

DELEGATURA UOKiK W KATOWICACH

Katowice, dn. 06.08.2007r.

RKT-61-93/06/SB

DECYZJA Nr RKT-28/2007

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 „Cardif 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 tej ustawy **uznaje się za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów** bezprawne działanie Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „Cardif Polska” S.A. w Warszawie, polegające na pobieraniu składek za czas, w którym ubezpieczony nie jest objęty odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeniowego, co narusza art. 813 § 1 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z zm.)
i nakazuje się zaniechania jej 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 „Cardif Polska” S.A. kosztami przeprowadzonego postępowania i zobowiązać Spółkę do zwrotu na rzecz Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów kwoty 39 PLN (słownie złotych: trzydzieści dziewięć).

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 „Cardif Polska” S.A. w Warszawie – zwane dalej Towarzystwem lub ubezpieczycielem, bezprawnego działania noszącego znamiona praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, o której mowa w art. 23 a ust. 1 i 2 przywołanej na wstępie ustawy z dnia 15 grudnia 2000 r. o ochronie konkurencji i konsumentów – zwanej dalej ustawą antymonopolową, polegającej na pobieraniu składek za czas, w którym ubezpieczony nie jest objęty ochroną ubezpieczenia, co mogło naruszyć art. 813 § 1 k.c. (Karta nr 3).

W odpowiedzi na zawiadomienie o wszczęciu postępowania w sprawie powyższej praktyki Towarzystwo wyjaśniło co następuje.

W praktyce ubezpieczeniowej, uznanej i opisanej w doktrynie istnieją sytuacje, kiedy pomimo zapłaty składki, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się po upływie określonego w ogólnych warunkach umów czasu. Jest to zgodne z art. 814 § 1 k.c., który stanowi: „jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umów, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po zapłacie składki. Z uwagi na fakt, że przepis ten ma charakter dyspozytywny („Jeżeli nie umówiono się inaczej”), strony mogą

odmiennie uregulować początek odpowiedzialności ubezpieczyciela. Taka sytuacja występuje w przypadku udzielenia ochrony z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, rozpoczynającej się po upływie 90 dni.

Pkt 8.5.1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia z Funduszem Kapitałowym Pocztylion Życie; pkt 7.5.1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Terminowego Pocztylion Życie; pkt 7.5.1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Posagowego Pocztylion Życie stanowią, iż „Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszej opcji jest wyłączona w okresie pierwszych 90 dni obejmowania ochroną ubezpieczeniową”.

Wprowadzony przez Cardif Polska okres karencji ma na celu wyeliminowanie sytuacji, kiedy ubezpieczony mógłby być zainteresowany natychmiastowym wystąpieniem wypadku ubezpieczeniowego. Podkreślono, iż brak karencji w takich przypadkach spowodowałby, iż zakład ubezpieczeń, bazujący na wyliczeniu kosztów poszczególnych ryzyk, będąc narażonym na nadużycia ze strony pojedynczych klientów – musiałby znacząco podnieść cenę gwarancji ubezpieczeniowej oferowanej wszystkim klientom. Konsekwencją tego byłby wzrost kosztów ubezpieczenia, a nawet w skrajnych przypadkach brak możliwości ubezpieczenia pewnych gwarancji.

Towarzystwo stwierdziło, iż to co pozornie wydawać by się mogło rozwiązaniem prokonsumenckim, w istocie wpłynęłoby na pogorszenie ich sytuacji.

Wskazano również, że art. 813 § 1 k.c., na który UOKiK powołuje się kwestionując przedmiotowe zapisy ogólnych warunków umów stanowi, iż „składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń”. W opinii Towarzystwa zapis ww. artykułu nie uzasadnia wniosków wyprowadzonych przez UOKiK. Treść tego przepisu stanowi jedynie, iż składka za ochronę ubezpieczeniową powinna być skalkulowana w odniesieniu do okresu ochrony ubezpieczeniowej, a nie zależy od czasu jej trwania.

(...)

Towarzystwo przedstawiło symulacje sposobu obliczenia wielkości składek.

(...)

Towarzystwo poinformowało, iż wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń przez pierwsze 90 dni dla ryzyka poważnego zachorowania zostało uwzględnione przy określeniu wysokości składki ubezpieczeniowej z tytułu tego ryzyka. (...) (Karta nr 190).

(...) Ze względu na ogromną dysproporcję pomiędzy składką, a ewentualnym świadczeniem, oraz na ogromną przewagę osób ubezpieczonych ze względu na ich wiedzę o własnym zdrowiu, brak takiego wyłączenia naraziłoby zakład ubezpieczeń na bardzo wysokie ryzyko wyłudzeń świadczeń. W takim przypadku składka musiałaby być uzależniona od częstości wyłudzeń, a nie od właściwego ryzyka wystąpienia poważnego zachorowania. Ze względu na ryzyko działania zorganizowanego – na przykład sprzedaży wielu polis w szpitalu lub hospicjum przez nieuczciwego agenta – zakład ubezpieczeń nie miałby żadnej możliwości uniknięcia wypłaty. Dlatego cena ubezpieczenia ryzyka poważnego zachorowania bez uwzględnienia okresu wyłączenia odpowiedzialności nie została obliczona i nie można pokazać o ile różni się ona od ceny stosowanej przez Cardif Polska.

Towarzystwo wyjaśniło, iż ustalając kwotę składki dla drugiego roku umowy ubezpieczenia kieruje się tymi samymi zasadami jak przy ustaleniu kwoty składki pierwszorocznej, biorąc pod uwagę fakt, że Ubezpieczony jest o jeden rok starszy, odczytywany jest kolejny współczynnik z Tablicy trwania życia, odpowiadający wiekowi i płci.

Organ antymonopolowy ustalił, co następuje:

W trakcie postępowania, organ antymonopolowy ustalił, że Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „Cardif 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:

- Ubezpieczenia z Funduszem Kapitałowym Pocztylion Życie,

- Ubezpieczenia Terminowego Pocztylion Życie,
- Ubezpieczenia Posagowego Pocztylion Życie (Karty nr 204-223, 230-241, 248-267).

Na podstawie zgromadzonego materiału organ antymonopolowy ustalił, co następuje. (...)

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.

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

W treści umów z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, do których mają zastosowanie:

- Ogólne Warunki Ubezpieczenia z Funduszem Kapitałowym Pocztylion Życie,
- Ogólne Warunki Ubezpieczenia Terminowego Pocztylion Życie,
- Ogólne Warunki Ubezpieczenia Posagowego Pocztylion Życie,

zamieszczone są zapisy, iż „Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszej opcji jest wyłączona w okresie pierwszych 90 dni obejmowania ochroną ubezpieczeniową” (Karta nr 210 – 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 wyłączenia odpowiedzialności należy rozumieć okres 90 kolejnych dni pomiędzy terminem płatności pierwszej składki całkowitej, a dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z umowy. Tak więc Towarzystwo w przedmiotowym okresie wymaga od

konsumenta dokonywania wpłat składek, natomiast nie świadczy w tym okresie żadnej ochrony z tytułu zawartej umowy dodatkowej.

W trakcie postępowania Towarzystwo przedstawiło wyjaśnienia dotyczące sposobu kalkulacji składki.

Każda składka miesięczna jest indywidualnie kalkulowana. Zależy ona od wieku ubezpieczonego, w danym miesiącu. Jak wynika z ustaleń dokonanych przez organ antymonopolowy wartość miesięcznej składki zależy wprost od prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia oraz wartości sumy ubezpieczeniowej.

Wartość składki w konkretnym miesiącu jest obliczana w taki sam sposób bez względu na to czy dotyczy to okresu wyłączenia odpowiedzialności, czy też miesiąca, w którym konsument jest objęty ubezpieczeniem. Również w kolejnych latach ubezpieczenia stawki składek są wyliczane w taki sam sposób.

Współczynniki zgonu odpowiadające w przedmiotowym postępowaniu współczynnikom poważnego zachorowania wyznaczone są przez wiek i płeć ubezpieczonego i określają prawdopodobieństwo śmierci / poważnego zachorowania w całym roku życia, a więc dla każdego dnia roku życia poszczególnych osób. Osoby w tym samym wieku oraz o tej samej płci mają takie same prawdopodobieństwo zgonu / poważnego zachorowania, bez względu na upływ czasu od zawarcia umowy ubezpieczenia. Na przedmiotową wielkość prawdopodobieństwa nie ma wpływu fakt, iż konsument przed zawarciem umowy ubezpieczenia mógł zdawać sobie sprawę, iż zajdą okoliczności na podstawie, których ubezpieczyciel będzie musiał wypłacić mu świadczenie.

Na podstawie powyższego, organ antymonopolowy stwierdził, iż sposób naliczenia składek w pierwszym i kolejnych latach wynika wprost z prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w miesiącu dla, którego naliczana jest składka. Prawdopodobieństwo założone w przedmiotowym przypadku, jest współczynnikiem niezależnym od warunków przewidzianych w umowie, w tym również założonego okresu karencji.

W opinii Towarzystwa przyjęty sposób naliczania składek jest uzasadniony, gdyż chroni interesy uczciwych klientów, przed działaniami nieuczciwych agentów oraz klientów. Niezastosowanie okresu karencji w przedmiotowych typach umów spowodowałoby konieczność naliczenia w tym okresie składek w zależności od częstości wyłudzeń, a nie od właściwego ryzyka wystąpienia poważnego zachorowania. Przy czym wyjaśniono, iż nie jest możliwe określenie jak należałoby oszacować składkę ryzyka poważnego zachorowania przy założeniu, że nie ma wyłączenia odpowiedzialności przez pierwsze 90 dni. Towarzystwo wyjaśniło również, iż okres karencji jest ważny ze względu na dysproporcję pomiędzy składką a wartością ewentualnego świadczenia oraz na ogromną przewagę osób ubezpieczonych ze względu na ich wiedzę o własnym zdrowiu, tym samym brak takiego wyłączenia naraziłoby zakład ubezpieczeń na bardzo wysokie ryzyko wyłudzeń świadczeń. Towarzystwo uważa, że przyjęty sposób obliczenia składek jest zgodny z art. 813 § 1 k.c., który stanowi, iż składka za ochronę ubezpieczenia powinna być skalkulowana w odniesieniu do okresu ochrony ubezpieczeniowej, a nie należna za czas jej trwania.

W opinii organu antymonopolowego powyższe stanowisko wyjaśnia tylko powody wyłączenia odpowiedzialności zakładu w okresie pierwszych 90 dni po zawarciu umowy. Jednak nie wyjaśnia, dlaczego za ten okres naliczane są składki. Na podstawie przedstawionego modelu obliczenia wysokości składek, brak jest podstaw do uznania, iż są one naliczane za okres objęcia ubezpieczeniem, a następnie proporcjonalnie przeliczane na dłuższy okres obowiązywania umowy. Z przedstawionych wyliczeń jednoznacznie wynika, iż każda składka wnoszona również w okresie karencji jest obliczana indywidualnie dla okresu, którego ona dotyczy oraz ze względu na prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. W przedmiotowym przypadku bez względu na to, czy w roku składkowym jest przewidziany okres karencji, a także bez względu na to, czy ustalana składka miesięczna dotyczy składki płaconej w okresie karencji, czy też nie, sposób jej ustalenia jest taki sam.

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. Dlatego też fakt, iż konsumenci wnoszą składki w okresie karencji nie powoduje, iż w kolejnych miesiącach płacą oni odpowiednio mniej. Biorąc pod uwagę powyższe, organ antymonopolowy stwierdził, iż składka nie jest skalkulowana w odniesieniu do okresu ochrony ubezpieczeniowej.

Organ antymonopolowy nie kwestionuje możliwości zastrzeżenia okresu karencji dla obowiązku spełnienia świadczenia z tytułu poważnego zachorowania. Kwestionuje jedynie fakt, iż w przedmiotowym przypadku składki są obliczane za okres nie objęty ochroną ubezpieczeniową. Zgodnie z art. 813 § 1 k.c. składkę oblicza się za czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Natomiast w przedmiotowym przypadku składki są naliczane i pobierane również za okres wyłączenia odpowiedzialności. Tym samym przedmiotowa praktyka została uznana za bezprawną. Ww. artykuł wyłącza możliwość zobowiązania konsumentów do wnoszenia składek, które nie zostały wyliczone za okres objęcia ubezpieczeniem.

Przedmiotowa praktyka dotyczy bezprawnego pobierania przez Towarzystwo składek w okresie, w którym konsumenci nie byli objęci ubezpieczeniem, tak więc dotyczy zarówno konsumentów, którzy chcą zawrzeć umowy, jak i tych, którzy realizują je. Dlatego też zakwestionowane praktyki naruszają interesy konsumentów, którzy zawarli umowy, a także przyszłych potencjalnych klientów. Umowy mogą zawrzeć wszystkie osoby nią zainteresowane. Tym samym oferta zawarcia umowy ubezpieczenia skierowana jest do nieograniczonej grupy konsumentów. Dlatego też zmiana praktyki oraz sposobu uregulowania odpowiedzialności w powiązaniu do sposobu wnoszenia składek musi dotyczyć zarówno nowych umów zawartych po uprawomocnieniu się decyzji, jak i wcześniej zawartych i realizowanych.

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 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 „Cardif 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 39 zł związane z korespondencją prowadzoną z przedsiębiorcą. W związku z powyższym organ antymonopolowy postanowił obciążyć przedsiębiorcę kosztami postępowania w wysokości 39 PLN (słownie złotych: trzydzieści dziewięć).

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 z zm.), 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