



Sygn. akt IV CSK 711/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 16 września 2016 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Grzegorz Misiurek (przewodniczący)

SSN Anna Owczarek (sprawozdawca)

SSN Kazimierz Zawada

w sprawie z powództwa J. L. i [...] Bank Spółki Akcyjnej [...] przeciwko [...] Towarzystwu Ubezpieczeń [...] o zapłatę, po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Cywilnej w dniu 16 września 2016 r., skargi kasacyjnej strony powodej [...] Bank Spółki Akcyjnej [...] od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 7 maja 2015 r.,

uchyla zaskarżony wyrok w części dotyczącej oddalenia apelacji powoda [...] Bank Spółki Akcyjnej [...] i w tym zakresie przekazuje sprawę Sądowi Apelacyjnemu do ponownego rozpoznania, pozostawiając temu Sądowi rozstrzygnięcie o kosztach postępowania kasacyjnego.

UZASADNIENIE

Powód J. L. wniósł o zasądzenie od pozwanego [...] Towarzystwa Ubezpieczeń [...] S.A. kwoty 250.000 zł z ustawowymi odsetkami tytułem

świadczenia z umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców Hipotecznych udzielanych przez [...]bank. Pozwany podniósł zarzut braku legitymacji czynnej wobec dokonania przez powoda przelewu wierzytelności na rzecz ubezpieczającego [...]bank [...]bank SA Oddział w Polsce. Sąd na wniosek powoda zawiadomił o toczącym się procesie następcę prawnego [...]bank [...]bank SA - [...] Bank S.A. z siedzibą [...], który na podstawie art. 196 § 2 k.p.c. zgłosił przystąpienie do sprawy w charakterze powoda. Pozwany nie wyraził zgody na wstąpienie [...] Bank S.A. w miejsce dotychczasowej strony powodowej.

W tak ukształtowanej sytuacji procesowej powód J. L. zmienił żądanie pozwu w ten sposób, że wniósł o zasądzenie od pozwanego kwoty 263.538,70 zł z ustawowymi odsetkami na rzecz [...] Bank S.A. Powód [...] Bank S.A. wniósł o zasądzenie od pozwanego kwoty 263.538,70 zł z ustawowymi odsetkami na swoją rzecz.

Wyrokiem z dnia 3 listopada 2014 r. Sąd Okręgowy oddalił oba powództwa. Wyrokiem z dnia 7 maja 2015 r. Sąd Apelacyjny oddalił apelacje powodów.

Podstawa faktyczna rozstrzygnięć sądów obu instancji była tożsama. Ustalono, że J. L. z żoną zawarł w dniu 7 maja 2009 r. z [...]bank [...]bank SA Oddział w Polsce umowę o kredyt hipoteczny w kwocie 500.000 zł. Równolegle kredytobiorca J. L. przystąpił do Grupowego Ubezpieczenia na Życie Kredytobiorców Hipotecznych udzielanych przez [...]BANK. Zdarzeniami objętymi ubezpieczeniem była śmierć albo całkowita trwała niezdolność do pracy kredytobiorcy. W ogólnych warunkach ubezpieczenia „uprawniony” został zdefiniowany jako „ubezpieczający, ubezpieczony uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego”, w dalszych postanowieniach o.w.u. wskazano, że uprawnionym do świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy jest ubezpieczony. W umowie ubezpieczenia i deklaracji przystąpienia kredytobiorcy oznaczono jako ubezpieczającego Bank, jako ubezpieczonego powoda (kredytobiorcę). Opłaty związane z obsługą ubezpieczenia bank pobierał z rachunku oszczędnościowo-rozliczeniowego służącego do obsługi kredytu. W deklaracji zawarte zostało oświadczenie ubezpieczonego o treści: „Informuję ubezpieczyciela,

że przelewam na Bank moje prawo do świadczenia z tytułu całkowitej trwałej niezdolności do pracy zarobkowej w wyniku nieszczęśliwego wypadku przysługujące mi zgodnie z OWU kod KHPol01/08 do wysokości rzeczywistego salda zadłużenia z tytułu umowy kredytu. Przelew jest skuteczny od dnia zawarcia umowy kredytu do dnia jego spłaty”. Sąd Apelacyjny podzielił stanowisko sądu pierwszej instancji, że powyższa cesja dotycząca wierzytelności przyszłej o charakterze warunkowym doprowadziła do jej przeniesienia z chwilą zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. W ocenie Sądu oznacza to, że cedent po dacie powstania niezdolności do pracy zachował legitymację do wytoczenia powództwa o świadczenie wyłącznie na rzecz cesjonariusza, który miałby obowiązek je zaliczyć na poczet spłaty kredytu. Powód J. L. uległ w dniu 22 kwietnia 2012 r. wypadkowi komunikacyjnemu i kolejnymi orzeczeniami lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych został uznany za całkowicie niezdolnego do pracy w następstwie wypadku od dnia jego zajścia do dnia 31 maja 2013 r., następnie do dnia 31 maja 2015 r. Zdaniem Sądu nie została wykazana przesłanka wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego polegająca na całkowitej i trwałej niezdolności do pracy, której definicję sformułowano następująco: „Niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, spowodowana nieszczęśliwym wypadkiem; całkowita trwała niezdolność do pracy określana jest przez ubezpieczyciela po upływie okresu wskazanego wyżej, na podstawie decyzji organu rentowego (ZUS) i/lub dokumentacji medycznej potwierdzającej całkowity i trwały charakter niezdolności do pracy, co oznacza niemożność wykonywania przez ubezpieczonego w przewidywalnej przyszłości jakiejkolwiek pracy lub działalności, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie, lub która przynosiłaby dochód” (pkt I ppkt 1 Postanowień ogólnych o.w.u.). Sąd drugiej instancji, podziеляjąc stanowisko Sądu Okręgowego co do niespełnienia przez ubezpieczonego tak oznaczonej przesłanki całkowitej trwałej niezdolności do pracy, dokonał częściowo odmiennej oceny prawnej. Nie dopatrywał się sprzeczności treści wskazanego pkt I (błędnie oznaczając go jako § 1) ppkt 1 o.w.u. z art. 385 § 2 k.c., nakazującym formułowanie wzorca umowy jednoznacznie i w sposób zrozumiały. Oceniając definicję w aspekcie tego przepisu sąd

przyznał wprawdzie, że sformułowano ją w skomplikowany sposób, niełatwy do percepcji i analizy, jednak uznał, że nie można przyjąć jej niejednoznaczności lub wewnętrznej sprzeczności. Stwierdził, że elementy definicji nie są „konkretne lub językowo uchwytnie”, ale pojęcia nieostre powinny być wykładane „w zgodzie z tożsamymi pojęciami występującymi w prawie polskim”. Przyjął w związku z tym, że można wyodrębnić przesłanki całkowitej i trwałej niezdolności do pracy: (1) trwanie nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy, (2) istnienie związku z nieszczęśliwym wypadkiem, (3) niemożność osiągnięcia w tym czasie jakiegokolwiek dochodu (całkowita niezdolność), (4) konieczność potwierdzenia tych okoliczności decyzją ZUS i/lub inną równoważną dokumentacją medyczną, (5) konieczność uprawdopodobnienia dłuższej perspektywy tego stanu rzeczy (jego trwałości). Odwołując się do wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2013 r., IV CSK 91/13 wskazał na konieczność odróżnienia pojęć „trwała” i „całkowita” utrata zdolności do pracy, przy czym pierwsza odnosi się do czasu trwania i może być trwała lub terminowa, druga - stopień utraty. Uznał, że przesłanka „trwałości” powinna być analizowana w kontekście art. 13 ust. 1, 2 i 3 ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Zgodnie z art. 13 ust. 3 niezdolność do pracy orzeka się na okres nie dłuższy niż 5 lat, chyba że według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy przed upływem tego okresu, a art. 13 ust. 2 wskazuje, że, z zastrzeżeniem ust. 3, niezdolność do pracy orzeka się na okres nie dłuższy niż trzy lata. Z regulacji tej wywiódł wniosek, że trwała niezdolność do pracy w rozumieniu ustawy oznacza stan, który według wiedzy medycznej nie rokuje w przyszłości odzyskania zdolności do pracy, zatem przesądzałyby o niej decyzja bezterminowa lekarza orzecznika ZUS. Skoro orzeczenia co do niezdolności do pracy były wydawane na okres jednego roku należy - w ocenie sądu - domniemywać, że istnieje niepewność co do dalszego stanu zdrowia i rokowań. O trwałej niezdolności do pracy można mówić w perspektywie dłuższej niż pięć lat, a taki termin z żadnego przedstawionego dokumentu nie wynika. Sąd zwrócił uwagę na treść wewnętrznej dokumentacji zakładu ubezpieczeń w postaci konsultacji lekarza, która miała wskazywać na możliwość wyzdrowienia i odzyskania niezdolności do pracy. Podkreślił, że kredyt zaciągnięty przez J. L. podlegał spłacie w trzystu ratach, zatem istniejący w dacie

orzekania przez sąd pierwszej instancji okres niezdolności, wynoszący dwa lata i dwieście trzydzieści dni, „nie wyczerpuje horyzontów narzuconych przez umowę i art. 385² k.c.”. Sąd drugiej instancji dokonał oceny zrozumiałości definicji „całkowitej trwałej niezdolności do pracy” na podstawie art. 385 k.c. oraz kontroli jej abuzywności w aspekcie klauzul zawartych w katalogu ustawowym (art. 386 pkt 1 i 9 k.c.). Stwierdził, że jej rozbudowana treść wprawdzie może wskazywać na występowanie pewnej nieuczciwości po stronie zakładu ubezpieczeń, lecz nie przesądza o tym, że jest to naruszenie rażące. Dostrzegł „pewne formy naruszenia dobrych obyczajów w kontekście wymogu jednoznacznego, zrozumiałego i, o ile to możliwe, uproszczonego formułowania zapisów umownych” ale i one, jego zdaniem, nie potwierdzają że były one rażące. Uznał, że tak określona treść wzorca nie doprowadziła do nieuczciwego ograniczenia lub wyłączenia odpowiedzialności pozwanego względem konsumenta za szkody na osobie, skoro pojęcia „przesądzające o zasadności roszczenia definiowane są w sposób zgodny z powszechnie obowiązującymi przepisami ustawowymi, a następnie odnoszone do treści dokumentacji źródłowej, która od pozwanego nie pochodzi”. Przyjął ponadto, iż sformułowanie „określana jest przez ubezpieczyciela” nie oznacza prawa i jednostronnego przywileju ubezpieczyciela dokonywania wykładni umowy w kontekście istnienia podstawy spełnienia świadczenia, tylko obowiązek recepcji treści dokumentacji źródłowej nie pochodzącej od niego. Oceniał, że stanowi to wręcz przejaw postawy prokonsumenckiej pozwanego.

Od wyroku sądu drugiej instancji obaj powodowie wnieśli skargi kasacyjne. Skarga powoda J. L., wobec niespełnienia przesłanki dopuszczalności środka zaskarżenia polegającej na pokrzywdzeniu orzeczeniem wydanym w odniesieniu do osoby trzeciej (*gravamen*), została odrzucona jako niedopuszczalna (art. 398⁶ § 3 k.p.c.). Skarga powoda [...] Bank S.A., oparta na podstawie naruszenia prawa materialnego (art. 398³ § 1 pkt 1 k.p.c.), zarzuca uchybienie: art. 385¹ § 1 i 2 k.c. poprzez dokonanie błędnej wykładni w postaci ustalenia zbyt wąskiego zakresu przedmiotowego pojęcia „rażącego naruszenia” interesów konsumenta co doprowadziło do wadliwego jego niezastosowania wobec nie przyjęcia abuzywności; art. 385¹ § 1 k.c. poprzez dokonanie błędnej wykładni, polegającej na wadliwym ustaleniu treści pojęcia „rażącego naruszenia” interesów konsumenta i przyjęcia, że

zapisy zawile, niejasne i wewnętrznie sprzeczne, czyniące ochronę ubezpieczeniową niemal iluzoryczną świadczyło jedynie o "pewnej nieuczciwości", a nie o rażącym naruszeniu interesów konsumenta; art. 385 § 2 k.c. w zw. z art. 221 k.c. poprzez niezastosowanie, co skutkowało przyjęciem, że niejednoznaczne, zawile i budzące wewnętrzną sprzeczność postanowienia o.w.u. (§ 1 pkt 1 w zw. z § 1 pkt 18 w zw. z § 2 ust. 2) zostały przez sąd przetłumaczone wbrew regule *in dubio contra proferentem*, a więc w sposób ekstremalnie korzystny dla przedsiębiorcy ubezpieczeniowego nie konsumenta, doprowadzając tym samym do legitymizacji skonstruowanego przez ubezpieczyciela, wyraźnie abuzywnego mechanizmu powstawania po stronie ubezpieczyciela zobowiązania do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego. Skarżący wnosi o uchylenie wyroku Sądu Apelacyjnego i orzeczenie co do istoty sprawy poprzez zasądzenie od pozwanego na rzecz powoda [...] Bank S.A. kwoty 263.538,70 zł z ustawowymi odsetkami od dnia jego przystąpienia do sprawy w charakterze powoda, ewentualnie o uchylenia go i przekazanie sprawy temu sądowi do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył:

Umowa ubezpieczenie na życie kredytobiorców hipotecznych udzielanych przez [...]BANK, do której przystąpił J. L., została zawarta w ramach tzw. *bancassurance*. Polskie prawo nie zawiera legalnej definicji tego pojęcia. Komisja Nadzoru Bankowego w oparciu o art. 137 pkt 5 prawa bankowego wydała w dniu 23 czerwca 2014 r. Rekomendację U określającą *bancassurance* jako oferowanie ubezpieczeń przez banki, czyli pośrednictwo w zawieraniu umów ubezpieczenia lub oferowanie przystąpienia do zawartej przez bank umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek na podstawie umów zawartych między bankiem a zakładem ubezpieczeń powiązane albo niepowiązane bezpośrednio z produktem bankowym, lub zawieranie przez bank umów ubezpieczenia powiązanych z produktem bankowym, w przypadku których klient banku na podstawie odrębnej umowy zobowiązany jest pokryć koszty ochrony ubezpieczeniowej banku przed poszczególnymi rodzajami ryzyka objętymi tą umową ubezpieczenia.

W przedmiotowej sprawie bank wystąpił jako ubezpieczający, zawierający umowę ubezpieczenia z ubezpieczycielem na rzecz osoby trzeciej, ubezpieczony

poprzez deklarację przystąpił do osobowego ubezpieczenia grupowego, będącego odmianą ubezpieczenia zbiorowego, zatem w ostatecznym wyniku stał się stroną (podmiotem stosunku ubezpieczenia) a nie osobą trzecią. Oznacza to, że nie wykorzystano konstrukcji ubezpieczenia na cudzy rachunek, przewidzianej w art. 808 k.c. Ubezpieczony w drodze przystąpienia (adhezji) zawarł umowę, której warunki ustalone zostały przez inne podmioty, stąd zakres swobody umów po jego stronie został w znacznym stopniu ograniczony i sprowadzał się do akceptacji przedstawionych ogólnych warunków umów bez możliwości zmiany treści zawartych w nich postanowień. W tak ukształtowanym stosunku prawnym zarówno ubezpieczyciel jaki ubezpieczający byli profesjonalnymi, współpracującymi ze sobą wyspecjalizowanymi instytucjami finansowymi, twórcami zintegrowanego pakietu usług finansowych obejmujących usługi bankowe i ubezpieczeniowe. Ubezpieczony, zawierający umowę ubezpieczenia komplementarnego z umową kredytu, był jedynym nieprofesjonalistą o statusie konsumenta. Przy takich relacjach podmiotowych i sposobie zawarcia umowy podstawowe znaczenie dla ustalenia treści, interpretacji i oceny jej skutków prawnych powinien mieć art. 385 § 2 k.c., a w odniesieniu do ubezpieczeń również art. 12 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (uchylonej ustawą z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej - Dz.U. 2015, poz. 1844 ze zm., na podstawie przepisów przejściowych nadal mającej zastosowanie w sprawie). Przepisy te wyrażają po pierwsze - zasadę transparentności (przejrzystości) ogólnych warunków umów, stanowiąc, że powinny być one sformułowane jednoznacznie i w sposób zrozumiały, po drugie - dyrektywę interpretacyjną prokonsumenckiej wykładni umów, skierowaną przeciwko posługującemu się wzorcem przedsiębiorcy (*contra proferentem*). Reguła transparentności treści wzorca odwołuje się do powinności przedsiębiorcy sformułowania oraz posługiwania się takim wzorcem, którego postanowienia nie są nieostre, mogą być podstawą nadania im różnego znaczenia, a następnie odtworzenia kilku różniących się od siebie norm, regulujących stosunek prawny łączący strony. Przez pojęcie jednoznaczności należy rozumieć brak wątpliwości co do desygnatu pojęć i całokształtu postanowień wzorca. Podstawowe znaczenie ma użyty język, redakcja i obszerność dokumentu, a nawet jego układ graficzny.

Także zastosowany język (powszechny, specjalistyczny, poprawność składni) może decydować nie tylko o czytelności, ale i zrozumiałości tekstu, a w efekcie ustalenia jego treści. W piśmiennictwie podkreśla się, że ocena przejrzystości (stopnia jednoznaczności i zrozumiałości wzorca) dokonywana jest *in abstracto*, jednak przy uwzględnieniu właściwości typowego (przeciętnego) kontrahenta, który zawiera umowę przy użyciu wzorca, zatem wzorzec zrozumiały dla profesjonalisty może zostać uznany za niewystarczająco komunikatywny wobec konsumenta. Oceny należy dokonywać według kryteriów obiektywnych, a wymagania co do transparentności wzorca adresowanego do konsumentów są wyższe niż skierowanego do profesjonalistów. W judykaturze wskazano, że wymogi formułowania wzorca nie są spełnione, gdy dokumenty doręczone konsumentowi zawierają „uregulowania niejasne, wieloznaczne, mylące i obiektywnie niezrozumiałe dla przeciętnego adresata” (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 26 stycznia 2006 r. V CSK 90/05, z dnia 12 stycznia 2007 r., IV CSK 307/06 - nie publ.). Zasada *in dubio contra proferentem* jest utrwalona w orzecznictwie (por. m.in. uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 6 grudnia 1975 r., III CZP 44/75, OSNCP 1976, nr 7-8, poz. 153, uchwała pełnego składu Izby Cywilnej i Administracyjnej Sądu Najwyższego z dnia 30 grudnia 1988 r., III CZP 48/88, OSNCP 1989, nr 3, poz. 36, uchwała składu siedmiu sędziów Sądu Najwyższego z dnia 29 czerwca 1995 r., III CZP 66/95, OSNC 1995, nr 12, poz. 168, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 kwietnia 2007 r. I CSK 27/07, OSNC-ZD 2008, nr 1, poz. 25, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 czerwca 2007 r. IV CSK 95/07, nie publ., wyrok Sądu Najwyższego z dnia 5 września 2008 r., I CSK 64/08, nie publ., wyrok Sądu Najwyższego z dnia 22 maja 2009 r., III CK 300/08, nie publ., wyrok Sądu Najwyższego z dnia 21 lutego 2013 r. I CSK 408/12, OSNC 2013, nr 11, poz. 127, wyrok Sądu Najwyższego z dnia 10 lipca 2014 r., I CSK 531/13, nie publ., wyrok Sądu Najwyższego z dnia 23 stycznia 2015 r., V CSK 217/14, nie publ.). W wyroku Sądu Najwyższego z dnia 15 stycznia 2016 r., I CSK 122/15 (nie publ.) podkreślono, że umowa ubezpieczenia należy do umów szczególnego zaufania, w której działania kontrahentów powinny być lojalne, przy czym „spełnienie funkcji ochronnej przez tę umowę wymaga, by przed jej zawarciem ubezpieczający miał świadomość, jakie wypadki nie są objęte

ubezpieczeniem lub ograniczają albo wyłączają odpowiedzialność ubezpieczyciela. Należy wykluczyć możliwość takiej wykładni ogólnych warunków umowy ubezpieczenia, by usprawiedliwiła ona odmowę wypłaty odszkodowania w sytuacji, gdy ubezpieczający dopiero po zajściu zdarzenia dowiaduje się, że nie było ono objęte ubezpieczeniem. Musi on bowiem już przy zawieraniu umowy wiedzieć dokładnie, co jest przedmiotem ubezpieczenia i jaki jest jego zakres oraz jakie wypadki nie są nim objęte”. Zasada ta wprowadzona jest również w prawie europejskim (dyrektywa Rady 93/13/EWG z 5 kwietnia 1993 r. w sprawie niewłaściwych warunków umownych w umowach konsumenckich, Dz.Urz. WE 1993 L 95/29).

Trafnie wskazuje skarga kasacyjna, że niejednoznaczne, zawile i budzące wewnętrzną sprzeczność postanowienia o.w.u., tj. definicja wskazana w pkt I ppkt 1, stanowiąca podstawę kwalifikacji jako zdarzenia ubezpieczeniowego w rozumieniu pkt I ppkt 18, zostały wyłożone przez sąd wbrew regule *in dubio contra proferentem*. Pojęcie to zawarto w jednym zdaniu wielokrotnie złożonym, odwołując się do nieostrych sformułowań („przewidywalna przyszłość”, „jakakolwiek praca lub działalność, z tytułu której mógłby otrzymywać wynagrodzenie, lub która przynosiłaby dochód”), równoległe wprowadzając kilka terminów, kilka podstaw ustaleń („decyzja organu rentowego (ZUS) i/lub dokumentacja medyczna”). Nawet lekarz konsultant pozwanego zakładu ubezpieczeń, w przywołanej w uzasadnieniu wyroku korespondencji e-mailowej, obok prognoz stwierdził, iż sformułowanie „jakakolwiek praca lub działalność” jest tak nieograniczone, że może je spełniać jedynie osoba w stanie wegetatywnym. Podkreślić należy, że nie znajduje uzasadnienia w treści definicji o.w.u. tak daleko idące uzależnienie spełnienia przesłanki wypadku ubezpieczeniowego od ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2015, poz. 748 ze zm.), jak przyjął sąd orzekający. Ustawa ta zawiera samodzielne pojęcia niezdolności do pracy, osoby całkowicie albo częściowo niezdolnej do pracy (art. 12 ust. 1-3) wprowadzając kryteria i okresy orzekania o niezdolności adekwatne dla systemu ubezpieczeń społecznych (art. 13). Zastrzeżenia budzi stanowisko sądu w przedmiocie utożsamienia orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z „decyzją organu

rentowego (ZUS)". W cytowanym przez Sąd Apelacyjny wyroku Sądu Najwyższego z dnia 12 września 2013 r., IV CSK 91/13 (nie publ.) zawarto wręcz zastrzeżenie o niebezpieczeństwie bezkrytycznego odwoływania się do orzeczeń ZUS i powielania ich ewentualnych błędów, pomijania wadliwej praktyki organów do spraw ubezpieczeń społecznych dotyczącej sposobu określania terminu niezdolności do pracy poprzez wielokrotne przedłużanie na czas oznaczony, mimo istnienia obiektywnych podstaw do orzeczenia o trwałej niezdolności. Nie ma również normatywnego oparcia wprowadzenie przez Sąd drugiej instancji dodatkowego kryterium ocennego w postaci kwantyfikatorów („pewna” nieuczciwość, ”pewne formy naruszenia (...) w kontekście wymogu jednoznacznego, zrozumiałego i, o ile to możliwe, uproszczonego formułowania zapisów umownych”, naruszenie „rażące”).

Powołane przepisy nie wskazują konsekwencji prawnych posłużenia się wzorcem niezrozumiałym (w części lub całości). Piśmiennictwo przyjmuje, że brak potrzeby wprowadzania w tym przedmiocie szczególnej regulacji gdyż kontrahenta mogą wiązać tylko takie oświadczenia, które są dla niego zrozumiałe. Wyrażenia niezrozumiałe z istoty rzeczy nie mogą być przedmiotem interpretacji i są prawnie irrelewantne. Wzorzec uznany w całości za nietransparentny w ogóle nie kształtuje treści stosunku (art. 58 § 1 k.c.), a jeżeli wada ta dotyczy tylko części postanowień, skuteczność wzorca należy ocenić, stosując przepis art. 58 § 3 k.c. Powyższa ocena musi wyprzedzać dokonywanie kontroli abuzywności ogólnego wzorca umowy, bowiem może uczynić ją bezprzedmiotową. Z tych względów odnośnienie się do podstawy kasacyjnej w zakresie wskazującym na naruszenie art. 385¹ § 1 i 2 k.c. jest niecelowe.

Uzasadnione w części podstawy skargi kasacyjnej skutkują koniecznością uchylenia zaskarżonego orzeczenia i przekazania sprawy do ponownego rozpoznania (art. 398¹⁵ § 1 k.p.c.), z pozostawieniem Sądowi Apelacyjnemu rozstrzygnięcia o kosztach postępowania kasacyjnego (art. 108 § 2 w zw. z art. 398²¹ i art. 391 § 1 k.p.c.).

kc

jw