uproszczeniem jest wniosek, iż skoro klient zapłacił składkę za dany miesiąc, to w tym miesiącu powinien otrzymać ochronę ubezpieczeniową. Z powodu obliczania składki ubezpieczeniowej z góry za cały okres ubezpieczenia, jeżeli w okresie karencji składka miałaby być niższa, ponieważ zakład ubezpieczeń nie świadczy ochrony od momentu, w którym rozpoczyna się pełna ochrona ubezpieczeniowa, ubezpieczający musiałby płacić składkę wyższą, aby zrekompensować wcześniejsze, niższe wpłaty. Sposób obliczania składki ubezpieczeniowej, który w konsekwencji wyznacza jednakową wartość składki ubezpieczeniowej w każdym okresie trwania umowy jest wygodny dla klienta i nie stoi w sprzeczności z żadnymi uregulowaniami prawnymi.

Towarzystwo w piśmie z dnia 5.02.2007r. dodatkowo wyjaśniało, iż składka za umowę dodatkową CIR wyznaczana jest na podstawie taryfy składek zatwierdzonej uchwałą zarządu Towarzystwa, odpowiedniej dla danego typu umowy CIR (Karty nr 205, 206). (...)

Towarzystwo przedstawiło również tabelaryczne zestawienie danych określających terminy zawarcia umów, dni rozpoczęcia odpowiedzialności z umów dodatkowych dotyczących poważnego zachorowania, a także daty wymagalności pierwszych i ostatnich składek. Z przedstawionych danych wynika, iż składki są wnoszone w ratach miesięcznych, kwartalnych. Pierwsza składka jest wnoszona w dniu zawarcia umowy, natomiast odpowiedzialność z umowy

dotatkowej rozpoczyna się w opisanych przypadkach po 6 miesiącach. Ostatnia składka miesięczna jest wnoszona miesiąc, przed zakończeniem odpowiedzialności (Karta nr 201).

W piśmie z dnia 20 lutego 2007r. znak TUnŻ/DP/39/07 Towarzystwo przedstawiło matematyczne założenia wyliczenia składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej poważnego zachorowania (Karty nr 784-786). (...)

W piśmie z dnia 30.04.2007r. Towarzystwo dostarczyło kolejne wyjaśnienia w sprawie sposobu wyliczenia składek (Karty nr 794-798). (...)

Towarzystwo wyjaśniło, iż nie dysponuje wiedzą o mechanizmach obliczeniowych użytych przez Reasekuratora. Znalazły one wyraz w Umowie Reasekuracyjnej, dzięki czemu, przy obliczeniu wartości składki przez Towarzystwo przy użyciu przedstawionych współczynników uwzględniono brak ochrony ubezpieczeniowej przez pierwsze 180 dni trwania Umowy CIR. Przedstawiona została tabela zawierająca rzeczywiste wartości współczynników „qx” oznaczających prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w umowie CIR. Współczynnik ten jest określony odpowiednio dla wieku osoby oraz jej płci. Oznacza on prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określonego w Umowie CIR (prawdopodobieństwo zachorowania). (...) Towarzystwo dostosowało konstrukcję produktu CIR do wymogów reasekuratora, co dało możliwość objęcia umową reasekuracyjną opisywanego ubezpieczenia CIR. Dlatego współczynniki prawdopodobieństwa zdarzenia stosowane przez Towarzystwo uwzględniają brak ochrony ubezpieczeniowej przez pierwsze 180 dni trwania umowy CIR (Karta nr 795).

(...)

Towarzystwo złożyło dodatkowo wyjaśnienia w piśmie z dnia 8.06.2007r. po zapoznaniu się ze zgromadzonym materiałem w sprawie. Ponownie Towarzystwo wyjaśniło społeczne uzasadnienie dla stosowania okresu karencji, tj. iż chętniej ubezpieczają się osoby, co do których istnieje większe ryzyko np. zachorowania.

Dodatkowo wyjaśniono, iż w umowach ubezpieczenia dotyczących poważnego zachorowania, Towarzystwo z góry oblicza składkę za cały okres, przez który świadczy ochronę. Składka ubezpieczeniowa powinna w szczególności pokryć koszty ryzyka wypłat świadczeń ubezpieczeniowych, koszty zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia (w tym koszty prowizji wypłacanej pośrednikom ubezpieczeniowym). Co ważne, przy kalkulacji składki ubezpieczeniowej uwzględnia się to, że przez pierwszy okres trwania umowy ubezpieczenia (okres karencji) ochrona ubezpieczeniowa jest wyłączona. Tak obliczona z góry składka jest jedynie płacona za okresy płatności o długości miesięcznej, kwartalnej, lub rocznej. Wobec powyższego nie ma bezpośredniego związku pomiędzy okresem płatności składki a świadczeniem w tym czasie ochrony ubezpieczeniowej. Zbyt dużym uproszczeniem jest wniosek, iż skoro klient zapłacił składkę za dany miesiąc, to w tym miesiącu powinien otrzymać ochronę ubezpieczeniową. Z powodu obliczania składki ubezpieczeniowej z góry za cały okres ubezpieczenia, jeżeli w okresie karencji składka miałaby być niższa, ponieważ zakład ubezpieczeń nie świadczy ochrony, to od momentu, w którym rozpoczyna się pełna ochrona ubezpieczeniowa, ubezpieczający musiałby płacić składkę wyższą, aby zrekompensować wcześniejsze, niższe wpłaty.

Sposób obliczania składki ubezpieczeniowej, który w konsekwencji wyznacza jednakową wartość składki ubezpieczeniowej w każdym okresie trwania umowy jest wygodny dla klienta i nie stoi w sprzeczności z żadnymi uregulowaniami prawnymi.

W ocenie Towarzystwa wyżej przedstawione argumenty w sposób dostateczny uzasadniają istnienie w umowach okresu karencji wraz z obowiązkiem opłacania w tym czasie składki ubezpieczeniowej. Dodatkowo wyjaśniono, iż nie jest możliwe uznanie zapisów o okresie karencji oraz zapisów o obowiązku zapłaty składki w tym okresie za niedozwolone postanowienie umowne w rozumieniu kodeksu cywilnego. Zgodnie z art. 385(1) k.c. postanowienia określające główne świadczenie stron nie mogą być uznane za niedozwolone, jeżeli zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

(...)

Przy konstruowaniu założeń określonego matematycznego modelu umowy CIR Towarzystwo użyło wartości współczynników q_{x+k} opracowanych przez ww. reasekuratora. Firma reasekuracyjna ma światowy zasięg, dysponuje odpowiednimi doświadczeniami i konkretnymi danymi z całego świata o ubezpieczeniach na życie i zdrowotnych. Ogólnie przyjętą praktyką całego rynku europejskiego jest opracowywanie prawdopodobieństw zająć zdarzeń typu „poważne zachorowanie” – jak w umowie CIR- z uwzględnieniem okresu karencji. Dlatego współczynniki q_{x+k} stosowane przez Towarzystwo uwzględniają brak ochrony ubezpieczeniowej przez pierwsze 180 dni trwania umowy CIR, co wynika z treści umowy reasekuracyjnej zawartej przez Towarzystwo. Towarzystwo przedstawiło przykład wyliczenia wartości składki.

Organ antymonopolowy ustalił, co następuje:

W trakcie postępowania, organ antymonopolowy ustalił, że Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie ING Nationale – Nederlanden Polska S.A. w Warszawie prowadzi m.in. działalność polegającą na sprzedaży ubezpieczeń na życie, o których mowa w ustawie kodeks cywilny na podstawie wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego.

Towarzystwo zawiera umowy dotyczące:

- A. ubezpieczenia na życie „GWARANCJA LWA”,
- B. ubezpieczenia na życie „OCHRONA LWA”,
- C. ubezpieczenia zaopatrzenia dziecka z funduszem kapitałowym „MŁODY LEW”,
- D. ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym „STRATEGIA LWA” nr OWU/FIR1/1/2004,
- E. ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym „STRATEGIA LWA” nr OWU/FIR0/1/2004 (Karty nr 883-1005).

W toku niniejszego postępowania organ antymonopolowy zważył, co następuje:

Zgodnie z art. 23a ust. 1 ustawy antymonopolowej za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów uważa się godzące w nie bezprawne działania przedsiębiorcy. Nie jest zbiorowym interesem konsumentów suma indywidualnych interesów konsumentów. Ustawa antymonopolowa w art. 23 a ust. 2 stanowi, że za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów uważa się w szczególności stosowanie postanowień wzorców umów, które zostały wpisane do rejestru postanowień wzorców umowy uznanych za niedozwolone, o których mowa w art. 479⁴⁵ Kodeksu postępowania cywilnego, naruszanie obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji, nieuczciwą lub wprowadzającą w błąd reklamę i inne czyny nieuczciwej konkurencji godzące w zbiorowe interesy konsumentów.

W przypadku, gdy doszło do naruszenia art. 23a ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, organ antymonopolowy na mocy art. 23c ust. 1 tej ustawy uznaje określoną praktykę za naruszającą zbiorowe interesy konsumentów i nakazuje zaniechanie jej stosowania.

Jako „sprzeczne z prawem” należy kwalifikować zachowania sprzeczne z nakazem zawartym w ustawie, rozporządzeniu wydanym na podstawie i dla wykonania ustawy, umową międzynarodową mającą bezpośrednie zastosowanie w stosunkach wewnętrznych. Sprzeczne z prawem są czyny: zabronione i zagrożone sankcją karną, czyny zabronione pod sankcjami dyscyplinarnymi, czyny zakazane przepisami administracyjnymi lub przepisami prawa gospodarczego publicznego, czyny zabronione przepisami o charakterze cywilnym, sprzeczne z nakazami zawartymi w prawie cywilnym lub prawie administracyjnym. Bezprawność jest taką cechą działania, która polega na jego sprzeczności z normami prawa lub zasadami współżycia społecznego, bez względu na winę, a nawet świadomość sprawcy. Dla ustalenia bezprawności działania wystarczy, że określone zachowanie koliduje z przepisami prawa. /Por. Ustawa o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji Komentarz, pod redakcją prof. dr hab. Janusza Szwejki, Wydawnictwo CH BECK, Warszawa 2000, s.117 - 118/

Wobec powyższego, aby określone zachowanie mogło zostać uznane za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów konieczne jest łączne spełnienie dwóch przesłanek:

- bezprawne działanie przedsiębiorcy,
- działanie narusza zbiorowe interesy konsumentów.

I.1 Oceniana praktyka dotyczy naruszenia obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej, prawdziwej i pełnej informacji poprzez nie zamieszczenie w „ogólnych warunkach” pełnych informacji o prawie konsumentów do otrzymania wezwania do zapłaty zaległych płatności przed rozwiązaniem przez ubezpieczyciela umów, co gwarantuje treść art. 830 § 2 k.c.

Zgodnie z art. 830 § 2 k.c. w braku odmiennego zastrzeżenia umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego, jeżeli składka nie została zapłacona w terminie określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie, określonym w ogólnych warunkach ubezpieczenia; w wezwaniu powinny być podane do wiadomości ubezpieczającego skutki niezapłacenia składki.

W treści powyższego artykułu w sposób jednoznaczny została określona procedura wypowiedzenia umowy w sytuacji, niedopełnienia przez ubezpieczonego jego obowiązku terminowego wnoszenia składek. Równocześnie ustawa nakazuje zamieszczenie w ogólnych warunkach umowy określonych danych chroniących interesy konsumentów, tj. terminu, po upływie którego umowa może być wypowiedziana oraz minimalnego terminu w jakim konsument będzie mógł spełnić zaległe świadczenie po otrzymaniu wezwania do zapłaty.

Zgodnie z powołanym przepisem kodeksu cywilnego w sytuacji nie zapłacenia składek w terminie, określonym w umowie, tj. w przedmiotowym przypadku w terminie 90 dni, umowa może być rozwiązana. Jednak powyższy przepis dodatkowo nakazuje wysłać wezwanie do konsumenta i określić termin, w którym konsument po otrzymaniu wezwania powinien spełnić zaległe świadczenie.

W Ogólnych warunkach umów – zwanych dalej OWU poddanych kontroli w niniejszym postępowaniu zostały zawarte następujące postanowienia.

A. Ogólne warunki kapitałowego ubezpieczenia na życie „GWARANCJA LWA”, art. 21 ust. 2 Ogólne warunki kapitałowego ubezpieczenia na życie nr OWU/ENRS/1/2005

B. Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie „OCHRONA LWA”, art. 17 ust. 2 Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TMR1/1/2003

C. Ogólne warunki ubezpieczenia zaopatrzenia dziecka z funduszem kapitałowym „MŁODY LEW”, art. 31 ust. 2 Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie nr OWU/TCPO/1/2004

D. Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym „STRATEGIA LWA” nr OWU/FIR1/1/2004, art. 38 ust. 2 Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym nr OWU/FIR1/1/2004

E. Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym „STRATEGIA LWA” nr OWU/FIR0/1/2004 art. 38 ust. 2 Ogólne warunki
„Po upływie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita, umowa główna zostaje rozwiązana bez konieczności uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do zapłaty” (Karta nr 892 – verte).

W powyższych postanowieniach w sposób jednoznaczny wyłączono obowiązek wzywania konsumentów do zapłaty zaległych składek przed rozwiązaniem umowy. Biorąc pod uwagę powyżej powołany przepis art. 830 st. 2 k.c. powyższe zapisy umów są bezprawne.

W trakcie postępowania Towarzystwo wyjaśniło, iż dokonało zmiany treści OWU uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 18/2006 z dnia 12 grudnia 2006r., które będą włączone zarówno do nowo zawieranych umów ubezpieczenia, jak i do już zawartych umów, których stroną są konsumenci. Zakwestionowane postanowienia OWU otrzymały następujące brzmienia: „Umowa główna zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty, po upływie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita” (Karta nr 17). Nowa treść postanowień zapewnia konsumentom, iż otrzymają oni

wezwanie do zapłaty oraz, że wypowiedzenie umowy nastąpi nie wcześniej niż po upływie 90 dni od powstania zaległości.

W uzasadnieniu postanowienia o wszczęciu postępowania, organ antymonopolowy w sposób jednoznaczny określił jakie informacje wiążące się z wezwaniem konsumenta do zapłaty zaległych płatności muszą być umieszczone w OWU zgodnie z art. 830 § 2 k.c. (Karta nr 2-verte).

Jednak pomimo powyższego, treści ogólnych warunków umów nadal nie spełniają wymogów określonych przez art. 830 § 2 k.c., gdyż nie określają dodatkowego terminu do spełnienia przez konsumenta zaległych świadczeń po otrzymaniu wezwania.

Z treści przedstawionych przez Towarzystwo wyjaśnień wynika, iż wezwania do zapłaty będą wysyłane nie później niż w 75 dniu licząc od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita (Karta nr 10).

Na podstawie przedmiotowych wyjaśnień, a także treści nowych oraz wcześniej obowiązujących postanowień, organ antymonopolowy stwierdził, co następuje. Towarzystwo deklaruje wysyłanie do konsumentów wezwań nie później niż w 75 dniu od powstania zaległości. Biorąc pod uwagę, iż od momentu nadania wezwania, Towarzystwo nie ma możliwości sprawowania kontroli nad przesyłką, nie może zapewnić niezwłocznego doręczenia jej konsumentowi. Tym samym przyjęta praktyka, może spowodować, iż konsument otrzyma wezwanie w 89 dniu od powstania zaległości, a nawet po 90 dniu, a więc już po rozwiązaniu umowy. Dlatego też, organ antymonopolowy uznał, iż przedstawione założenia procedury powiadamiania konsumentów o powstałych zaległościach nie chronią interesów konsumentów w sposób wystarczający.

Wpisanie w OWU przedmiotowego dodatkowego terminu do zapłaty, o którym mowa w art. 830 § 2 k.c. jest uzasadnione, gdyż umożliwia konsumentom wyjaśnienie i udokumentowanie faktu, iż wywiązali się z nałożonych na nich obowiązków, a zaległości powstały bez ich winy, np. gdy płatności nie zostały właściwie zaksięgowane przez pracowników Towarzystwa. Natomiast w sytuacji, gdy konsumenci nie dokonali płatności, otrzymanie wezwań umożliwi im wywiązanie się z obowiązku wpłacania składek.

Z uwagi na fakt, iż płatności z tytułu zawartej umowy mogą być wnoszone w różny sposób tj. przelewem bankowym, termin do dokonania zapłaty musi być określony wystarczająco długo, aby konsument dochowując należytej staranności mógł spełnić świadczenie w wyznaczonym terminie, przed upływem 90 dnia, po powstaniu zaległości.

Organ antymonopolowy stoi na stanowisku, iż właśnie w celu ochrony interesów konsumentów przed powstaniem powyższych sytuacji, a więc zbyt późnym otrzymaniem wezwań, ustawodawca nakazał umieszczenie w ogólnych warunkach umów zapisu, który zagwarantuje konsumentom okres na spełnienie zaległych świadczeń po otrzymaniu wezwań.

Przepisy nakładają zarówno na ubezpieczonego, jak i ubezpieczającego określone obowiązki, ale przyznają również prawa. W przedmiotowym przypadku Towarzystwo ma obowiązek dostarczyć konsumentowi wezwanie do zapłaty powstałej zaległości, natomiast konsumentowi przysługuje prawo, do wyjaśnienia zaistniałych okoliczności lub dokonania zapłaty w zagwarantowanym okresie.

Art. 830 § k.c. w sposób jednoznaczny nakazuje określenie w OWU gwarantowanego minimalnego terminu przysługującego konsumentowi, na dokonanie zapłaty z tytułu zaległych świadczeń. Pomimo wymogu określonego w powyższym artykule kodeksu cywilnego, zarówno OWU poddane ocenie przy wszczęciu postępowania, jak i wprowadzone zmiany nie gwarantują minimalnego terminu, w jakim konsumenci powinni dokonać zapłaty zaległych składek po otrzymaniu wezwania do zapłaty. Przyjęte założenie wysyłania wezwań do zapłaty w 75 dniu od powstania zaległości nie gwarantuje konsumentom zapewnienia ochrony, która wynika z art. 830 § 2 k.c., a więc pewności terminu do dokonania zapłaty lub wyjaśnienia okoliczności powstania zaległości. Tym samym dokonana zmiana treści warunków umowy jest niewystarczająca.

Dlatego też praktyka dotycząca sformułowania umowy w taki sposób, że nie zapewnia minimalnej ochrony interesów konsumentów przez brak odpowiednich informacji lub podanie niepełnych, nieprawdziwych i nierzetelnych informacji jest bezprawna.

Przedmiotowa praktyka dotyczy informacji, o skutkach nie dokonania płatności w trakcie realizacji umowy, tak więc dotyczy informacji ważnych zarówno dla konsumentów, którzy chcą zawrzeć umowy, jak i tych, którzy je realizują. Dlatego też zakwestionowane praktyki naruszają interesy konsumentów, którzy zawarli umowy, a także przyszlých potencjalnych klientów. Umowy, których treści są poddane ocenie, mogą zawrzeć wszystkie zainteresowane nimi osoby. Tym samym oferta zawarcia umowy ubezpieczenia jest skierowana do nieograniczonej grupy konsumentów.

Biorąc pod uwagę przesłanki podane w powyższym uzasadnieniu stosowania praktyki, organ antymonopolowy stwierdził, że jest ona bezprawna, oraz narusza interesy konsumentów.

W związku z faktem, że zaistniały łącznie obie przesłanki, tj. bezprawność działań oraz naruszenie interesów nieograniczonej grupy konsumentów, organ antymonopolowy uznał ocenianą praktykę za naruszającą zbiorowe interesy konsumentów.

Wobec powyższego orzeka się jak w pkt I.1 sentencji decyzji.

I.2 Kolejną zarzucaną praktyką określoną w punkcie I.2 sentencji decyzji naruszającą zbiorowe interesy konsumentów, jest naruszenie obowiązku udzielania konsumentom pełnych, rzetelnych i prawdziwych informacji poprzez określenie w „Ogólnych warunkach” terminu składania wniosków o wypłaty świadczeń, w sposób sprzeczny z art. 819 § 1 k.c..

Organ antymonopolowy zakwestionował stosowanie ww. praktyki, na podstawie treści zawartych w ogólnych warunkach umów:

A. Ogólne warunki kapitałowego ubezpieczenia na życie „GWARANCJA LWA”, art. 9 ust. 6 OWU dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

B. Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie „OCHRONA LWA”, art. 9 ust. 6 OWU dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

D. Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym „STRATEGIA LWA” nr OWU/FIR1/1/2004, art. 9 ust. 5 OWU dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

C. Ogólne warunki ubezpieczenia zaopatrzenia dziecka z funduszem kapitałowym „MŁODY LEW”, art. 9 ust. 6 OWU dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

„Ubezpieczony powinien złożyć wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa całkowitego po upływie 12 (dwunastu) miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od ostatniego dnia ww. dwunastomiesięcznego okresu.”

C. Ogólne warunki ubezpieczenia zaopatrzenia dziecka z funduszem kapitałowym „MŁODY LEW”, art. 9 ust. 5 OWU dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa dziecka spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

„Ubezpieczony, lub w jego imieniu przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny, powinien złożyć wniosek o wypłatę z tytułu trwałego inwalidztwa całkowitego po upływie 12 (dwunastu) miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od ostatniego dnia ww. dwunastomiesięcznego okresu” (Karta nr 914).

Dodatkowo OWU zawierają postanowienie:

art. 9 pkt 4 OWU stanowi „Ubezpieczony powinien złożyć wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia wystawienia dokumentu potwierdzającego trwałe inwalidztwo częściowe lub w terminie 30 (trzydziestu) dni od wcześniejszego spośród poniżej wymienionych dni:

c) dzień złożenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych;

d) dzień złożenia wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych lub o jednorazowe odszkodowanie w rozumieniu

przepisów o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych” (Karta nr 914).

Zgodnie z warunkami „Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, (...)” (Karta nr 914). „Zdarzeniem ubezpieczeniowym w rozumieniu Warunków jest tylko takie trwałe inwalidztwo, które wystąpiło nie później niż przed upływem 180 (stu osiemdziesięciu) dni, licząc od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku i zostało stwierdzone przez Lekarza reprezentującego Ubezpieczyciela” (Karta nr 913). Ponieważ ubezpieczony musi poddać się badaniom, które są przeprowadzane w autoryzowanych placówkach medycznych, za nieuzasadnione należy uznać zastrzeżenie, iż wniosek o wypłatę świadczenia powinien być złożony dopiero po zaistnieniu dodatkowych okoliczności. Istotne jest również, że termin do złożenia wniosku ulega przerwaniu zgodnie z art. 819 § 4 k.c. z momentem zgłoszenia zakładowi ubezpieczeń tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem. Tym samym za naruszające interesy konsumentów należy uznać zastrzeżenie co do terminu, w którym możliwe jest złożenie wniosku o wypłatę świadczenia. Prawo do świadczenia przysługuje konsumentowi od momentu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które nie może nastąpić później niż po upływie 180 dni licząc od dnia zajścia zdarzenia nieszczęśliwego wypadku. Dlatego też za naruszające interesy konsumentów jest zamieszczenie dodatkowych ograniczeń prawa konsumentów do dochodzenia roszczeń.

Towarzystwo zwróciło uwagę na to, iż swoje uprawnienie do zawarcia w OWU kwestionowanego sposobu określenia obowiązków konsumentów, wywodzi z przepisu art. 818 k.c. oraz że powyższe zapisy OWU nie zawierają żadnych sankcji wobec Klienta za niewykonanie tych umownych obowiązków. Towarzystwo uznało argumentację organu antymonopolowego, iż stosowane zapisy mogą wskazywać na „jakiś” obowiązek Klienta – Konsumenta do składania wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa w określonym w OWU terminie, krótszym niż termin przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia określony w art. 819 k.c. (3 lata).

Powołany przez Towarzystwo art. 818 k.c. stanowi, że przewidziane w umowie ubezpieczenia skutki niezawiadomienia zakładu ubezpieczeń o wypadku nie następują, jeżeli zakład ubezpieczeń otrzymał w terminie wyznaczonym do zawiadomienia urzędowo stwierdzoną wiadomość o okolicznościach, które należało podać do wiadomości zakładu. Dlatego też, organ antymonopolowy stwierdził, iż art. 818 k.c. mówi o zawiadomieniu ubezpieczającego o zajściu zdarzenia, natomiast zakwestionowana praktyka dotyczy wystąpienia o wypłatę świadczenia. Zaistnienie zdarzenia w wyniku, którego nastąpi trwałe inwalidztwo, jest zdarzeniem niezależnym od stwierdzenia faktu, z tytułu, którego konsument może dochodzić roszczeń. Niemniej jednak bezpośrednio po zajściu zdarzenia, ubezpieczony lub jego pełnomocnicy mogą o tym fakcie poinformować Towarzystwo. Przekazanie informacji o zajściu zdarzenia wstrzymuje wszelkie terminy.

Zakwestionowana praktyka dotyczy zakreślenia bardzo krótkiego terminu, w którym konsumenci mogą złożyć wnioski o wypłatę świadczeń. Okres ten obejmuje jedynie 30 dni. Praktyka nie dotyczy zawiadomienia o zajściu zdarzenia, natomiast dotyczy wystąpienia z wnioskiem o spełnienie należnego świadczenia. Są to niezależne sytuacje. Istotne jest, iż na podstawie treści warunków umów konsumenci nie otrzymują informacji, iż mają prawo do zawiadomienia Towarzystwa o zaistniałej sytuacji bezpośrednio po zdarzeniu. Zawarte są wyłącznie informacje o złożeniu wniosku o spełnienie świadczenia. Tym samym konsument może być przeświadczony, iż dopiero po zaistnieniu warunków określonych w Ogólnych warunkach, może zwracać się do Towarzystwa równocześnie zawiadamiając o zajściu zdarzenia i wnioskując o wypłatę świadczenia.

Termin do złożenia wniosku o wypłatę został określony przy użyciu następujących sformułowań „Ubezpieczony powinien ...” oraz „Wskazane jest ...”. Sugerują one, iż właśnie w określonych terminach powinny być składane wnioski w celu uzyskania świadczenia. W związku z ww. treściami, w sytuacji, gdy w zalecany termin konsument nie będzie mógł złożyć wniosku o wypłatę świadczenia z przyczyny np. złego stanu zdrowia, w konsekwencji

może zrezygnować ze złożenia odpowiednich dokumentów. Przez zwłokę konsumenta ze złożeniem wniosku może zaistnieć sytuacja, że nastąpi przedawnienie możliwości dochodzenia roszczeń.

Przedmiotem niniejszego postępowania jest dokonanie oceny, czy informacje określające termin składania wniosków o wypłatę przysługujących świadczeń są rzetelne, pełne i prawdziwe. OWU określają okoliczności po zaistnieniu, których konsument jest uprawniony do złożenia odpowiedniego wniosku. Treści postanowień sugerują, iż złożenie wniosku w innym terminie niż określony w OWU może uniemożliwić konsumentowi otrzymanie świadczenia.

W trakcie prowadzenia postępowania uchwałą nr 18/2206 zmienione zostały zapisy OWU powołane wcześniej. Otrzymały one brzmienie:

„Wskazane jest by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego po wystawieniu dokumentu potwierdzającego trwałe inwalidztwo częściowe lub po:

- a) dniu złożenia wniosku o wydanie orzeczenia o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności w rozumieniu przepisów o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych,

albo

- b) dniu złożenia wniosku o przyznanie renty z tytułu niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych lub o jednorazowe odszkodowanie w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych.

Wskazane jest, by Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa całkowitego po upływie 12 (dwunastu) miesięcy od dnia zajścia nieszczęśliwego wypadku.”

W ocenie Towarzystwa zapisy w brzmieniu podanym powyżej w żaden sposób nie mogą już budzić wątpliwości co do intencji Towarzystwa oraz zakresu obowiązków Klienta. Zawarta w nich została zaledwie sugestia określonego postępowania ubezpieczonego. Jest ona związana z praktycznymi doświadczeniami Towarzystwa w zakresie wypłaty tego typu świadczeń. Nie może ona być w żaden sposób kojarzona z obowiązkiem lub powinnością Klienta.

Organ antymonopolowy analizując zgromadzone dokumenty stwierdził, iż warunki umowy dodatkowej dotyczącej trwałego inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, które były kwestionowane we wszczęciu postępowania, jak i nowe wzorce posiadają zapis art. 9.4 lub art. 9.5 „Ubezpieczony powinien złożyć wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa częściowego w terminie określonym w art. 9 ust. 5, a wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu trwałego inwalidztwa całkowitego w terminie określonym w art. 9 ust. 6.” (Karty nr 858-verte). W pozostałych Ogólnych warunkach ww. postanowienie zostało umieszczone w art. 7.4 (Karta nr 913 – verte), art. 7.5 (Karta nr 940), art. 7.5 (Karty nr 972, 995). Dlatego też pomimo dokonania zmiany treści postanowień umowy, konsument nadal czytając OWU jest informowany, iż „powinien” złożyć odpowiednie dokumenty w określonym terminie. Tym samym nadal ubezpieczyciel w taki sam sposób określa obowiązek co do terminu złożenia wniosku.

Dodatkowo nowe postanowienia uzależniają składanie wniosków o wypłatę świadczeń od zaistnienia określonych okoliczności, tj. dysponowania dokumentem potwierdzającym trwałe inwalidztwo częściowe, lub złożenia wniosku o przyznanie renty. Organ antymonopolowy nie znajduje uzasadnienia, dla którego ubezpieczony musi czekać ze złożeniem stosownego wniosku. Od momentu zajścia zdarzenia ubezpieczony ma prawo domagać się spełnienia świadczenia. Jeśli nie można określić wysokości świadczenia zakład ubezpieczeń wstrzyma się z wypłatą aż do momentu, kiedy stanie się to możliwe.

W nowych postanowieniach nadal sugerowane jest, iż wniosek o wypłatę świadczenia powinien być złożony po upływie 12 miesięcy od zajścia zdarzenia, lub po dniu wystąpienia innych okoliczności. Pomimo, iż Towarzystwo stwierdza, iż sposób określenia terminu i okoliczności złożenia przedmiotowych wniosków jest tylko sugestią, to jednak, w opinii organu

antymonopolowego może on wprowadzać konsumentów w błąd co do faktycznych terminów i okoliczności wynikających z przepisów prawa. Zamieszczenie w treści warunków umów sugestii co do trybu oraz terminu składania wniosków, przy równoczesnym braku rzetelnych informacji regulujących to przez przepisy prawa, jest informacją nierzetelną i niepełną informacją oraz dodatkowo wprowadza konsumentów w błąd.

Analizując treści zakwestionowane we wszczęciu oraz treści w nowych wzorcach, organ antymonopolowy uznał, iż w obu przypadkach sugerują one termin do złożenia wniosku, w sposób, który należy uznać za naruszający obowiązek udzielania konsumentom rzetelnej, pełnej informacji.

Zakwestionowane treści OWU naruszają przepis kogentny art. 819 § 1 k.c., który stanowi, iż roszczenia z umowy ubezpieczenia mogą być dochodzone przez trzy lata. Zakład ubezpieczeń nie może ograniczyć prawo ubezpieczonego do wystąpienia z roszczeniem wcześniej niż zostanie stwierdzone trwale inwalidztwo pod groźbą niewypłacenia odszkodowania. Nie może również sugerować terminu, który może być późniejszym od wynikającego z przepisów prawa.

Biorąc pod uwagę powyższe, w opinii organu antymonopolowego, zarówno konsumentom, którzy zawarli umowy do których mają zastosowanie OWU zakwestionowane we wszczęciu, oraz umowy do których mają zastosowanie nowe treści umów są udzielane niepełne, nierzetelne i nieprawdziwe informacje co do terminu składania wniosków o wypłaty świadczenia. Pomimo, iż w opinii Towarzystwa treści postanowień jedynie sugerują przedmiotowe terminy, to jednak przez konsumentów mogą one być traktowane jako wiążące. Tym samym organ antymonopolowy uznaje, iż poprzez zamieszczenie powyższych postanowień w OWU konsumenci otrzymują wprowadzające w błąd informacje, co może w konsekwencji doprowadzić do zachowań lub zaniechań, które nie miałyby miejsca, gdyby dysponowali pełnymi informacjami o terminie, w którym mogą złożyć wniosek o wypłatę świadczenia na podstawie umowy bez narażenia się na odmowę wypłaty świadczenia z tytułu przedawnienia roszczeń.

Oferta Towarzystwa zawarcia umowy ubezpieczenia jest skierowana do nieograniczonej grupy odbiorców. Jest ona kierowana do tej samej grupy osób, o której mowa w pkt I.1 sentencji decyzji.

Biorąc pod uwagę przesłanki podane w uzasadnieniu stosowania praktyki, organ antymonopolowy stwierdził, że jest ona bezprawna, oraz narusza interesy konsumentów.

W związku z faktem, że zaistniały łącznie obie przesłanki, tj. bezprawność działań oraz naruszenie interesów nieograniczonej grupy konsumentów, organ antymonopolowy uznał oceniane praktyki za naruszające zbiorowe interesy konsumentów.

Wobec powyższego orzeka się jak w pkt I.2 sentencji.

I.3 Towarzystwu został również postawiony zarzut pobieraniu składek za czas, w którym ubezpieczony nie jest objęty ochroną ubezpieczenia, co narusza art. 813 § 1 k.c.

W treści umów, do których mają zastosowanie:

- A. Ogólne warunki kapitałowego ubezpieczenia na życie „GWARANCJA LWA”,
 - B. Ogólne warunki terminowego ubezpieczenia na życie „OCHRONA LWA”,
 - C. Ogólne warunki ubezpieczenia zaopatrzenia dziecka z funduszem kapitałowym „MŁODY LEW”,
 - D. Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym „STRATEGIA LWA” nr OWU/FIR1/1/2004,
 - E. Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym „STRATEGIA LWA” nr OWU/FIR0/1/2004,
- zamieszczony jest zapis art. 11 pkt 2a stanowiący, iż Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe dotyczące poważnego zachorowania zajdzie w okresie karencji (Karta nr 919 – verte).

Pomimo, że zgodnie z art. 813 § 2 k.c. oraz art. 814 § 1 k.c. strony umowy mogą dowolnie określić okres odpowiedzialności zakładu, to jednak zgodnie z art. 813 § 1 k.c. składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

Zgodnie z OWU przez okres karencji należy rozumieć okres 180 kolejnych dni pomiędzy terminem płatności pierwszej składki całkowitej, a dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z umowy. Tak więc Towarzystwo w okresie karencji wymaga od konsumenta dokonywania zapłaty składek za okres, w którym wyłączona jest jego odpowiedzialność.

W trakcie postępowania Towarzystwo przedstawiło wyjaśnienia dotyczące sposobu kalkulacji składki. Roczne / miesięczne składki są obliczane dla całego okresu trwania umowy tj. 5 lat, a więc przy z góry założonym prawdopodobieństwie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w kolejnych latach. Prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia jest określone odpowiednio w zależności od wieku i płci. Tym samym osoby o tym samym wieku i płci mają takie same prawdopodobieństwo zachorowania w każdym momencie życia.

Do wyliczenia składki przyjmowany jest współczynnik wystąpienia zdarzenia dla określonego wieku osób i płci, bez uwzględnienia upływu czasu od zawarcia umowy, tj. okresu karencji. Wyliczając wartość składki w kolejnych latach objętych ubezpieczeniem, przyjmowany jest współczynnik z tabeli prawdopodobieństwa poważnego zachorowania, bez względu na to czy dotyczy to pierwszego roku składkowego, czy też ostatniego. Dlatego też stwierdzono, iż w każdym przypadku prawdopodobieństwo zaistnienia zdarzenia jest obliczone dla pełnego roku, i w żadnym z lat nie zostało przewidziane, iż dotyczy to roku pomniejszonego o okres karencji.

Na podstawie tych przesłanek organ antymonopolowy stwierdził, iż dokonując wyliczenia prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia nie brano pod uwagę, iż w przypadku pierwszego roku obowiązywania umowy dotyczy ono krótszego okresu, a więc, że wypłata świadczenia nie nastąpi, jeżeli zdarzenie będzie miało miejsca w pierwszej połowie pierwszego roku po zawarciu umowy.

Przedstawione wzory umożliwiają wyliczenie wielkości składki, która zależy wprost od prawdopodobieństwa poważnego zachorowania konkretnej osoby oraz współczynnika dyskontowego. Współczynniki te służą do obliczenia składki, jaką konsument musi zapłacić, w zależności od sumy ubezpieczenia, na jaką zawarł umowę. Biorąc pod uwagę, że wartość składek w okresie składkowym jest wprost zależna od prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia w całym okresie składkowym, tj. 5 lat oraz, iż składki są wnoszone przez cały okres obowiązywania umowy wynoszą również 5 lat, natomiast okres objęty ochroną jest krótszy, organ antymonopolowy uznał, że składki są obliczane i pobierane również za okres nie objęty ochroną ubezpieczenia.

Powyższe przesłanki pozwoliły na stwierdzenie, iż konsument jest zobowiązany do zapłaty składki za okres, w którym nie jest objęty ubezpieczeniem. Na podstawie wyjaśnień stwierdza się, iż ubezpieczony nie jest objęty ochroną przez okres za który wnosi składki. Fakt wyliczenia składki dla równych 5 lat przy prawdopodobieństwie zdarzenia przyjmowanym w każdym kolejnym okresie dla całego roku, świadczy o tym, iż konsument ma prawo do objęcia go ubezpieczeniem właśnie przez 5 lat.

Odnosząc się do przedstawionych przez Towarzystwo uzasadnień stosowania karencji w pierwszym roku umowy, organ antymonopolowy stwierdził, iż nie są one wystarczające, aby uznać, iż Towarzystwo nie nalicza składek za okres, w którym nie świadczy ochrony ubezpieczenia.

Założenia wykorzystywane przy obliczeniu składki świadczą, iż prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia, tj. poważnego zachorowania dla osób w tym samym wieku i tej samej płci jest takie samo. Dlatego też nie można uznać za prawidłowe przedstawione wnioski, iż statystycznie rzecz biorąc w okresie następującym bezpośrednio po zawarciu umów prawdopodobieństwo zachorowania konsumentów jest wyższe jak po upływie 180 dni w tym samym roku. Jeżeli z wiedzy i doświadczenia wynika, iż faktycznie w okresie pierwszych 180 dni po zawarciu umów prawdopodobieństwo zachorowań znacznie wzrasta, co wiąże się z nieuczciwością konsumentów,

w wyniku, czego w tym okresie za celowe należy uznać wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa, nieuzasadnione jest ujęcie tego okresu przy wyliczeniu wartości składek i w konsekwencji pobierania ich. Istotne jest, iż z wyjaśnień Towarzystwa wynika, że nie może oszacować tego ryzyka w okresie karencji w wyniku czego, zmuszony jest do uśrednienia składki w oparciu o dane statystyczne.

Towarzystwo podniosło również, iż wartości składek powinny pokryć koszty ryzyka wypłat świadczeń ubezpieczeniowych, koszty zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia (w tym koszty prowizji wypłacanej pośrednikom ubezpieczeniowym). Stwierdzono, iż przy kalkulacji składki ubezpieczeniowej uwzględnia się to, że przez pierwszy okres trwania umowy ubezpieczenia (okres karencji) ochrona ubezpieczeniowa jest wyłączona. Jednak w trakcie postępowania nie została przedstawiona kalkulacja wartości składki w oparciu o ww. koszty funkcjonowania Towarzystwa. Dodatkowo z powyższych informacji wynika, iż konsumenci za pośrednictwem wnoszonych składek mają pokryć koszty zawarcia i obsługi umowy, a także prowizji agentów również w okresie karencji. Odnosząc się do tego organ antymonopolowy za nieuzasadnione uznał obciążenie kosztami obsługi umowy, czy też wypłacanie prowizji pośrednikowi w okresie, gdy konsument nie jest objęty ochroną ubezpieczeniową.

Biorąc pod uwagę powyższe wyjaśnienia, organ antymonopolowy stwierdził, iż faktyczną podstawową przesłanką wyliczenia składki jest prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia przyjęte w całym roku, które jest takie samo bez względu na upływ czasu od zawarcia umowy, tym samym składka jest naliczana za okres dłuższy niż okres ochrony ubezpieczeniowej.

Organ antymonopolowy nie kwestionuje możliwości przewidzenia w umowie ubezpieczenia okresu karencji, jednak okres objęcia ubezpieczeniem powinien odpowiadać okresowi opłacania składek. Zgodnie z art. 813 § 1 k.c. składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Natomiast w przedmiotowym przypadku składka została obliczona za okres dłuższy niż odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń. Tym samym przedmiotowa praktyka została uznana za bezprawną.

Na podstawie przedstawionego modelu sposobu obliczenia składek, który bez względu na upływ czasu od zawarcia umowy, wieku i płci ubezpieczonego w danym roku jest taki sam, organ antymonopolowy uznał, iż Towarzystwo ustala składkę za czas trwania umowy, a nie jego odpowiedzialności. Okres za który są obliczane składki wynosi 5 lat, a nie 4,5 roku okresu objętego ubezpieczeniem. Fakt, iż konsumenci wnoszą składki w okresie karencji nie powoduje, iż w kolejnych miesiącach płacą oni odpowiednio mniej. Nie stwierdzono rozliczenia składek obliczonych za krótszy okres na dłuższy okres wpłacania składek. Biorąc pod uwagę powyższe, organ antymonopolowy stwierdził, iż składki nie są skalkulowane w odniesieniu do okresu ochrony ubezpieczeniowej.

Ponieważ konsumenci płacą składki w wielkości wyliczonej dla okresu dłuższego niż faktyczny okres odpowiedzialności, organ antymonopolowy stwierdził, iż narusza to ekonomiczne interesy konsumentów. Konsumenci wnoszą składki wyliczone dla okresu, w którym nie są objęci ubezpieczeniem.

Oferta Towarzystwa zawarcia umowy ubezpieczenia jest skierowana do nieograniczonej grupy odbiorców. Jest ona kierowana do tej samej grupy osób, o której mowa w pkt I.1 sentencji decyzji, a więc każdej zainteresowanej oferowanym produktem osoby.

Biorąc pod uwagę przesłanki podane w uzasadnieniu stosowania praktyki, organ antymonopolowy stwierdził, że jest ona bezprawna, oraz narusza interesy konsumentów.

W związku z faktem, że zaistniały łącznie obie przesłanki, tj. bezprawność działań oraz naruszenie interesów nieograniczonej grupy konsumentów, organ antymonopolowy uznał oceniane praktyki za naruszające zbiorowe interesy konsumentów.

Wobec powyższego orzeka się jak w pkt I.3 sentencji.

II. Na podstawie art. 72 ustawy antymonopolowej, jeżeli postępowanie zostało wszczęte z urzędu i w jego wyniku Prezes Urzędu stwierdził naruszenie przepisów ustawy, przedsiębiorca lub

związek przedsiębiorców, który dopuścił się tego naruszenia, zobowiązany jest ponieść koszty postępowania. Zgodnie z art. 75 ustawy antymonopolowej, organ antymonopolowy rozstrzyga o kosztach, w drodze postanowienia, które może być zamieszczone w decyzji kończącej postępowanie.

Postępowanie przeciwko Towarzystwu Ubezpieczeń na Życie ING Nationale – Nederlanden Polska S.A. w Warszawie w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, zostało wszczęte z urzędu. Na podstawie ustaleń dokonanych w trakcie postępowania w punkcie I decyzji stwierdzone zostało naruszenie przepisów ustawy antymonopolowej. Kosztami niniejszego postępowania dla organu antymonopolowego, są wydatki w wysokości 40 zł związane z korespondencją prowadzoną z przedsiębiorcą. W związku z powyższym organ antymonopolowy postanowił obciążyć przedsiębiorcę kosztami postępowania w wysokości 40 PLN (słownie złotych: czterdzieści).

Wobec powyższego orzeka się jak w punkcie II sentencji decyzji.

Koszty niniejszego postępowania przedsiębiorca obowiązany jest wpłacić na konto Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Warszawie w NBP o/o Warszawa Nr 51 10101010 00 7878 22 31 000000.

W dniu 21 kwietnia 2007r. weszła w życie ustawa z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 50, poz. 331), na podstawie której utraciła moc ustawa z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (tekst jedn. Dz.U. z 2005r. Nr 244, poz. 2080 ze zmian. Dz.U. z 2006r. Nr 157, poz. 1119, Dz.U. Nr 170, poz. 1217, Dz.U. Nr 249, poz. 1834). Jednakże zgodnie z art. 131 ust. 1 ustawy z dnia 16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów do postępowań wszczętych przed dniem 21 kwietnia 2007r. stosuje się przepisy ustawy z dnia 15 grudnia 2000r. o ochronie konkurencji i konsumentów.

Na postanowienie zawarte w punkcie II niniejszej decyzji, na podstawie art. 78 ust. 6 ustawy antymonopolowej w związku z art. 479²⁸ § 1 pkt 2 k.p.c. przysługuje zażalenie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, za pośrednictwem Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów – Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Katowicach w terminie tygodnia od dnia doręczenia.

Stosownie do treści art. 78 ust. 1 ustawy antymonopolowej w związku z art. 479²⁸ § 2 k.p.c. – od niniejszej decyzji przysługuje odwołanie do Sądu Okręgowego w Warszawie – Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, w terminie dwutygodniowym od dnia jej doręczenia, za pośrednictwem Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów - Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Katowicach.

Dyrektor Delegatury Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w Katowicach

Alicja Kral