



**PREZES
URZĘDU OCHRONY
KONKURENCJI I KONSUMENTÓW**

DELEGATURA WE WROCŁAWIU

50-413 Wrocław, ul. Walońska 3-5
tel.(071)344 65 87, (071)34 05 920, fax (071)34 05 922
e-mail: wroclaw@uokik.gov.pl

RWR 61-1/10/AJ/

Wrocław, 10 grudnia 2010 r.

DECYZJA RWR 28/2010

I. Na podstawie art. 105 § 1 kodeksu postępowania administracyjnego, w związku z art. 83 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331 ze zm.), art. 33 ust. 5 tej ustawy, w związku z § 5 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2009 r. w sprawie właściwości miejscowej i rzeczowej delegatur Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Dz. U. Nr 107 poz. 887) oraz art. 33 ust. 6 ww. ustawy, po przeprowadzeniu postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, wszczętego z urzędu przeciwko Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Aleja Jana Pawła II 24

- działając w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów -

umarza się postępowanie w zakresie podejrzenia stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. w Warszawie, praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, o której mowa w art. 24 ust. 1 i ust. 2 ww. ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, polegającej na zamieszczaniu we wzorcach umownych (stosowanych przy zawieraniu umów z konsumentami) o nazwie:

- „Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna” (§ 6 ust. 1);
- „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia szpitalnego Opieka Medyczna” (§ 7 ust. 1);
- „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na życie dowolnej osoby Uśmiech Dziecka” (§ 10 ust. 1);
- „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Spokój Najbliższych” (§ 10 ust. 1);
- „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Twoje Marzenia” (§ 10 ust. 1);
- „Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Pewnym Krokiem” (§ 10 ust. 1).

postanowienia o treści: „Podstawą zawarcia umowy jest wpłacenie kwoty na poczet pierwszej składki (...)”, które określa chwilę zawarcia umowy ubezpieczenia w sposób sprzeczny z art. 809, w związku z art. 813 § 2 kodeksu cywilnego.

II. Na podstawie art. 27 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331 ze zm.), art. 33 ust. 5 tej ustawy, w związku z § 5 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2009 r. w sprawie właściwości miejscowej i rzeczowej delegatur Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Dz. U. Nr 107 poz. 887) oraz art. 33 ust. 6 ww. ustawy, po przeprowadzeniu postępowania w sprawie stosowania praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, wszczętego z urzędu przeciwko Powszechnemu Zakładowi Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Aleja Jana Pawła II 24

- działając w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów -

uznaje się za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów, o której mowa w art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt 3 ww. ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, działanie Powszechnego Zakładu Ubezpieczeń na Życie S.A. w Warszawie, polegające na posługiwaniu się we wzorcach umownych (stosowanych przy zawieraniu umów z konsumentami) o nazwie:

- „Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby” (§ 5 ust. 1 pkt 5 lit. b);
- „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby” (§ 4 ust. 1 pkt 1 lit. b);
- „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym” (§ 2 ust. 1 pkt 3 lit. b),

definicją zawału serca, zgodnie z którą uznanie jednostki chorobowej za zawał serca uzależnione jest od „Pojawienia się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem)”, podczas gdy zawał serca powstaje także wtedy, gdy załamek Q się nie pojawi, które to działanie wprowadza konsumentów w błąd, co do przypadków udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, a tym samym stanowi praktykę rynkową, opisaną w art. 5 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. Nr 171, poz. 1206).

i stwierdza się zaniechanie jej stosowania z dniem 1 czerwca 2010 r.

III. Na podstawie art. 106 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz. U. Nr 50, poz. 331 z późn. zm.), art. 33 ust. 5 tej ustawy, w związku z § 5 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 lipca 2009 r. w sprawie właściwości miejscowej i rzeczowej delegatur Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Dz. U. Nr 107 poz. 887) oraz art. 33 ust. 6 ww. ustawy,

- działając w imieniu Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów -

nakłada się na Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie, ul. Aleja Jana Pawła II 24, karę pieniężną, płatną do budżetu państwa:

w wysokości **3 967 296 zł** (słownie: trzy miliony dziewięćset sześćdziesiąt siedem tysięcy dwieście dziewięćdziesiąt sześć złotych) z tytułu naruszenia zakazu, o jakim mowa w art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, w zakresie opisanym w punkcie II osnowy decyzji.

UZASADNIENIE

Prezes Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (Dyrektor Delegatury działa w imieniu Prezesa), wypełniając swoje ustawowe obowiązki, wynikające z przepisów powołanej we wstępie ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (dalej także jako: ustawa o ochronie [...]), przeprowadził kontrolę wzorców umownych, stosowanych przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. w Warszawie (dalej także jako: PZU, PZU Życie SA lub Spółka PZU) w obrocie z konsumentami (w zakresie ubezpieczenia osobowego). Analiza prawna wzorców umownych dała Prezesowi Urzędu podstawę do przyjęcia, że postanowienie o treści: „Podstawą zawarcia umowy jest wpłacenie kwoty na poczet pierwszej składki (...)” może być sprzeczne z art. 809, w związku z art. 813 § 2 kodeksu cywilnego, ponieważ w sposób sprzeczny z tymi przepisami określa chwilę zawarcia umowy ubezpieczenia. Wobec tego, Prezes Urzędu wezwał PZU do zmiany zakwestionowanego postanowienia wzorca umowy, jako naruszającego interesy konsumentów. PZU Życie SA nie zgodziła się z twierdzeniami zawartymi w wezwaniu. Po zapoznaniu się z argumentacją Spółki PZU, Prezes Urzędu podtrzymał stanowisko zajęte w wezwaniu i uznał za zasadne wszczęcie postępowania w sprawie podejrzenia stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, o której stanowi art. 24 ust. 1 i ust. 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.

Nadto, Prezes Urzędu stwierdził, że również postanowienie o treści: „Pojawienie się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem)”, stanowiące część definicji zawału serca stosowanej w kontrolowanych wzorcach, może naruszać prawa konsumentów. Następnie, Prezes Urzędu wezwał PZU do zmiany zakwestionowanego postanowienia, jako naruszającego interesy konsumentów. W wezwaniu Prezes Urzędu podniósł, iż zgodnie z art. 385 § 2 k.c., wzorzec umowny powinien być sformułowany jednoznacznie i w sposób zrozumiały, a treść kształtowanego przez przedsiębiorcę stosunku prawnego z konsumentem powinna być zgodna z dobrymi obyczajami. Według aktualnego stanu wiedzy medycznej, występowanie załamka Q w klinicznym obrazie zawału serca nie jest obowiązkowe. Mogą pojawić się inne okoliczności świadczące o zawale serca. Definicja sformułowana przez PZU kłóci się z powszechnym rozumieniem tego stanu chorobowego i obecnym stanem wiedzy medycznej, zatem wprowadza konsumentów w błąd. Takie działanie PZU prowadzi do naruszenia przepisu art. 385¹ § 1 k.c., bowiem w sposób nieuzasadniony ogranicza odpowiedzialność względem konsumenta za szkody na osobie. Ograniczając tę odpowiedzialność, PZU w sposób rażący narusza prawa konsumentów. PZU nie zgodziła się jednak z twierdzeniami Prezesa Urzędu zawartymi w wezwaniu. Po otrzymaniu wyjaśnień i zapoznaniu się z argumentacją PZU, Prezes Urzędu podtrzymał opinię wyrażoną w wezwaniu stwierdzając, że zakwestionowane postanowienie może wprowadzać konsumentów w błąd, podczas podejmowania decyzji dotyczącej zawarcia umowy ubezpieczenia. Zgodnie z art. 5 ust. 2 pkt 2 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, działaniem wprowadzającym w błąd może być - między innymi - rozpowszechnianie prawdziwych informacji w sposób mogący wprowadzać w błąd. W ocenie Prezesa Urzędu zachodzi bowiem podejrzenie, iż PZU rozpowszechnia prawdziwą informację - warunkującą uzyskanie ubezpieczenia, tj. dotyczącą występowania załamka Q - w sposób mogący wprowadzać konsumentów w błąd przy podejmowaniu decyzji dotyczącej zawarcia umowy ubezpieczenia. Jak wyżej wskazano zawał serca występuje również wtedy, gdy u pacjenta nie pojawi się załamek Q. Zdaniem Prezesa Urzędu zachodzi wątpliwość, czy PZU może we wzorcu umownym formułować definicje zawału serca, która odbiega od praktyki, w tym wypadku podyktowanej specjalistyczną wiedzą z zakresu kardiologii, powszechnie przyjętą i stosowaną przez lekarzy. Kwestionowane postanowienie prowadzi do sytuacji, w której konsument – pacjent, mając postawioną diagnozę zawału serca przez lekarzy specjalistów, nie może liczyć

na spełnienie świadczenia przez PZU, bowiem ten sformułował definicję, która nie pokrywa się z aktualną wiedzą medyczną.

Biorąc po uwagę powyższe, Prezes Urzędu - postanowieniem nr 46/2010 z dnia 1 marca 2010 r. - wszczął z urzędu postępowanie w sprawie podejrzenia stosowania przez Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. w Warszawie, ul. Aleja Jana Pawła II nr 24:

I. praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, o której stanowi art. 24 ust. 1 i ust. 2 ww. ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, polegającej na zamieszczaniu we wzorcach umownych (stosowanych przy zawieraniu umów z konsumentami) o nazwie:

- „Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna” (§ 6 ust. 1);
- „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia szpitalnego Opieka Medyczna” (§ 7 ust. 1);
- „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na życie dowolnej osoby Uśmiech Dziecka” (§ 10 ust. 1);
- „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Spokój Najbliższych” (§ 10 ust. 1);
- „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Twoje Marzenia” (§ 10 ust. 1);
- „Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Pewnym Krokiem” (§ 10 ust. 1).

postanowienia o treści: **„Podstawą zawarcia umowy jest wpłacenie kwoty na poczet pierwszej składki (...)”**, które określa chwilę zawarcia umowy ubezpieczenia w sposób sprzeczny z art. 809, w związku z art. 813 § 2 kodeksu cywilnego.

II. praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, o której stanowi art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt 3 ww. ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, polegającej na posługiwaniu się we wzorcach umownych (stosowanych przy zawieraniu umów z konsumentami) o nazwie:

- „Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby” (§ 5 ust. 1 pkt 5 lit. b);
- „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby” (§ 4 ust. 1 pkt 1 lit. b);
- „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym” (§ 2 ust. 1 pkt 3 lit. b),

definicją zawału serca, zgodnie z którą uznanie jednostki chorobowej za zawał serca uzależnione jest od **„Pojawienia się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem)”**, podczas gdy zawał serca powstaje także wtedy, gdy załamek Q się nie pojawi, które to działanie może wprowadzać konsumentów w błąd, co do przypadków udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, a tym samym stanowić praktykę rynkową, opisaną w art. 5 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (Dz. U. Nr 171, poz. 1206).

Dowód: k. 2-3.

2. W odpowiedzi na zawiadomienie o wszczęciu postępowania, Spółka PZU oświadczyła, że nie podziela zarzutów Prezesa UOKiK, co do stosowania przez PZU Życie S.A. praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, w tym, w sposób określony w Postanowieniu Nr 46/2010 z dnia 1 marca 2010 r. Jednocześnie zadeklarowała podjęcie prac zmierzających

do zmiany OWU, wymienionych w ww. Postanowieniu oraz usunięcia kwestionowanych przez Prezesa UOKiK postanowień OWU. Wniosła o wydanie decyzji w trybie art. 28 ustawy o ochronie (...), zobowiązującej PZU do zmiany zakwestionowanych wzorców, ewentualnie o wydanie decyzji o niestwierdzeniu stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów.

Dowód: k. 29.

3. Odnosząc się merytorycznie do postawionego zarzutu, PZU Życie SA oświadczyła, że nie stosuje praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, o jakich mowa w art. 24 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia o ochronie konkurencji i konsumentów, ani też o jakich mowa w 24 ust. 1, w związku z art. 24 ust. 2 pkt 3 tej ustawy.

Według PZU Życie zarzut określony w pkt I Postanowienia Nr 46/2010 jest nieuzasadniony, z następujących przyczyn:

„a) Zgodnie z brzmieniem art. 60 Kc „Z zastrzeżeniem wyjątków w ustawie przewidzianych, wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny, w tym również przez ujawnienie tej woli w postaci elektronicznej (oświadczenie woli)”. Powyższy przepis ustanawia zasadę swobody formy oświadczenia woli dla stron umowy. Nie ma zatem przeszkód prawnych, aby wola osoby składającej oświadczenie woli - wyrażającej zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia - przejawiała się poprzez zapłatę składki ubezpieczeniowej;

b) Żaden przepis prawa nie zakazuje uzależniania zawarcia umowy ubezpieczenia od zapłaty składki ubezpieczeniowej. Żaden z przepisów Kodeksu cywilnego, regulujących umowę ubezpieczenia nie zakazuje również zastrzeżenia warunku, po spełnieniu którego dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia. Odmienne stanowisko — nie znajduje uzasadnienia ani w treści art. 809 Kc, ani w treści art. 813 Kc;

c) Nie można wskazać przepisu, który zakazywałby określenia w umowie ubezpieczenia, jednoczesnego zawarcia umowy, opłacenia składki i powstania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.;

d) Domniemanie zawarte w art. 809 § 2 Kc, odnoszące się do chwili zawarcia umowy ubezpieczenia ma znaczenie tylko wtedy, gdy strony nie ustaliły w umowie odmiennie momentu zawarcia umowy (podkr. PZU). Użyty w art. 809 § 2 Kc zwrot „w razie wątpliwości” - oznacza, że zwrot ten odnosi się wyłącznie do sytuacji, gdy strony nie określiły w umowie, z jakim momentem zgodnie uznają, że umowa została zawarta. Zatem należy stwierdzić, iż z art. 809 § 2 Kc wynika, że strony mogą samodzielnie (w umowie) ustalić moment, w którym dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia (takim momentem może być np. chwila opłacenia składki). Jednocześnie podkreślenia wymaga, iż zawarte w art. 809 § 2 Kc sformułowanie „Z zastrzeżeniem wyjątku przewidzianego w art. 811 Kc”, dotyczy tylko sytuacji, gdy „powstają wątpliwości”, a nie gdy strony jednoznacznie w umowie wskazują moment jej zawarcia. Tym samym nie ma podstaw prawnych, aby traktować art. 809 § 2 Kc jako przepis bezwzględnie obowiązujący;

e) Ani z treści art. 809 Kc, ani z treści art. 813 Kc nie wynika iż - z uwagi na rozdzielenie przez ustawodawcę momentu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz obowiązku zapłaty składki ubezpieczeniowej - niedozwolone jest określenie w umowie, iż zawarcie umowy ubezpieczenia następuje z momentem zapłaty składki. Z powyższych przepisów wynikać może co najwyżej, iż obowiązek zapłaty składki nie może powstać przed zawarciem umowy ubezpieczenia. Żaden z powołanych przepisów nie zakazuje ustalenia, iż zawarcie umowy następuje jednocześnie z zapłatą składki ubezpieczeniowej;

f) Zgodnie z art. 813 § 2 Kc, Jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia (...). Przepis ten wyraźnie wiąże moment zawarcia umowy ubezpieczenia z momentem zapłacenia składki, nakazując zapłatę składki

jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia. Takie też znaczenie ma omawiana klauzula - kwestionowana przez Prezesa UOKiK (podkr. PZU);

g) Z art. 814 Kc wynika, iż dopuszczalne jest objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową od dnia następnego po dniu, w którym zapłacono składkę ubezpieczeniową (stanowiącą ekwiwalent za objęcie ochroną ubezpieczeniową i niezależną od samego faktu zawarcia umowy ubezpieczenia);

h) Żaden z przepisów Kodeksu cywilnego regulujących umowę ubezpieczenia, w tym art. 809 Kc nie zakazuje umieszczenia w treści umowy warunku - np. zapłacenia składki ubezpieczeniowej;

i) Konstrukcja prawna - opłacenia kwoty na poczet przyszłej składki ubezpieczeniowej uzasadniona jest charakterem umowy ubezpieczenia na życie. W przypadku umów ubezpieczenia na życie, niemożliwe jest zastosowanie rozwiązania wskazanego w art. 814 § 2 Kc (skoro wypadkiem ubezpieczeniowym objętym ochroną w tych umowach jest również ryzyko śmierci ubezpieczającego), gdyż po zaistnieniu w/w wypadku ubezpieczeniowego - zgonu ubezpieczającego - nie byłoby osoby zobowiązanej do zapłaty składki ubezpieczeniowej. W konsekwencji powyższego w umowach ubezpieczenia na życie, ubezpieczyciel nie może ponosić odpowiedzialności jeszcze przed zapłaceniem składki ubezpieczeniowej;

j) W wielu umowach ubezpieczenia na życie, ochrona ubezpieczeniowa często zapewniana jest jeszcze przed zawarciem umowy ubezpieczenia na życie (tzw. ochrona ubezpieczeniowa tymczasowa), której warunkiem musi być jednak opłata określonej kwoty, na poczet przyszłej składki ubezpieczeniowej.”

W ocenie PZU Życie, zarzut określony w pkt II Postanowienia Nr 46/2010 jest nieuzasadniony z następujących powodów:

„a) Określone przez ubezpieczyciela kryteria przyjmowania odpowiedzialności z tytułu ciężkiej choroby (definicja zawału serca) nie pozostają w sprzeczności z wiedzą medyczną, są obiektywne i łatwe do stwierdzenia (badanie poziomu troponiny, EKG i ECHO serca są wykonywane standardowo) oraz jasno sformułowane. Ponadto, spełnienie w diagnozowaniu stanu chorobowego łącznie wszystkich kryteriów wskazanych w definicji zdarzenia ubezpieczeniowego stosowanej przez PZU Życie SA daje pewność, że nie popełniono pomyłki diagnostycznej;

b) Postęp nauk medycznych w ostatnich latach (wynalezienie czulszych metod diagnostycznych), zaskutkowało udoskonaleniem kryteriów rozpoznawania zawału serca (uniwersalna definicja zawału serca wprowadzona w 2000 roku, zredefiniowana w październiku 2007 roku). Wprowadzenie nowych definicji zawału serca spowodowało zmiany w codziennej praktyce lekarskiej, głównie poprzez częstsze rozpoznawanie zawału mięśnia sercowego. Dokładną ocenę tego wpływu na statystykę zachorowalności (a w konsekwencji na poziom szkodowości u ubezpieczyciela) można przeprowadzić dopiero po zebraniu danych w dostatecznie długim okresie czasu. Ubezpieczyciel jest jednak zmuszony do bieżącej oceny ryzyka, a więc musi precyzyjnie określić za jakie zdarzenie zobowiązuje się przyjąć odpowiedzialność już teraz i musi wyznaczyć za to zdarzenie stosowną składkę, adekwatną do ponoszonego ryzyka.

c) Składka ubezpieczeniowa za ryzyko zawału serca, została skalkulowana na podstawie występowania zawału, zdefiniowanego w sposób kwestionowany przez Prezesa UOKiK, w którym warunkiem koniecznym jest pojawienie się patologicznego załamka Q, nieobecnego przed zdarzeniem. Oznacza to, że nowe zdefiniowanie ryzyka „zawału serca”, może skutkować skalkulowaniem składki, a w konsekwencji również jej podwyższeniem - które nie leży w interesie konsumentów;

d) Dokonane przez PZU Życie SA zdefiniowanie zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci „zawału serca” dotyczy świadczenia głównego umowy ubezpieczenia i zostało uregulowane

w sposób jednoznaczny. Co więcej ograniczenie to w sposób bezpośredni wpływa na wysokość składki - obliczona została tylko za zawał serca o powyższym przebiegu i objawach. Tym samym postanowienie to nie narusza przepisów dotyczących ochrony konsumenta.”

Dowód: k. 29-30.

Prezes Urzędu ustalił następujący stan faktyczny:

1. Powszechny Zakład Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie jest wpisana do Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla M.St. Warszawy w Warszawie XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000030211. Przedmiotem działalności przedsiębiorcy są ubezpieczenia na życie, ubezpieczenia posagowe, zaopatrzenia dzieci, ubezpieczenia rentowe, ubezpieczenia wypadkowe i chorobowe, jeśli są uzupełnieniem ubezpieczeń wyżej wymienionych.

Dowód: k. 35 – 48.

2. Przy zawieraniu umów z konsumentami PZU Życie S.A. stosuje wzorce umowne, które zawierają postanowienie o treści: Podstawą zawarcia umowy jest wpłacenie kwoty na poczet pierwszej składki (...). Postanowienie to pojawia się w § 6 ust. 1 „Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna”; w § 7 ust. 1 „Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia szpitalnego Opieka Medyczna”, w § 10 ust. 1 „Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na życie dowolnej osoby Uśmiech Dziecka”; w § 10 ust. 1 „Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie Spokój Najbliższych”; w § 10 ust. 1 „Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Twoje Marzenia”, w § 10 ust. 1 „Ogólnych warunków indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Pewnym Krokiem”.

Dowód: k. 5-23.

3. Przy zawieraniu umów z konsumentami PZU Życie S.A. stosuje wzorce umowne pn.: „Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby” (weszły w życie z dniem 1 sierpnia 2007 r. i miały zastosowanie do umów zawieranych począwszy od tej daty; przyjęte uchwałą nr UZ/349/2007 Zarządu PZU na Życie S.A. z dnia 17 lipca 2007 r.); „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby” (weszły w życie z dniem 10 sierpnia 2007 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych począwszy od tej daty; przyjęte uchwałą nr UZ/344/2007 Zarządu PZU na Życie S.A. z dnia 17 lipca 2007 r.) oraz „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym” (weszły w życie z dniem 10 sierpnia 2007 r. i mają zastosowanie do umów zawieranych począwszy od tej daty; przyjęte uchwałą nr UZ/340/2007 Zarządu PZU na Życie S.A. z dnia 11 lipca 2007 r.), które zawierają następującą definicję zawału serca: „zawał serca, który oznacza martwicę części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone łącznie:

- a) wystąpieniem znamionnego wzrostu poziomu troponiny,
- b) pojawieniem się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem),
- c) pojawieniem się nieistniejących wcześniej globalnych lub regionalnych zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego w badaniach obrazowych.”

Dowód: k. 24 – 28.

3. Tabela nr 1, przedstawia dane liczbowe o przypadkach odmowy wypłaty odszkodowania z uwagi na to, że „patologiczny załamek Q”, o którym mowa w definicji, nie pojawił się w zdarzeniu będącym podstawą odpowiedzialności PZU.

Nazwa OWU	Liczba przypadków, w których odmówiono wypłaty odszkodowania z tytułu wystąpienia zawału serca, z uwagi na to, że nie pojawił się załamek Q		
	rok 2007 (II półrocze)	rok 2008	rok 2009
Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby	nie zarejestrowano zdarzenia, związanego z zawałem serca		
Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby	(tajemnica przedsiębiorstwa)	(tajemnica przedsiębiorstwa)	(tajemnica przedsiębiorstwa)
Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym	brak szczegółowych informacji, o podstawie odmowy wypłaty odszkodowania		

Źródło danych w Tabeli nr 1 – k. 31.

Tabela nr 1 zawiera informację, że w **(tajemnica przedsiębiorstwa)** przypadkach – w okresie dwóch i pół roku – odmówiono wypłaty odszkodowania za wypadek w postaci zawału serca, gdzie przyczyną odmowy było niepojawienie się załamka Q, przy czym liczba ta obejmuje jedynie przypadki w ramach umów zawartych przy wykorzystaniu wzorca umowy pn. „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby.”

4. W związku z odmową wypłaty odszkodowania, z powodu niewystąpienia załamka Q miały miejsce spory sądowe. PZU podało, że w latach 2007-2009, na terenie całego kraju, było lub jest prowadzonych **(tajemnica przedsiębiorstwa)** postępowań przed sądami powszechnymi.

Dowód: k. 32.

5. Tabela nr 2 przedstawia dane o liczbie umów ubezpieczenia, w których pojawienie się załamka Q jest wymagane do stwierdzenia wystąpienia zawału serca.

Rodzaje umów ubezpieczenia	Liczba umów ubezpieczenia, w których pojawienie się załamka Q jest wymagane do stwierdzenia wystąpienia zawału serca
umowy ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby (w zakresie umów ubezpieczenia: dodatkowych do grupowych umów zawieranych w kanale banassurance oraz produktów indywidualnych)	(tajemnica przedsiębiorstwa)
umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby (w zakresie umów ubezpieczenia ciężkich chorób jako umów dodatkowych do ubezpieczenia: grupowego pracowniczego typ P, grupowego ubezpieczenia na życie typ P, grupowego pracowniczego ubezpieczenia typ P PLUS, grupowego ubezpieczenia Pełnia Życia)	(tajemnica przedsiębiorstwa)
umowy grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym (w zakresie umów ubezpieczenia trwałego uszczerbku na zdrowiu	(tajemnica przedsiębiorstwa)

spowodowanego zawałem serca jako umów dodatkowych do ubezpieczenia:
grupowego pracowniczego typ P, grupowego ubezpieczenia na życie typ P,
grupowego pracowniczego ubezpieczenia typ P PLUS)

**Łącznie: (tajemnica
przedsiębiorstwa)**

Źródło danych w Tabeli nr 2 – k. 32.

Tabela nr 2 zawiera informacje, że PZU Życie SA posiada **(tajemnica przedsiębiorstwa)** zawartych umów ubezpieczenia, w których pojawienie się załamka Q jest wymagane do stwierdzenia wystąpienia zawału serca.

6. W toku postępowania dowodowego, Prezes Urzędu zwrócił się do instytucji posiadających specjalistyczną wiedzę z dziedziny kardiologii, tj.:

- 1) Kliniki Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Instytut Kardiologii UJ CM w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Krakowie,
- 2) Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze,
- 3) Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Warszawie,
- 4) Ministerstwa Zdrowia - Departamentu Polityki Zdrowotnej w Warszawie,
- 5) Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu,

z prośbą o udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

1) czy stosowanie definicji o poniższej treści (w umowach zawieranych przez PZU) odpowiada aktualnej, specjalistycznej wiedzy medycznej z zakresu kardiologii, co do stwierdzenia zawału serca:

„Użyte w ogólnych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają: zawał serca – martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone łącznie:

- a) wystąpieniem znamionnego wzrostu troponiny,
- b) pojawieniem się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem),
- c) pojawieniem się nieistniejących wcześniej globalnych lub regionalnych zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego w badaniach obrazowych”

2) czy o wystąpieniu zawału serca można mówić również wówczas, gdy „patologiczny załamek Q w EKG” się nie pojawi;

3) czy zasadne jest ograniczanie odpowiedzialności PZU za ryzyko wystąpienia zawału serca wyłącznie do sytuacji, gdy pojawi się „patologiczny załamek Q w EKG”.

Dowód: k. 40.

7. Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie, Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii, odpowiadając pismem z dnia 30 marca 2010 r. na pytania Prezesa Urzędu, wskazał m.in., że „wystąpienie patologicznego załamka Q nie jest (...) warunkiem koniecznym do postawienia rozpoznania zawału serca. Użyta w ogólnych warunkach ubezpieczenia PZU definicja zawału serca (...) w żaden sposób nie odpowiada obowiązującej definicji świeżego czy przebytego zawału serca i nie powinna być stosowana w praktyce. Nie jest więc również zasadne ograniczanie odpowiedzialności PZU za ryzyko wystąpienia zawału serca wyłącznie do sytuacji, gdy pojawi się »patologiczny załamek Q w EKG«”.

Dowód: k. 41-42.

8. W piśmie Kliniki Kardiologii Ośrodka Chorób Serca 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu z dnia 31 marca 2010 r., wskazano m.in., że „w opinii specjalisty kardiologa

ograniczenie rozpoznania zawału mięśnia sercowego wyłącznie do sytuacji »pojawienia się patologicznego załamka Q» w zapisie EKG nie znajduje medycznego uzasadnienia i może budzić kontrowersje mając na uwadze skalę problemu. Pojęcie zawału mięśnia sercowego jest pojęciem zdecydowanie szerszym, opieranie się na tzw. starej definicji mówiącej o obecności lub nieobecności patologicznego załamka Q jest znacznym uproszczeniem i pozostaje w konflikcie ze współczesną wiedzą medyczną.”

Dowód: k. 43-44.

9. W piśmie Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Warszawie z dnia 6 kwietnia 2010 r., wskazano m.in., że „definicja zawału serca w umowach zawieranych przez PZU powinna być zmieniona; brak załamka Q nie wyklucza rozpoznania zawału serca i że ograniczenie odpowiedzialności PZU do sytuacji, w której pojawia się załamek Q w EKG uważam za bezzasadne. PZU powinno wypracować nowe zasady odpowiedzialności za ryzyko wystąpienia zawału serca”.

Dowód: k. 45-47.

10. Ministerstwo Zdrowia Departament Polityki Zdrowotnej w Warszawie, w piśmie z dnia 9 kwietnia 2010 r. (MZ-PZ-TSZ-440-5746-2/DT/10), wskazało, że w związku z prowadzonym przez Prezesa Urzędu postępowaniem w sprawie budzącej wątpliwości definicji zawału serca, zwrócono się do Konsultanta Krajowego w dziedzinie Kardiologii o przekazanie informacji na temat symptomów zawału serca. Konsultant Krajowy, w zakresie swej właściwości, wyraził opinię, że „zgodnie z obecną definicją zawału obecność patologicznych załamków Q w EKG nie jest warunkiem koniecznym do rozpoznania zawału serca”.

Dowód: k. 49-50.

11. Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu, w piśmie z dnia 149 kwietnia 2010 r. (SCCS/D/254/10) wskazało, iż biorąc pod uwagę „stanowisko amerykańskich i europejskich towarzystw kardiologicznych, przyjęta przez PZU definicja zawału mięśnia sercowego jest niezasadna w świetle aktualnej wiedzy medycznej (zbyt wąska).” Dodano, że „definicja zawału mięśnia sercowego stosowana w umowach zawieranych przez PZU wymaga pilnej aktualizacji z punktu widzenia kardiologicznego”.

Dowód: k. 52-54.

12. W toku postępowania Prezes Urzędu zwrócił się do Rzecznika Ubezpieczonych w Warszawie z prośbą o przekazanie - będących w posiadaniu Biura Rzecznika - informacji i dokumentów, których przedmiot dotyczy kwestii związanych z zarzutem II prowadzonego przez Prezesa postępowania.

W odpowiedzi na wystąpienie Prezesa UOKiK Rzecznik Ubezpieczonych nadesłał kilkanaście przykładów spraw, jakimi zajmował się w ramach swoich ustawowych kompetencji. Są to przykłady wystąpień osób fizycznych do Rzecznika Ubezpieczonych z prośbą o interwencję, w związku z odmową wypłaty odszkodowania przez PZU. Analiza dokumentacji otrzymanej od Rzecznika daje obraz następującej metody działania: Osoby ubezpieczone na wypadek ciężkiej choroby, po wystąpieniu zdarzenia objętego ubezpieczeniem – zawału serca, występowały do PZU z wnioskiem o wypłatę ubezpieczenia. W odpowiedzi Ubezpieczyciel informował, że dokumentacja medyczna potwierdza, iż osoba ubezpieczona była leczona z powodu zawału serca, lecz w opisie EKG brak jest patologicznego załamka Q. W dalszej części PZU wskazywało, że nie kwestionuje faktu, że Ubezpieczony doznał zawału serca, jednak rozpoznana jednostka chorobowa nie spełnia jednego z trzech warunków definicji zawału serca, określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia, a tym samym nie jest objęta ochroną ubezpieczeniową. W razie gdy, ubezpieczony wnosił odwołanie od decyzji PZU, Spółka PZU podtrzymywała swoje

stanowisko. Wówczas Ubezpieczony zwracał się do Rzecznika Ubezpieczonych z prośbą o interwencję. Następnie Rzecznik Ubezpieczonych występował do PZU z prośbą o zbadanie prawidłowości zajętego stanowiska i o rozważenie możliwości wypłaty ubezpieczenia w drodze szczególnego wyjątku. Odpowiadając Rzecznikowi PZU podtrzymywało dotychczasowe stanowisko o bezzasadności roszczenia zgłoszonego przez Ubezpieczonego. PZU podkreślało przy tym, że „Ubezpieczyciel formułując ogólne warunki ubezpieczenia ma prawo zdefiniować rodzaj zdarzenia, za wystąpienie którego ponosi odpowiedzialność. Ubezpieczony podpisując umowę przyjmuje do wiadomości, że Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie tylko za te zdarzenia, które są zawarte i definiowane w ogólnych warunkach ubezpieczenia”.

Dowód: k. 63, 66-269.

13. Zgodnie z technicznym rachunkiem ubezpieczeń na życie, sporządzonym przez PZU Życie SA za rok zakończony w dniu 31 grudnia 2009 r., wartość przychodu osiągniętego przez Spółkę PZU, pochodzącego ze składek (przypisanych brutto), w roku 2009, wyniosła **(tajemnica przedsiębiorstwa)zł.**

Dowód: k. 60.

14. Po zapoznaniu się z aktami sprawy, w dniu 30 kwietnia 2010 r., Spółka PZU podała, iż „w ubezpieczeniach na życie - nie jest możliwe określenie »zawału serca« jako ryzyka ubezpieczeniowego - bez jednoczesnego wskazania w definicji jakie elementy decydują o jego uznaniu przez zakład ubezpieczeń. W/w brak możliwości - wynika z konieczności skalkulowania składki przez zakład ubezpieczeń, w oparciu o konkretne ryzyko. Zatem jeżeli jest jednoznacznie sprecyzowana w OWU definicja »zawału serca« i zgodna ona jest z zasadami wiedzy medycznej (nie musi natomiast obejmować ciągle zmieniających się nowości medycznych i obejmować wszystkich zdiagnozowanych przez specjalistów jako »zawałów serca« - zdarzeń), to stawianie zarzutu definicji - jakoby mogła ona wprowadzać konsumentów w błąd, poprzez podawanie informacji prawdziwych, ale mogących wprowadzić w błąd - jest bezzasadne.”

Dowód: k. 59.

15. Po kolejnym zapoznaniu się z aktami sprawy, w dniu 24 września 2010 r., w nawiązaniu do wcześniejszej deklaracji zmiany i usunięcia z ogólnych warunków ubezpieczenia (dalej także jako: OWU) kwestionowanych przez Prezesa UOKiK postanowień, Spółka PZU oświadczyła, że w dniu 13 maja 2010 r. została podjęta przez Zarząd PZU na Życie SA uchwała nr UZ 137/2010 w sprawie zmiany ogólnych warunków:

- 1) indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Pewnym Krokiem;
- 2) indywidualnego ubezpieczenia na życie Spokój Najbliższych;
- 3) indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Twoje Marzenia;
- 4) indywidualnego ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na życie dowolnej osoby Uśmiech Dziecka;
- 5) indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie ze składką płatną jednorazowo Twoje Marzenia;
- 6) indywidualnego ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na życie dowolnej osoby ze składką płatną jednorazowo Uśmiech Dziecka;
- 7) dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby;
- 8) dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby;

- 9) dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym;
- 10) indywidualnego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna;
- 11) indywidualnego ubezpieczenia szpitalnego Opieka Medyczna.

PZU na Życie SA oświadczyła, że zmiany zostały wprowadzone do ww. OWU od dnia 1 czerwca 2010 r.

Dowód: k. 273-276.

16. W dniu 4 października 2010 r. PZU Życie SA przesłała załączniki do uchwały nr UZ 137/2010 – formularze ogólnych warunków ubezpieczenia, w których objęte zarzutem I postanowienie o treści „Podstawą zawarcia umowy jest wpłacenie kwoty na poczet pierwszej składki (...)”, zawarte w we wzorcach: „Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna”, „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia szpitalnego Opieka Medyczna”, „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na życie dowolnej osoby Uśmiech Dziecka”, „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Spokój Najbliższych”, „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Twoje Marzenia”, „Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Pewnym Krokiem” zostało usunięte.

Z kolei definicja zawału serca, zgodnie z którą uznanie jednostki chorobowej za zawał serca uzależnione jest od „Pojawienia się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem)”, zawarta we wzorcach o nazwie: „Ogólne warunki dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby”, „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby”, „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym” – objęta zarzutem II niniejszego postępowania – została zmieniona. Nowa definicja zawału brzmi: „zawał serca – tylko taki zawał serca, który powoduje: wzrost lub spadek podwyższonego stężenia biomarkerów sercowych, z zastrzeżeniem, że przynajmniej w jednym pomiarze to stężenie musi przekraczać górną granicę normy oraz obecność co najmniej dwóch z następujących wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- objawy kliniczne niedokrwienia (m.in. ból w klatce piersiowej),
- zmiany w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) typowe dla nowo powstałego niedokrwienia,
- nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości w badaniach obrazowych”

Dowód: k. 278, 283, 291, 299, 318, 322, 325, 328, 336.

Mając na uwadze powyższe ustalenia, Prezes Urzędu zważył, co następuje:

Interes publicznoprawny.

Podstawą do rozstrzygania sprawy na podstawie przepisów ustawy o ochronie (...) jest uprzednie zbadanie przez Prezesa Urzędu, czy w danej sprawie zagrożony został interes publicznoprawny. Stwierdzenie, że powyższe miało miejsce, pozwala na realizację celu tej ustawy, wskazanego w art. 1 ust. 1, którym jest określenie warunków rozwoju i ochrony konkurencji oraz zasad podejmowanej w interesie publicznoprawnym ochrony interesów przedsiębiorców i konsumentów.

Zdaniem Prezesa Urzędu rozpatrywana sprawa ma charakter publicznoprawny albowiem wiąże się z ochroną interesu wszystkich konsumentów, którzy są lub będą

klientami PZU Życie S.A. Interes publicznoprawny przejawia się m.in. w postaci zbiorowego interesu konsumentów. Innymi słowy: naruszenie zbiorowego interesu konsumentów jest jednocześnie naruszeniem interesu publicznoprawnego. Uzasadnione było zatem podjęcie w niniejszej sprawie, przez Prezesa Urzędu, działań przewidzianych w ustawie o ochronie (...).

Ad I. Rozstrzygnięcie zawarte w punkcie I osnowy decyzji.

Stosownie do art. 83 ustawy o ochronie (...), w sprawach w niej nieuregulowanych, do postępowania przed Prezesem Urzędu stosuje się – z wyłączeniem spraw dotyczących dowodów – przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego. Z kolei dyspozycja art. 105 § 1 k.p.a. stanowi, iż organ administracji państwowej wydaje decyzję o umorzeniu postępowania, gdy postępowanie z jakiegokolwiek przyczyny stało się bezprzedmiotowe. Umorzenie postępowania na tej podstawie jest obligatoryjne, co oznacza, iż ustalenie przesłanki bezprzedmiotowości postępowania stwarza obowiązek zakończenia postępowania w danej instancji przez jego umorzenie, ponieważ brak jest podstaw do rozstrzygnięcia sprawy co do jej istoty. Dalsze prowadzenie postępowania w takim przypadku stanowiłoby o jego wadliwości, mającej istotny wpływ na wynik sprawy. Podkreślić przy tym należy, iż przesłanka umorzenia postępowania może istnieć jeszcze przed wszczęciem postępowania, co zostanie ujawnione w toczącym się postępowaniu, a może ona powstać także w czasie trwania postępowania, a więc w sprawie już zawisłej przed organami administracyjnymi. Zgodnie z wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 24 kwietnia 2003 r. (sygn. akt III SA 2225/01), bezprzedmiotowość postępowania administracyjnego oznacza, że brak jest któregoś z elementów materialnego stosunku prawnego, a w związku z tym nie można wydać decyzji załatwiającej sprawę przez rozstrzygnięcie jej co do istoty. Jest to orzeczenie formalne, kończące postępowanie bez jego merytorycznego rozstrzygnięcia.

W niniejszej sprawie został postawiony PZU na Życie SA zarzut stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, o której mowa w art. 24 ust. 1 i ust. 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, polegającej na zamieszczaniu we wzorcach umownych (stosowanych przy zawieraniu umów z konsumentami) o nazwie: „Ogólne warunki ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna”; „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia szpitalnego Opieka Medyczna”; „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na życie dowolnej osoby Uśmiech Dziecka”; „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie Spokój Najbliższych”; „Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Twoje Marzenia”; „Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Pewnym Krokiem”, postanowienia o treści: „Podstawą zawarcia umowy jest wpłacenie kwoty na poczet pierwszej składki (...)”, które określa chwilę zawarcia umowy ubezpieczenia w sposób sprzeczny z art. 809, w związku z art. 813 § 2 kodeksu cywilnego.

Odnosząc się do postawionego zarzutu PZU stwierdziła, że „Domniemanie zawarte w art. 809 § 2 Kc, odnoszące się do chwili zawarcia umowy ubezpieczenia ma znaczenie tylko wtedy, gdy strony nie ustaliły w umowie odmiennie momentu zawarcia umowy. Użyty w art. 809 § 2 Kc zwrot »w razie wątpliwości« - oznacza, że zwrot ten odnosi się wyłącznie do sytuacji, gdy strony nie określiły w umowie, z jakim momentem zgodnie uznają, że umowa została zawarta. Zatem należy stwierdzić, iż z art. 809 § 2 Kc wynika, że strony mogą samodzielnie (w umowie) ustalić moment, w którym dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia (takim momentem może być np. chwila opłacenia składki). Jednocześnie podkreślenia wymaga, iż zawarte w art. 809 § 2 Kc sformułowanie »Z zastrzeżeniem wyjątku przewidzianego w art. 811 Kc«, dotyczy tylko sytuacji, gdy »powstają wątpliwości«, a nie gdy strony jednoznacznie w umowie wskazują moment jej zawarcia. Tym samym nie ma podstaw prawnych, aby traktować art. 809 § 2 Kc jako przepis bezwzględnie obowiązujący.»

Pozostawiając poza rozważaniem, czy są podstawy do tego, by traktować art. 809 § 2 k.c. jako przepis bezwzględnie obowiązujący, Prezes Urzędu wskazuje jednak, iż ogólne warunki ubezpieczenia nie są negocjowane indywidualnie, gdyż umowy zawarte przy ich wykorzystaniu mają charakter umów adhezyjnych. Oznacza to, że konsument często nie ma wpływu na ustalenie momentu, w którym dochodzi do zawarcia umowy. „Adhezyjność oznacza osłabienie prymatu zasady swobody umów w stosunkach zobowiązaniowych, choć możliwość zawarcia umowy w tym trybie jest właśnie uważana za wytwór swobody kontraktowania. Zawarcie umowy następuje bowiem przez przystąpienie do warunków przedstawionych przez jedną stronę. Mamy wówczas do czynienia z tzw. konsensem normatywnym po stronie przystępującego, wystarczającym do zawarcia umowy o treści ukształtowanej we wzorcu. Treść takiej umowy zostaje zazwyczaj ukształtowana we wzorcu umownym opracowanym przez stronę silniejszą ekonomicznie, w tym przypadku przez ubezpieczyciela (ogólne warunki ubezpieczeń). Swoboda ubezpieczającego w kwestii ukształtowania umownego stosunku ubezpieczenia jest w takiej sytuacji ograniczona do minimum, gdyż może on jedynie zawrzeć umowę o narzuconej z góry treści albo zrezygnować z jej zawarcia” (vide: Katarzyna Malinowska [w:] A. Brodecka-Chamera, Z. Brodecki, D. Fuchs, M. Glicz, B. Janyga, B. Kęszycka, K. Malinowska, J. Nawracała, M. Serwach, E. Sodolska, P. Sukiennik, E. Wieczorek, Prawo ubezpieczeń gospodarczych. Komentarz. Tom II. Prawo o kontraktach w ubezpieczeniach. Komentarz do przepisów i wybranych wzorców umów, LEX, 2010, wyd. II).

Przechodząc do kolejnej kwestii wskazać należy, iż w ocenie Prezesa Urzędu bezsporne jest, że zawarcie umowy ubezpieczenia nie powoduje jeszcze powstania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. W myśl art. 813 § 2 k.c., jeżeli nie umówiono się inaczej, składka powinna być zapłacona jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia, a jeżeli umowa doszła do skutku przed doręczeniem dokumentu ubezpieczenia - w ciągu czternastu dni od jego doręczenia. Bezpośredni związek z zapłatą składki ma więc powstanie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Zgodnie z art. 814 § 1 k.c., jeżeli nie umówiono się inaczej, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki lub jej pierwszej raty.

Mając na uwadze powyższe, czyli okoliczność, że z punktu widzenia konsumenta pierwszorzędne znaczenie ma kwestia powstania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, a niekoniecznie chwila zawarcia umowy ubezpieczenia, Prezes Urzędu przyjął zacytowaną wyżej argumentację PZU Życie.

Taka konstatacja musiała prowadzić do wniosku, że działanie PZU na Życie SA, polegające na stosowaniu przedmiotowego postanowienia nie nosi znamion praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, o której mowa w art. 24 ust. 1 i ust. 2 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów. Prowadzenie postępowania w omawianym zakresie stało się zatem bezprzedmiotowe.

Mając na uwadze powyższe, orzeka się jak w pkt I osnowy decyzji.

Ad II. Praktyka określona w punkcie II osnowy decyzji; przesłanki naruszenia art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów

Art. 24 ust. 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów stanowi, że zakazane jest stosowanie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów. Z kolei art. 24 ust. 2 tej ustawy wskazuje, iż „przez praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów rozumie się godzące w nie bezprawne działanie przedsiębiorcy”. Zbiorowe interesy konsumentów podlegają zatem ochronie przed działaniami przedsiębiorców, które są sprzeczne z prawem,

tj. przepisami określonych aktów prawnych oraz zasadami współżycia społecznego i dobrymi obyczajami. Powołany art. 24 ust. 2 ustawy o ochronie (...) zawiera przykładowe wyliczenie praktyk naruszających zbiorowe interesy konsumentów, zaliczając do nich, m.in., nieuczciwe praktyki rynkowe oraz czyny nieuczciwej konkurencji.

Do stwierdzenia praktyki z art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt 3 *ab initio* ustawy o ochronie (...) konieczne jest wykazanie, że spełnione zostały łącznie następujące przesłanki:

- a) bezprawność działań przedsiębiorcy, polegająca na stosowaniu nieuczciwych praktyk rynkowych;
- b) godzenie tymi działaniami w zbiorowy interes konsumentów.

Ad a. Bezprawność tradycyjnie ujmowana jest jako sprzeczność z obowiązującym porządkiem prawnym. Porządek prawny obejmuje normy prawa powszechnie obowiązującego, a także nakazy i zakazy, wynikające z zasad współżycia społecznego i dobrych obyczajów. Bezprawność jest kategorią obiektywną. Rozważenia przy ocenie bezprawności wymaga zatem kwestia, czy zachowanie przedsiębiorcy było zgodne, czy też niezgodne z obowiązującymi zasadami porządku prawnego. Dla stwierdzenia bezprawności działania przedsiębiorcy bez znaczenia pozostaje strona podmiotowa czynu, a zatem wina sprawcy (w znaczeniu subiektywnym, oznaczającym wadliwość procesu decyzyjnego sprawcy) i stopień tej winy (umyślność bądź nieumyślność), a także świadomość istnienia naruszonych norm prawnych. Jako zachowania przedsiębiorcy, które stanowią praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów, ustawodawca wskazuje w szczególności nieuczciwe praktyki rynkowe (art. 24 ust. 2 pkt 3 *ab initio* ustawy o ochronie [...]). Oznacza to, że jeśli mamy do czynienia z nieuczciwą praktyką rynkową w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, która jednocześnie narusza zbiorowe interesy konsumentów, takie działanie w świetle prawa może zostać uznane za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. W związku z powyższym, przedmiotem rozstrzygnięcia Prezesa UOKiK stało się zważenie, czy w omawianym stanie faktycznym przedsiębiorca stosował nieuczciwą praktykę rynkową, a następnie, czy przedmiotowa praktyka mogła godzić w zbiorowe interesy konsumentów.

Zgodnie z klauzulą generalną, wyrażoną w art. 3 ustawy z dnia 23 sierpnia 2007 r. o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym (dalej także jako uopnpr), zakazane jest stosowanie nieuczciwych praktyk rynkowych. W myśl art. 4 ust. 1 uopnpr, stosowana przez przedsiębiorcę praktyka rynkowa jest nieuczciwa, jeżeli jest sprzeczna z dobrymi obyczajami i w istotny sposób zniekształca lub może zniekształcić zachowanie rynkowe przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy, w trakcie jej zawierania lub po zawarciu. Przedmiotowy przepis stanowi klauzulę generalną, która na okoliczność stosowania danej praktyki podlega stosownej konkretyzacji. Jednocześnie, uopnpr dokonuje podziału praktyk rynkowych na wprowadzające w błąd oraz agresywne praktyki rynkowe (art. 4 ust. 2). Praktyki rynkowe wprowadzające w błąd mogą przybrać postać czynną i bierną, tj. polegać na działaniu (art. 5) lub zaniechaniu (art. 6) wprowadzającym w błąd. Aby wykazać, że dany przedsiębiorca je stosuje, należy odnieść się zarówno do definicji praktyki wprowadzającej w błąd (art. 5 ust. 1), jak i do ogólnej definicji nieuczciwej praktyki rynkowej z art. 4 ust. 1 uopnpr.

Przede wszystkim, w celu wykazania, iż PZU na Życie S.A. w Warszawie stosowała nieuczciwą praktykę rynkową konieczne jest uznanie, iż zarzucane jej zachowanie mieści się w pojęciu praktyki rynkowej, o której mowa w art. 4 ust. 1 uopnpr. Definicję praktyki rynkowej podaje art. 2 pkt 4 tej ustawy wskazując, iż za taką uznaje się działanie lub zaniechanie przedsiębiorcy, sposób postępowania, oświadczenie lub informację handlową, w szczególności reklamę i marketing, bezpośrednio związane z promocją lub nabyciem produktu przez konsumenta.

W zakresie pojęcia praktyki rynkowej mieści się zatem każdy czyn przedsiębiorcy (działanie jak i zaniechanie) oraz każda forma działania przedsiębiorcy (sposób postępowania, oświadczenie lub komunikat handlowy, w tym reklama i marketing). Istotnym jest, iż wskazane formy mogą być kwalifikowane jako praktyki rynkowe, wtedy tylko, gdy są bezpośrednio związane z promocją lub nabyciem produktu przez konsumenta, to jest, gdy mogą oddziaływać na decyzje ekonomiczne konsumentów. Tym samym, formułowanie wzorców umownych (OWU), stosowanych przy zawieraniu umów z konsumentami, które zawierają kwestionowaną definicję zawału serca, spełnia powyższe kryteria i może zostać uznane za praktykę rynkową w rozumieniu uopnpr.

Po myśli art. 5 ust. 1 uopnpr, za praktykę rynkową uznaje się działanie wprowadzające w błąd, jeżeli działanie to w jakikolwiek sposób powoduje lub może powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął. Wprowadzającym w błąd działaniem może być np. rozpowszechnianie prawdziwych informacji w sposób mogący wprowadzać w błąd (art. 5 ust. 2 pkt 2 uopnpr).

W tym miejscu wskazać należy, iż uopnpr posługuje się pojęciem przeciętnego konsumenta, w odniesieniu do którego powinna być dokonywana ocena każdej praktyki rynkowej, w tym praktyki polegającej na działaniu wprowadzającym w błąd. Będące przedmiotem niniejszego rozstrzygnięcia zachowanie Spółki PZU powinno być zatem oceniane z perspektywy przeciętnego konsumenta. Dla udzielenia odpowiedzi na powyżej postawione pytanie wskazane jest przeanalizowanie definicji przeciętnego konsumenta w oparciu o przepisy ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym z uwzględnieniem orzecznictwa Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości oraz polskich sądów i jego skonkretyzowanie w okolicznościach niniejszej sprawy.

Zgodnie z treścią art. 2 pkt 8 uopnpr, za przeciętnego konsumenta uważa się konsumenta, który jest dostatecznie dobrze poinformowany, uważny i ostrożny; oceny dokonuje się z uwzględnieniem czynników społecznych, kulturowych, językowych i przynależności danego konsumenta do szczególnej grupy konsumentów. Przyjęty w ustawie model przeciętnego konsumenta w pełni odzwierciedla stanowisko przyjęte w orzeczeniach Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości, zgodnie z którym jest to osoba dostatecznie dobrze poinformowana, uważna i ostrożna. Taki konsument posiada określony zasób informacji o otaczającej rzeczywistości i potrafi go wykorzystać dokonując analizy przekazów rynkowych. Jest to konsument sceptyczny wobec kierowanych do niego praktyk rynkowych, który umiejętnie korzysta ze stworzonych możliwości wyboru. Sąd Najwyższy, w wyroku z dnia 3 grudnia 2003 r. (sygn. akt I CK 358/02) wskazał, iż sama wysokość ceny nabywanego samochodu wyklucza potraktowanie nabywcy jako nieostrożnego konsumenta bezkrytycznie odnoszącego się do haseł reklamowych i nie posiadającego podstawowych informacji, gdyż polski odbiorca reklamy w tym segmencie rynku samochodowego posiadał już umiejętność odczytywania informacji reklamowych. Podobnie, w wyroku z dnia 6 grudnia 2007 r. (sygn. akt VI ACa 842/07), Sąd Apelacyjny w Warszawie stwierdził, iż do kręgu adresatów reklamy „tanich linii” lotniczych należy zaliczyć osoby wykształcone, posiadające zasób wiedzy i doświadczenia życiowego w zakresie funkcjonowania takiego rodzaju przedsiębiorców, w tym zakupu biletów on-line, co odróżnia ich od osób należących do kręgu przeciętnych konsumentów.

Odnosząc powyższe rozważania do sytuacji zaistniałej w niniejszej sprawie podnieść należy, iż charakter produktu oferowanego przez PZU: ubezpieczenie na wypadek ciężkiej choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu wskazuje, że produkt ten nie jest kierowany do jakiejś określonej, dającej się wyodrębnić grupy konsumentów - potencjalnie każdy człowiek jest zagrożony ciężką chorobą lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu, niezależnie od wieku, stanu zdrowia, wiedzy, stylu życia oraz statusu majątkowego itp. Konstrukcję modelu przeciętnego konsumenta należy zatem stworzyć bez odwoływania się do przynależności do

szczególnej grupy konsumentów. Będzie to zatem konsument dostatecznie dobrze poinformowany, uważny i ostrożny przy uwzględnieniu czynników społecznych, kulturowych i językowych – charakterystycznych dla polskiego konsumenta.

W przedmiotowej sprawie koniecznym stało się rozważenie przez Prezesa Urzędu, czy stosowanie kwestionowanej definicji zawału serca mogło wprowadzać przeciętnego konsumenta w błąd, tj. mogło powodować podjęcie przez niego decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął. Przedmiotem zarzutu w niniejszym postępowaniu Prezes Urzędu uczynił posługiwanie się przez PZU Życie SA we wzorcach umownych (stosowanych przy zawieraniu umów z konsumentami) definicją zawału serca, zgodnie z którą uznanie jednostki chorobowej za zawał serca uzależnione jest od „Pojawienia się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem).”

Prezes Urzędu zarzucił Spółce PZU stosowanie praktyki rynkowej, polegającej na rozpowszechnianiu prawdziwych informacji w sposób mogący wprowadzić w błąd. Prezes Urzędu nie kwestionuje bowiem, że „Pojawienie się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem)” jest jednym z możliwych objawów wystąpienia zawału serca i w tym zakresie PZU podaje informację prawdziwą. W toku postępowania jednoznacznie ustalono jednak, że o wystąpieniu zawału serca można mówić również wtedy, gdy załamek Q się nie pojawi. W opinii Oddziału Klinicznego Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Krakowie, „wystąpienie patologicznego załamka Q **nie jest** (...) warunkiem koniecznym do postawienia rozpoznania zawału serca. Użyta w ogólnych warunkach ubezpieczenia PZU definicja zawału serca (...) w żaden sposób nie odpowiada obowiązującej definicji świeżego czy przebytego zawału serca i nie powinna być stosowana w praktyce” (vide: k. 42). Istotne jest również, że według kwestionowanych OWU, PZU wymaga, aby rozpoznanie zawału serca było potwierdzone **łącznie**: a) wystąpieniem znamiennego wzrostu poziomu troponiny; b) pojawieniem się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem); c) pojawieniem się nieistniejących wcześniej globalnych lub regionalnych zaburzeń kurczliwości mięśnia sercowego w badaniach obrazowych. Ze stanowisk wszystkich instytucji, do których zwrócono się o opinię w (Kliniki Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Instytutu Kardiologii UJ CM w Krakowskim Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Krakowie, Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego w Warszawie, Ministerstwa Zdrowia, Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu), wyrażonych na potrzeby niniejszego postępowania wynika jednak, że zawał serca może być rozpoznany wówczas, gdy wystąpi co najmniej jeden z wymienionych symptomów. Wynika z tego, że – z medycznego punktu widzenia - nie jest uzasadnione, aby uzależniać stwierdzenie wystąpienia zawału serca od tego, czy pojawi się patologiczny załamek Q. Dodatkowo, przesłanka obejmująca załamek Q musi wystąpić łącznie z dwoma pozostałymi objawami, aby – w świetle definicji opracowanej przez PZU – można było mówić o zaistnieniu zdarzenia, jakim jest zawał serca. Definicja sformułowana przez PZU jest zatem wadliwa, ponieważ nieuprawnione jest uzależnianie rozpoznania zawału serca od pojawienia się patologicznego załamka Q, a co za tym idzie, ujmowanie tego przypadku obok dwóch innych, z którymi musi wystąpić łącznie.

Takie działanie, w ocenie Prezesa Urzędu, jest działaniem wprowadzającym w błąd. Przeciętny konsument, zawierając umowę indywidualnie lub przystępując do ubezpieczenia grupowego działa w przekonaniu, że uzyskuje ochronę na wypadek zaistnienia zawału serca. Tymczasem, jak się w praktyce okazuje, ochrona ta jest czysto iluzoryczna, ponieważ gdy takie zdarzenie rzeczywiście wystąpi, PZU odmawia odszkodowania, argumentując, że rozpoznana jednostka chorobowa nie spełnia jednego z trzech warunków definicji zawału serca, określonego w ogólnych warunkach ubezpieczenia. Z opinii Kliniki Kardiologii Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, uzyskanej w niniejszym postępowaniu

wynika, że „»Pojawienie się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem)« jest pojęciem nieprecyzyjnym odnoszącym się jedynie do jednej z klinicznych postaci martwicy mięśnia sercowego” (vide: k. 43). Niewątpliwie, takiej wiedzy nie posiada konsument zawierający umowę z PZU, a tym samym – przyjmując, że nawet zapoznał się z kwestionowaną definicją – nie może mieć wiedzy, że ubezpiecza się na wypadek, który występuje w stopniu bardzo ograniczonym wśród ogólnej liczby rozpoznanych zawałów serca. Konsekwencją takiego stanu rzeczy są przypadki przedstawione w dokumentacji otrzymanej od Rzecznika Ubezpieczonych w toku niniejszego postępowania. Ubezpieczeni, po tym jak zachorowali na zawał serca, występowali do zakładu ubezpieczeń z wnioskiem o wypłatę ubezpieczenia, na co Spółka PZU oświadczała, że nie kwestionuje faktu, że Ubezpieczony doznał zawału serca, jednak rozpoznana jednostka chorobowa nie spełnia jednego z trzech warunków definicji zawału serca. Dodać należy, że warunkiem, który nie pojawił się w tych przypadkach - i na który PZU Życie SA powołała się odmawiając wypłaty odszkodowania - był objęty zarzutem postępowania „załamek Q”. O skali zjawiska świadczy liczba przypadków, w których odmówiono wypłaty odszkodowania z tytułu wystąpienia zawału serca, z uwagi na to, że nie pojawił się załamek Q. Ilość przypadków odmowy wypłaty odszkodowania, ograniczona do umów regulowanych wzorcem pn. „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby” wniosła: **(tajemnica przedsiębiorstwa)**.

Odpowiadając na zarzut postępowania dotyczący stosowania kwestionowanej definicji, Spółka PZU oświadczyła, że „Określone przez ubezpieczyciela kryteria przyjmowania odpowiedzialności z tytułu ciężkiej choroby (definicja zawału serca) nie pozostają w sprzeczności z wiedzą medyczną, są obiektywne i łatwe do stwierdzenia (badanie poziomu troponiny, EKG i ECHO serca są wykonywane standardowo) oraz jasno sformułowane. Ponadto, spełnienie w diagnozowaniu stanu chorobowego łącznie wszystkich kryteriów wskazanych w definicji zdarzenia ubezpieczeniowego stosowanej przez PZU Życie SA daje pewność, że nie popełniono pomyłki diagnostycznej”. Z kolei w stanowisku Kierownika Kliniki Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii Uniwersytetu Jagiellońskiego (vide: k. 42) stwierdzono, że definicja stosowana przez PZU „w żaden sposób nie odpowiada obowiązującej medycznej definicji świeżego czy przebytego zawału serca i nie powinna być stosowana w praktyce”. Zwarzywszy, że oprócz zacytowanej, również pozostałe zgromadzone w postępowaniu opinie i stanowiska specjalistów kardiologów są logiczne, jasne i spójne, przy uwzględnieniu doświadczenia i prestiżu instytucji, jakie ci specjaliści reprezentują, Prezes Urzędu przyjął je jako własne i uczynił podstawą ustaleń faktycznych w sprawie. Podkreślenia wymaga, że zaprezentowane opinie instytucji specjalizujących się w dziedzinie kardiologii są jednomyślne i wskazują, że przyjęta przez PZU definicja zawału mięśnia sercowego jest niezasadna w świetle aktualnej wiedzy medycznej i wymaga aktualizacji.

Odpierając zarzut Prezesa UOKiK, PZU Życie SA stwierdziła, że „Składka ubezpieczeniowa za ryzyko zawału serca, została skalkulowana na podstawie występowania zawału, zdefiniowanego w sposób kwestionowany przez Prezesa UOKiK, w którym warunkiem koniecznym jest pojawienie się patologicznego załamka Q, nieobecnego przed zdarzeniem. Oznacza to, że nowe zdefiniowanie ryzyka „zawału serca”, może skutkować skalkulowaniem składki, a w konsekwencji również jej podwyższeniem - które nie leży w interesie konsumentów.” Odnosząc się do tego stwierdzenia należy wskazać, że Prezes Urzędu nie odmawia zakładowi ubezpieczeń prawa do kalkulowania wysokości składki w stosunku do ryzyka. W analizowanym przypadku problem jednak tkwi w tym, że konsument ubezpieczając się np. na wypadek ciężkiej choroby, w tym zawału serca, nie ma świadomości, że ubezpieczeniem objęta jest jedynie część przypadków zawału serca, tj. takich, gdzie wystąpi patologiczny załamek Q. O ile jeszcze można przewidzieć sytuację, że ubezpieczając

się indywidualnie, konsument otrzyma informację, że może ubezpieczyć się od „zwykłego” zawału (gdzie jak można przyjąć, w świetle zacytowanego wyżej zdania PZU, składka będzie wyższa) i od zawału „z załamkiem Q”, za niższą składkę, o tyle, przy ubezpieczeniach grupowych, taka sytuacja jest praktycznie niemożliwa. Zdaniem Prezesa Urzędu, przeciętny konsument zwraca uwagę na zakres ubezpieczenia oraz na wysokość składki, jaką musi zapłacić. Nawet, jeśli zapozna się z kwestionowaną definicją, nie może mieć wiedzy o tym, że definicja zawału narzucona przez PZU jest nieadekwatna do współczesnej wiedzy medycznej i że w istocie prowadzi do objęcia ochroną ubezpieczeniową jedynie szczególnych, rzadziej występujących przypadków.

Nawet świadomy, uważny, ostrożny i zorientowany konsument, zawierający – w szczególności - umowę grupowego ubezpieczenia nie ma podstaw do łączenia ewentualnej, niższej składki z ograniczonym – jak się okazuje w chwili, gdy żąda wypłaty odszkodowanie – zakresem odpowiedzialności PZU, zakodowanym w kwestionowanej definicji.

Skoro w istocie definicja podana przez PZU jest dla przeciętnego konsumenta, działającego w zaufaniu do zakładu ubezpieczeń, zgodna z aktualnym stanem wiedzy medycznej, to może on sądzić, że zawierając umowę ubezpieczenia jest również ubezpieczony na wypadek wystąpienia zawału serca. Nawet argumentacja zakładu ubezpieczeń wskazująca na niższą składkę przy zawale z załamkiem Q, nie jest okolicznością która mogłaby niwelować wprowadzający w błąd charakter opisanej praktyki.

Wobec powyższego, w ocenie Prezesa Urzędu, zachodzą przesłanki uzasadniające uznanie opisanego powyżej zachowania Spółki PZU za nieuczciwą praktykę rynkową wprowadzającą w błąd. Działanie to, polegające na posługiwaniu się analizowaną definicją zawału serca, zawartą w ogólnych warunkach ubezpieczenia, wprowadzało konsumentów w błąd co do rzeczywistego zakresu udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, a co za tym idzie - mogło powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął i prowadzić do zniekształcenia zachowania przeciętnego konsumenta przed zawarciem umowy.

Klauzula generalna nieuczciwej praktyki rynkowej (art. 4 ust. 1 upnr) wymaga także uznania, iż dana praktyka rynkowa narusza dobre obyczaje. Dobre obyczaje pozostają klauzulą generalną, która podlega konkretyzacji na okoliczność danego stanu faktycznego. Zgodnie z poglądem doktryny „sprzeczne z dobrymi obyczajami są działania, które zmierzają do niedoinformowania, dezorientacji, wywołania błędnego przekonania u klienta, wykorzystania jego niewiedzy lub naiwności (...), czyli takie działanie, które potocznie określone jest jako nieuczciwe, nierzetelne, odbiegające *in minus* od przyjętych standardów postępowania” (K. Pietrzykowski, red., Kodeks cywilny. Komentarz, Warszawa 2002 r., s. 804). W niniejszej sprawie dobre obyczaje należy ocenić jako prawo do rzetelnej i pełnej informacji, jaką profesjonalista – zakład ubezpieczeń, powinien kierować do przeciętnego konsumenta (dostatecznie poinformowanego, ostrożnego i uważnego). Naruszenie tak rozumianych dobrych obyczajów zostało dokonane przez Spółkę PZU poprzez posługiwanie się definicją zawału serca, która jest nieadekwatna do aktualnej wiedzy medycznej.

Naganność omawianego działania zakładu ubezpieczeń jest tym większa, że jedną z charakterystycznych cech umowy ubezpieczenia jest zasada najwyższego zaufania stron umowy. Zarówno od zakładu ubezpieczeń, jak i od ubezpieczającego wymaga się szczególnej lojalności i zaufania przy zawieraniu oraz wykonywaniu zawartej umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel, dokonując oceny ryzyka, co przekłada się bezpośrednio na wysokość składki ubezpieczeniowej, bierze pod uwagę informacje udzielone przez ubezpieczającego. Prawdziwość udzielonych informacji ma znaczenie nie tylko dla zakładu ubezpieczeń, ale także dla samego ubezpieczającego, ponieważ konsekwencje podania nieprawdziwych informacji mogą być dla niego szczególnie dotkliwe, w postaci nieważności umowy lub zwolnienia ubezpieczyciela z odpowiedzialności (art. 815 k.c.). Zdaniem Prezesa UOKiK w

sytuacji, gdy konsument zachowuje się lojalnie w stosunku do zakładu ubezpieczeń, ma prawo oczekiwać wzajemności w tej mierze. Oczekiwanie, że Spółka PZU zachowuje się w stosunku do ubezpieczającego lojalnie jest więc jak najbardziej zasadne. Należy jednak dodać, że szczególne powinności ciążyą na zakładzie ubezpieczeń nie tylko dlatego, że umowa ubezpieczenia jest kontraktem szczególnego zaufania, ale także stąd, że w relacji z konsumentem, PZU występuje jako profesjonalista i wymaga się od niego wypełnienia ze szczególną starannością obowiązku udzielania konsumentom rzetelnej informacji dotyczącej zawieranej umowy. Profesjonalista zobowiązany jest bowiem poinformować swojego kontrahenta, czyli konsumenta, będącego z zasady słabszą stroną stosunku umownego, o istotnych okolicznościach dotyczących kontraktu - w sposób prawdziwy, rzeczowy i kompletny, co jest cechą generalną prawa umów i wypływa z obowiązku lojalnego kontraktowania (vide: E. Łętowska, *Prawo umów konsumenckich*, Warszawa 2002, str. 215 i nast.).

Wobec powyższego, w ocenie Prezesa Urzędu, działania PZU Życie SA należy uznać za nieuczciwą praktykę rynkową, sprecyzowaną w art. 5 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 uopnpr. Tym samym spełniona została pierwsza z przesłanek warunkujących możliwość stwierdzenia stosowania przez przedsiębiorcę praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, tj. przesłanka bezprawności działań.

Ad b) W tej części należy wskazać, w jakim zakresie zakwestionowane postanowienie, uznane za bezprawne, godzi w interes konsumentów. Formułując definicję zawału serca niezgodną z aktualną wiedzą medyczną, PZU Życie SA postąpiło nielojalnie w stosunku do konsumentów, którzy zawarli umowę na wypadek wystąpienia ciężkiej choroby lub trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym. W rozumieniu przeciętnego konsumenta zawał serca jest chorobą o wyraźnych objawach, niebudzącą wątpliwości w diagnozie. Nie bez znaczenia jest też okoliczność, że zawał serca jest jedną z najczęściej występujących jednostek chorobowych w społeczeństwie i znaną medycynie od wielu lat. O ile ubezpieczając się od chorób rzadko występujących, o niezbadanym przebiegu, trudnych do zdiagnozowania, przeciętny konsument może mieć szereg wątpliwości co do ryzyka objętego ubezpieczeniem i zakresu odszkodowania, na jakie może liczyć, o tyle przy zawale serca takie dylematy są minimalne. Przeciętny konsument ma bowiem ogólne wyobrażenie na czym polega i czym objawia się zawał serca. W tych okolicznościach, zdaniem Prezesa Urzędu, przeciętny konsument, będący zainteresowany objęciem ochroną ubezpieczeniową przez PZU mógł spodziewać się, że w sytuacji zachorowania na zawał serca otrzyma świadczenie ubezpieczeniowe. Skutek wystąpienia z roszczeniem był jednakże taki, jak przedstawiono w skargach nadesłanych w toku postępowania przez Rzecznika Ubezpieczonych: zakład ubezpieczeń odmawiał wypłaty odszkodowania - mimo że nie kwestionował faktu, że ubezpieczony doznał zawału serca, wskazując, że rozpoznana jednostka chorobowa nie spełnia jednego z trzech warunków definicji zawału serca, tj. nie pojawił się patologiczny załamek Q. W ocenie Prezesa UOKiK o tym, że ubezpieczeni czuli się wprowadzeni w błąd nieuczciwą praktyką rynkową stosowaną przez Spółkę PZU świadczą skargi nadsyłane do Rzecznika Ubezpieczonych oraz fakt, że na przestrzeni lat 2007-2009 miało miejsce (**tajemnica przedsiębiorstwa**) postępowań przed sądami powszechnymi, gdzie spór powstał w związku z odmową wypłaty odszkodowania przez PZU, na skutek tego, że zaistniały zawał serca nie spełniał przesłanek określonych w zakwestionowanej definicji.

Przedstawiony stan rzeczy uzasadnia twierdzenie, że swoim działaniem PZU Życie SA godziła w interes konsumentów, nie tylko ekonomiczny (brak należnego odszkodowania), ale również osobisty, niematerialny. Przeciętny konsument mógł się bowiem czuć potraktowany nieuczciwie i nielojalnie, jeśli zatajono przed nim informację o tym, że

ubezpieczenie dotyczy jedynie części możliwych przypadków zawału serca, podczas gdy opłacał składki w przeświadczeniu, że jest ubezpieczony od ryzyka jednej z najczęściej występujących chorób cywilizacyjnych.

Stosowanie postanowień wzorców umowy sprzecznych z bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa może być uznane za niedozwoloną praktykę opisaną w art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów pod warunkiem, iż zachowania te naruszają zbiorowy interes konsumentów.

Mówiąc o „zbiorowym interesie konsumentów” należy zaznaczyć, iż ustawa o ochronie (...) nie podaje jego definicji, wskazuje w art. 24 ust. 3, że nie jest nim suma indywidualnych interesów konsumentów. O tym, czy naruszony został interes zbiorowy, nie zawsze przesądza kryterium ilościowe, ponieważ niekiedy jeden ujawniony przypadek naruszenia prawa konsumenta może być przejawem często lub nawet powszechnie stosowanej praktyki naruszającej interes zbiorowy.

Na stronie internetowej Rzecznika Ubezpieczonych (www.rzu.gov.pl), zawarto następującą informację: „Pierwsze półrocze 2010 r. przyniosło zmiany w klasyfikacji największych (pod względem wartości sprzedaży) towarzystw ubezpieczeń na życie. Pierwsza piątka pod względem udziału w rynku mierzonym ilością zebranej składki przedstawiała się w tym okresie następująco: PZU Życie, TUnŻ Europa, TUiR Allianz Życie, TUnŻ Warta oraz ING TUnŻ - podaje »Gazeta Ubezpieczeniowa« (www.gu.com.pl z dnia 3 września 2010 r.) za Komisją Nadzoru Finansowego. Pozycję lidera w segmencie życiowym utrzymał PZU Życie (3 mld 722,31 mln zł składki).” Z tej informacji wynika, że PZU jest jednym z największych, o ile nie największym zakładem ubezpieczeń w Polsce.

W niniejszej sprawie PZU zawarło zaś z konsumentami ok. **(tajemnica przedsiębiorstwa)** umów z wykorzystaniem zakwestionowanych przez Prezesa Urzędu postanowień wzorców umowy (w zakresie załamka Q). Podkreślić należy, iż mamy zatem do czynienia z naruszeniem praw licznej grupy konsumentów – to jest tych wszystkich konsumentów będących już klientami PZU Życie S.A. w związku z prowadzoną przez przedsiębiorcę działalnością, jak i potencjalnych zainteresowanych, którzy mogą zawrzeć z nim umowę ubezpieczeniową. W rozpatrywanym stanie faktycznym postępowanie PZU Życie S.A. nie dotyczy interesów poszczególnych osób, których sprawy mają charakter jednostkowy, indywidualny i nie dający się porównać z innymi, lecz mamy do czynienia z naruszonymi uprawnieniami określonego kręgu konsumentów, których sytuacja jest identyczna i wspólna dla całej, licznej grupy obecnych i przyszłych kontrahentów przedsiębiorcy.

Spełniona zatem została druga z przesłanek, niezbędna do stwierdzenia praktyki naruszenia zbiorowych interesów konsumentów.

Wobec wypełnienia dyspozycji obu przesłanek niezbędnych do stwierdzenia stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, o której mowa w art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt 3 ustawy o ochronie (...), należało orzec, jak w pkt II osnowy decyzji.

Decyzja o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe interesy konsumentów i nakazująca zaniechanie jej stosowania.

Dyspozycja art. 27 ust. 1 i ust. 2 ustawy o ochronie (...) stanowi, iż nie wydaje się decyzji o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe interesy konsumentów i nakazującej zaniechanie jej stosowania, jeżeli przedsiębiorca zaprzestał stosowania praktyki. W takim przypadku Prezes Urzędu wydaje decyzję o uznaniu praktyki za naruszającą zbiorowe interesy konsumentów i stwierdza zaniechanie jej stosowania.

Taka sytuacja ma miejsce w niniejszej sprawie, gdyż Prezes Urzędu stwierdził, że praktyka opisana w pkt II osnowy, miała charakter czasowy, a jej stosowanie zostało

zaniechane z dniem 1 czerwca 2010 r., tj. z dniem wejścia w życie uchwały nr UZ 137/2010 Zarządu PZU na Życie SA z dnia 13 maja 2010 w sprawie zmiany ogólnych warunków:

- 1) indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie Pewnym Krokiem;
- 2) indywidualnego ubezpieczenia na życie Spokój Najbliższych;
- 3) indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Twoje Marzenia;
- 4) indywidualnego ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na życie dowolnej osoby Uśmiech Dziecka;
- 5) indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie ze składką płatną jednorazowo Twoje Marzenia;
- 6) indywidualnego ubezpieczenia zaopatrzenia dzieci na życie dowolnej osoby ze składką płatną jednorazowo Uśmiech Dziecka;
- 7) dodatkowego indywidualnego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby;
- 8) dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby;
- 9) dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym;
- 10) indywidualnego ubezpieczenia na życie i zdrowie Opieka Medyczna;
- 11) indywidualnego ubezpieczenia szpitalnego Opieka Medyczna.

Po przeanalizowaniu otrzymanych w dniu 4 października 2010 r. załączników do uchwały nr UZ 137/2010 Prezes Urzędu stwierdził, że - objęta zarzutem postępowania - treść definicji zawału serca, zgodnie z którą uznanie jednostki chorobowej za zawał serca uzależnione jest od „Pojawienia się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem)”, została zmieniona.

Tym samym uznać należy, iż PZU na Życie SA zaniechała stosowania zakazanej praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, a zatem, mając powyższe na uwadze należało orzec, jak w pkt II sentencji.

Ad III. Kara pieniężna.

Zgodnie z art. 106 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie (...), Prezes Urzędu może nałożyć na przedsiębiorcę, w drodze decyzji karę pieniężną w wysokości nie większej niż 10 % przychodu osiągniętego w roku rozliczeniowym poprzedzającym rok nałożenia kary, jeżeli przedsiębiorca ten, choćby nieumyślnie dopuścił się stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów w rozumieniu art. 24 .

Z treści ww. przepisu wynika, iż kara ma charakter fakultatywny, a w związku z tym Prezes Urzędu w ramach uznania administracyjnego decyduje, czy zasadne jest w danej sprawie nałożenie kary i w jakiej wysokości. Ustawa nie zawiera katalogu przesłanek, od których uzależniona jest decyzja o nałożeniu kary. W art. 111 ustawy o ochronie (...) wskazuje się jedynie, iż ustalając wysokość kary Prezes Urzędu winien wziąć pod uwagę okres, stopień oraz okoliczności naruszenia przepisów ustawy, a także uprzednie naruszenie przepisów ustawy.

W rozpatrywanej sprawie stwierdzono, że PZU Życie S.A. naruszyła zakaz, o którym mowa w art. 24 ust. 1 i ust. 2 pkt 3 ustawy o ochronie (...). Zakaz ten ma charakter bezwzględny, tym samym nie istnieją przesłanki natury prawnej, które umożliwiały zalegalizowanie tych praktyk. Spełniona jest zatem podstawowa przesłanka warunkująca nałożenie kary pieniężnej. Prezes Urzędu uznał więc za uzasadnione w niniejszej sprawie, wobec uznania, iż Spółka PZU stosowała praktykę opisaną w punkcie II sentencji decyzji, nałożenie na nią kary pieniężnej.

Dopuszczenie się naruszenia przepisów ustawy może nastąpić zarówno umyślnie (tj. kiedy przedsiębiorca miał taki zamiar), jak też i nieumyślnie (tj. kiedy przedsiębiorca nie miał na celu działania niezgodnego z normami wynikającymi z przepisów tej ustawy). Kara pieniężna może zostać nałożona także w przypadku, gdy przedsiębiorca „choćby nieumyślnie” dopuścił się określonego czynu (art. 106 ust. 1 ustawy o ochronie [...]). Oznacza to, że kara może być nałożona, także wtedy, gdy po stronie przedsiębiorcy nie będzie występować wina, rozumiana jako świadomość bezprawności zachowania.

Następnie, nakładając karę pieniężną określoną w art. 106 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie (...), Prezes Urzędu wziął pod uwagę konieczność spełnienia przesłanek podmiotowych, tj. stwierdzenia, że określone w ww. przepisie naruszenie dokonane było co najmniej nieumyślnie. Konieczność brania pod uwagę tej przesłanki w przypadku stosowania kar pieniężnych określonych w art. 106 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie (...) wynika bezpośrednio z treści tego przepisu.

Zgodnie z art. 83 Konstytucji RP, każdy ma obowiązek przestrzegania prawa Rzeczypospolitej Polskiej. Obowiązek znajomości i przestrzegania norm prawa ciąży tym bardziej na profesjonalnych uczestnikach obrotu rynkowego. Podmioty profesjonalnie działające na rynku powinny przewidywać, że podejmowane przez nie działania mogą być uznane przez Prezesa Urzędu za praktykę naruszającą zbiorowe interesy konsumentów. Jeżeli przedsiębiorcy mimo to naruszają reguły chroniące zbiorowe interesy konsumentów, uzasadnione jest zastosowanie wobec nich kar pieniężnych już wówczas, gdy mieli możliwość przewidzenia, że ich działania naruszają prawo lub gdy nie dołożyli należytej staranności, by norm prawa ochrony konsumentów nie naruszyć. Jak już wyżej wskazano, wymagania stawiane przez konsumentów zakładowi ubezpieczeń są nawet wyższe niż w stosunku do innych profesjonalistów, z racji tego, że umowa ubezpieczenia jest kontraktem szczególnego zaufania.

PZU Życie SA, formułując definicję zwału serca stosowaną przy zawieraniu umów z konsumentami, powinna zadbać, by odpowiadała ona aktualnej wiedzy medycznej. Ponadto, PZU powinna uwzględnić wszelkie okoliczności dotyczące przekazywanej we wzorcu informacji, w tym także potrzebę ochrony interesów konsumentów, rozumianych jako prawo do niewprowadzającej w błąd informacji, przy jednoczesnym uwzględnieniu – choćby teoretycznej - możliwości naruszenia zbiorowych interesów konsumentów.

Należy jednak przyznać, że zgromadzony materiał dowodowy nie wskazuje jednoznacznie, że PZU działała z zamiarem wyraźnego i bezpośredniego naruszenia zbiorowych interesów konsumentów. W świetle tych okoliczności, zasadne jest stwierdzenie, że działanie Strony postępowania, opisane w pkt II osnowy decyzji, miało charakter nieumyślny.

Fakt nałożenia kary podkreślać ma naganność zachowania podmiotu, który dopuścił się stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, a tym samym naruszył ustawę o ochronie konkurencji i konsumentów. Kara pieniężna nakładana przez Prezesa Urzędu pełni funkcję represyjną, prewencyjną oraz edukacyjną. Funkcja represyjna ma stanowić dolegliwość dla przedsiębiorcy łamiącego prawo oraz ma na celu przymuszenie go do powstrzymania się od podobnych działań. Funkcja prewencyjna oraz edukacyjna mają na celu powstrzymanie przedsiębiorcy stosującego praktykę oraz innych przedsiębiorców przed stosowaniem w przyszłości tego typu praktyk w obrocie z konsumentami. W kontekście powyższego trzeba wskazać, iż zakwestionowane przez Prezesa Urzędu postanowienia umowne znajdują się aż w około 200 074 umowach zawartych z konsumentami.

Podstawą obliczenia wysokości kary, o której mowa w pkt III sentencji decyzji, jest przychód osiągnięty przez PZU Życie SA w roku poprzedzającym rok nałożenia kary tj. kwota (**tajemnica przedsiębiorstwa**) (dane wg: technicznego rachunku ubezpieczeń na życie za okres 01.01.2009 – 31.12.2009 – karta 60).

Ustalając wymiar kary pieniężnej Prezes Urzędu w pierwszej kolejności dokonał oceny wagi stwierdzonej praktyki. W ocenie Prezesa Urzędu, wskazane w pkt. II sentencji decyzji naruszenie przez Spółkę zbiorowych interesów konsumentów nie sposób uznać za nieistotne, co uzasadniałoby odstąpienie przez Prezesa Urzędu od nałożenia na Spółkę kary.

Ustalenie kary w przedmiotowej sprawie miało charakter wieloetapowy, co spowodowane było zaistnieniem w postępowaniu okoliczności mających wpływ na jej wysokość. Ustalając wymiar kary pieniężnej Prezes Urzędu w pierwszej kolejności dokonał oceny wagi stwierdzonych praktyk i na tej podstawie ustalił kwotę bazową, stanowiącą podstawę do dalszych ustaleń wysokości kary, a następnie – w oparciu o zaistniałe w sprawie okoliczności mające wpływ na wysokość kary – dokonał gradacji ustalonej kwoty bazowej.

W powyższym kontekście wzięto pod uwagę, iż praktyka stosowana przez PZU Życie SA godziła w zbiorowe interesy konsumentów na etapie zawierania kontraktu: zakład ubezpieczeń ukształtował definicję zawału serca w sposób, który był nie tylko niezgodny z aktualną wiedzą medyczną, ale także wprowadzał konsumentów w błąd co do rzeczywistego zakresu udzielonej ochrony ubezpieczeniowej. Takie działanie PZU Życie SA mogło powodować podjęcie przez przeciętnego konsumenta decyzji dotyczącej umowy, której inaczej by nie podjął i prowadzić do zniekształcenia zachowania przeciętnego konsumenta na etapie zawierania umowy.

Ogólne warunki ubezpieczenia, zawierające kwestionowaną definicję miały zastosowanie do umów zawieranych od sierpnia 2007 r. Niniejsze postępowanie zostało wszczęte w dniu 1 marca 2010 r., co mogłoby świadczyć o długotrwałym okresie naruszenia interesów konsumentów.

Powyższe pozwoliło Prezesowi Urzędu na dokonanie oceny stwierdzonego naruszenia i oszacowanie jego wagi naruszenia na poziomie **(tajemnica przedsiębiorstwa)**% przychodu osiągniętego przez Spółkę w 2009 r., tj. **(tajemnica przedsiębiorstwa)** zł (po zaokrągleniu do 1 zł).

Ustalając karę wzięto pod uwagę fakt, iż naruszenie przez Spółkę zbiorowych interesów konsumentów polegało na posługiwaniu się we wzorcach umownych (stosowanych przy zawieraniu umów z konsumentami) definicją zawału serca, zgodnie z którą uznanie jednostki chorobowej za zawał serca uzależnione jest od „Pojawienia się patologicznego załamka Q w EKG (nieobecnego przed zdarzeniem)”, podczas gdy zawał serca powstaje także wtedy, gdy załamek Q się nie pojawi, które to działanie może wprowadzać konsumentów w błąd, co do przypadków udzielenia ochrony ubezpieczeniowej, a tym samym stanowić praktykę rynkową, opisaną w art. 5 ust. 1 i ust. 2 pkt 2 ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym.

Jak wyżej wykazano, posługiwanie się zakwestionowaną definicją pozwalało ubezpieczycielowi swobodnie kształtować zakres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. W pewnych przypadkach, w oparciu o obowiązującą w OWU definicję, ubezpieczyciel mógł uchylić się od obowiązku wypłaty odszkodowania. Jak ustalono w obrębie tylko jednego wzorca umowy pn. „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby”, PZU Życie SA odmówiło wypłaty w 2140 przypadkach (na przestrzeni dwóch i pół roku). Trudna do wskazania jest liczba pozostałych przypadków odmowy wypłaty należnego odszkodowania, gdzie podstawą były wzorce umów pn. „Ogólne warunki dodatkowego grupowego ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego zawałem serca lub krwotokiem śródmózgowym”. Należy dostrzec, że w latach 2007-2009 było lub jest prowadzonych 85 spraw sądowych, gdzie przedmiot sporu dotyczy odmowy wypłaty odszkodowania z powodu niewystąpienia załamka Q w przebytym zawałe serca.

W sposób istotny zatem analizowana definicja zawału serca opracowana przez PZU, wpływała na sferę uprawnień słabszej strony nawiązywanego przez ubezpieczyciela stosunku

prawnego – konsumenta. W konsekwencji jej stosowania dochodziło do unicestwienia przysługujących ubezpieczonemu uprawnień - roszczeń finansowych. Z drugiej strony, wskutek stosowania definicji kwestionowanej w pkt II osnowy decyzji, PZU Życie SA uzyskała realny przychód, ponieważ w **(tajemnica przedsiębiorstwa)** przypadkach odmówiła wypłaty odszkodowania za wystąpienie zawału serca z tego powodu, że faktyczna choroba osoby ubezpieczonej nie odpowiadała opracowanej przez PZU, a zakwestionowanej przez Prezesa UOKiK definicji (przy czym ta liczba dotyczy OWU grupowego ubezpieczenia na wypadek ciężkiej choroby).

Dokonując ustalenia ostatecznego wymiaru kary pieniężnej nałożonej na PZU rozważono również zastosowanie zaistniałych w postępowaniu okoliczności łagodzących, jak i zaostrzających wymiar kary. Prezes Urzędu uwzględniając poszczególne ww. okoliczności miał na uwadze całokształt zebranego w postępowaniu materiału dowodowego.

W przedmiotowej sprawie okolicznością łagodzącą, mającą wpływ na wymiar kary, był fakt zaniechania przez przedsiębiorcę stosowania praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów poprzez podjęcie – powołanej już wyżej – w dniu 13 maja 2010 r. przez Zarząd PZU na Życie SA uchwały nr UZ 137/2010 w sprawie zmiany ogólnych warunków (...).

Uwzględnienie okoliczności łagodzącej wymiar kary pieniężnej spowodowało jej obniżenie o **(tajemnica przedsiębiorstwa)%**. Również aktywne współdziałanie z Prezesem UOKiK w trakcie postępowania - co pozwoliło na sprawne jego przeprowadzenie - uzasadnia zmniejszenie kwoty bazowej o **(tajemnica przedsiębiorstwa)%**.

Jako okoliczność obciążającą Prezes Urzędu przyjął ogólnopolski zasięg stwierdzonych naruszeń. PZU SA prowadzi działalność na terenie całego kraju, oferując konsumentom: potencjalnym i faktycznym ubezpieczającym ogólne warunki ubezpieczenia, które zawierają kwestionowane postanowienia. Wzorce obowiązywały na terenie całej Rzeczypospolitej Polskiej. Ta przesłanka powoduje zwiększenie kary o **(tajemnica przedsiębiorstwa)%**.

Uwzględnienie wskazanych powyżej okoliczności zaostrzających oraz łagodzących wymiar kary pieniężnej spowodowało jej obniżenie o **(tajemnica przedsiębiorstwa)%**, to jest o kwotę **(tajemnica przedsiębiorstwa) zł** - do kwoty (po zaokrągleniu) **(tajemnica przedsiębiorstwa) zł**. Taka jest zatem wysokość kary pieniężnej za stosowanie praktyki naruszającej zbiorowe interesy konsumentów, opisanej w pkt II sentencji decyzji.

Po myśli art. 106 ust. 1 pkt 4 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, maksymalną karą, jaką mógłby w niniejszej sprawie zastosować Prezes Urzędu byłaby kara na poziomie 10% przychodu uzyskanego przez PZU na Życie SA w 2009 roku, to jest kara w wysokości **(tajemnica przedsiębiorstwa)zł**.

Zdaniem Prezesa Urzędu, tak określona kara spełni zarówno rolę represyjną, jako sankcja i dolegliwość za naruszenie przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, jak i prewencyjną, zapobiegając ponownemu ich naruszeniu. Nie bez znaczenia jest też jej walor wychowawczy, w tym wymiar ogólny, odstraszący dla innych przedsiębiorców działających w branży przed podobnym naruszeniem słuszych interesów konsumentów.

Kara pieniężna orzeczona w niniejszej decyzji stanowi w zaokrągleniu **(tajemnica przedsiębiorstwa)%** przychodu przedsiębiorcy za rok 2009 r. czyli **(tajemnica przedsiębiorstwa)%** kary, jaka mogłaby być w tym przypadku nałożona.

Przyjmując wspomniane ww. wcześniej okoliczności naruszenia przepisów ustawy o ochronie (...), jak również fakt, iż kara winna być orzekana na poziomie wystarczającym do osiągnięcia zamierzonego celu i odczuwalna dla przedsiębiorcy, Prezes Urzędu postanowił nałożyć karę w wysokości określonej, **jak w punkcie III sentencji decyzji**.

Zgodnie z art. 112 ust. 3 ustawy o ochronie (...) karę pieniężną należy uiścić w terminie 14 dni od dnia uprawomocnienia się niniejszej decyzji na konto Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów: **NBP O/O Warszawa 511010100078782231000000**.

Wobec powyższego, Prezes Urzędu orzekł, jak w sentencji niniejszej decyzji.

Pouczenie: Stosownie do treści art. 81 ust 1 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, w związku z art. 479²⁸ § 2 k.p.c., od niniejszej decyzji przysługuje stronie 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 we Wrocławiu.

Z up. Prezesa UOKiK
Dyrektor Delegatury
Zbigniew Jurczyk

Otrzymują:

Pan
Jarosław Wójcik - radca prawny
PZU na Życie S.A.
al. Jana Pawła II 24
00 – 133 Warszawa