



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



Αρμόδια: Δρ. Βασιλική Μώλου
Βοηθός Συνήγορος του Καταναλωτή

Εισηγήτρια: Θεοδώρα Ρούμπου
Ειδική Επιστήμονας
e-mail: t_roumpou@synigoroskatanaloti.gr

Αθήνα 20 Δεκεμβρίου 2011
Αριθ. Πρωτ. :11390

Προς:

1. *** (καταγγελλόμενη / ασφαλιστική εταιρία)
2. *** (καταγγέλλουσα / ασφαλισμένη)

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΣΤΑΣΗ-ΠΟΡΙΣΜΑ

(Άρθρο 4 παρ. 5 ν. 3297/2004)

Στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων μας, κατ' άρθρο 4 παρ. 5 ν. 3297/2004 (ΦΕΚ 259 Α'), με σκοπό τη συναινετική επίλυση της διαφοράς που ανέκυψε, κατόπιν της από 26.4.2011 αναφοράς της κυρίας *** (αρ. πρωτ. εισερχ. ...), σας αποστέλλουμε την παρούσα, για να σας γνωρίσουμε τα κάτωθι:

Κατόπιν ενδελεχούς ελέγχου του φακέλου της υπό κρίση διαφοράς και μετά τη συνάντηση προς επίτευξη συμβιβασμού που έλαβε χώρα στα γραφεία της Αρχής την2011, διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

A. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η Ανεξάρτητη Αρχή «Συνήγορος του Καταναλωτή» δέχθηκε την αναφορά της κ. ***, στην οποία δόθηκε αριθμ. πρωτ. ...Α/26.4.2011.

Με την αναφορά της, η κ. *** ζήτησε τη διαμεσολάβηση της Αρχής για την επίλυση της διαφοράς της με την *** (ασφαλιστική εταιρία), η οποία προέκυψε από την εφαρμογή των όρων του υπ' αρ. ... ασφαλιστηρίου συμβολαίου της, λόγω της παράνομης και αντισυμβατικής άρνησης της εταιρίας να προβεί σε κάλυψη των εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης της ασφαλισμένης στα ιδιωτικά θεραπευτήρια “...” και “...”.

Όπως προκύπτει από τα στοιχεία του φακέλου της υπόθεσης, η κ. *** από τη 17η Μαΐου 2010 διατηρεί στην εταιρία το υπ' αρ. ασφαλιστήριο συμβόλαιο ζωής. Το μήνα Φεβρουάριο 2011, η ασφαλισμένη διαγνώσθηκε με καρκίνο στο μαστό. Ακολούθως, την 11-12/3/2011 νοσηλεύτηκε στο θεραπευτήριο “...”, όπου υπεβλήθη σε χειρουργική επέμβαση μερικής μαστεκτομής για την αντιμετώπιση της νόσου, ενώ την 4/4/2011 υπεβλήθη σε χημειοθεραπεία στο θεραπευτήριο “...”.

Η ασφαλιστική εταιρία αρνήθηκε να προβεί στην κάλυψη της δαπάνης που προέκυψε από τις ανωτέρω αιτίες επικαλούμενη εξαίρεση βάσει των ειδικών όρων της ασφαλιστικής σύμβασης. Αρχικά, με την από 23.5.2011 επιστολή της επικαλέστηκε τόσο τις ισόβιες εξαιρέσεις που είχαν τεθεί στο συμβόλαιο της ασφαλισμένης (παθήσεις φλεβών κάτω άκρων και επιπλοκές τους, αιμορροϊδοπάθεια και ινοκυστική μαστοπάθεια) όσο και τις ειδικές προϋποθέσεις του άρθρου 4B του Παραρτήματος Δ' του συμβολαίου. Στην τελευταία από 6.10.2011 επιστολή της, η οποία εστάλη στην Αρχή σε συνέχεια της συνάντησης που προηγήθηκε στα γραφεία μας για την εξεύρεση συμβιβαστικής λύσης στη διαφορά, η εταιρία ενέμεινε μόνον στην εξαίρεση του άρθρου 4B, ως αιτιολογική βάση της απόρριψης του αιτήματος της ασφαλισμένης.

Στο συγκεκριμένο άρθρο προβλέπεται ότι: *“Η Εταιρία καλύπτει τα έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης, που οφείλονται σε προγενέστερη, που προϋπήρχε της ασφάλισης σύμφωνα με ιατρικά δεδομένα και κριτήρια – ασθένεια, σωματική βλάβη ή οποιαδήποτε βλάβη του οργανισμού και τις τυχόν επιπλοκές τους και δεν ήταν γνωστή στον ασφαλισμένο, μετά την παρέλευση ενός (1) έτους από τότε που άρχισε να ισχύει ή επανήλθε σε ισχύ το παρόν προσάρτημα. Έξοδα νοσοκομειακής περίθαλψης, που οφείλονται σε προγενέστερη σωματική βλάβη ή ασθένεια ή οποιαδήποτε βλάβη του οργανισμού και τις τυχόν επιπλοκές τους που ήταν γνωστή στον ασφαλισμένο και δεν δηλώθηκε στην αίτηση ασφάλισης, δεν καλύπτονται δια όλη τη διάρκεια του παρόντος προσαρτήματος. Προϋπάρχουσες σωματικές βλάβες ή ασθένειες που ήταν γνωστές στον ασφαλισμένο και δηλώθηκαν στην αίτηση ασφάλισης καλύπτονται μετά την παρέλευση ενός (1) έτους από τότε που άρχισε ή επανήλθε σε ισχύ το παρόν προσάρτημα εκτός αν έχουν εξαιρεθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα με ειδικό όρο, ο οποίος αναγράφεται στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο”*.

Με άλλα λόγια, και όπως περαιτέρω διευκρινίστηκε από τον εκπρόσωπο της εταιρίας, κ. ...,

κατά τη συζήτηση που διεξήχθη στα γραφεία μας, η εταιρία αρνήθηκε την κάλυψη της επίμαχης δαπάνης καθώς αυτή οφείλεται κατά την εκτίμησή της σε προϋπάρχουσα της ασφάλισης νόσο, την οποία δεν γνώριζε η ασφαλισμένη, η δε νοσηλεία πραγματοποιήθηκε πριν συμπληρωθεί ένα (1) έτος από την έναρξη της ασφάλισης. Σημειωτέον, ότι η εταιρία μετά τη συμπλήρωση τους έτους, έχει καλύψει δαπάνες που αφορούν στην αποκατάσταση της υγείας της ασφαλισμένης από την ανωτέρω αιτία (Ca μαστού) σύμφωνα με τους ειδικότερους όρους της μεταξύ τους σύμβασης.

B. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

1. Όπως γίνεται δεκτό¹, χαρακτηριστικό της ασφάλισης είναι η ύπαρξη “κινδύνου”, δηλαδή η δυνατότητα επέλευσης ενός περιστατικού που είναι σε θέση να δημιουργήσει οικονομικό βάρος. Ο “κίνδυνος” αποτελεί το βασικότερο χαρακτηριστικό της ασφάλισης, καθόσον αυτή προϋποθέτει το στοιχείο της αβεβαιότητας. Η αβεβαιότητα του κινδύνου αρκεί να είναι υποκειμενική για τον λήπτη της ασφάλισης, τον ασφαλισμένο ή τον δικαιούχο, δηλαδή κατά το χρόνο της σύναψης της σύμβασης μπορεί να έχει επέλθει ο κίνδυνος αρκεί αυτό να μην ήταν γνωστό στα ως άνω πρόσωπα. Με βάση τη θεωρία του κινδύνου, το κρίσιμο χρονικό σημείο για την εξειδίκευση του ζημιογόνου γεγονότος εντοπίζεται στη στιγμή που αυτό (το γεγονός) καθιστά τον κίνδυνο από αβέβαιο σε βέβαιο υποκειμενικά, δηλαδή με γνώση του λήπτη της ασφάλισης ότι επήλθε το γεγονός αυτό, γιατί αν επήλθε αλλά ο λήπτης ούτε το γνώριζε ούτε όφειλε να το γνωρίζει, ο κίνδυνος παραμένει αβέβαιος, αφού η υποκειμενική αβεβαιότητα, όπως είπαμε, αρκεί.

2. Εξάλλου, σύμφωνα με τα άρθρα 1 παρ. 1 και 2 και 5 παρ. 2 εδ. β' του ν. 2496/1997 (ΦΕΚ Α' 87/16,5,1997), με την ασφαλιστική σύμβαση η ασφαλιστική επιχείρηση (ασφαλιστής) αναλαμβάνει την υποχρέωση να καταβάλει έναντι ασφαλιστρού στον αντισυμβαλλόμενο της (λήπτη της ασφάλισης) ή σε τρίτον, παροχή (ασφάλισμα) έως το τυχόν συμφωνούμενο ανώτατο όριο, όταν επέλθει ο κίνδυνος από τον οποίο συμφωνήθηκε να εξαρτάται η υποχρέωσή της. Αν, όμως, ο λήπτης της ασφάλισης ή ο ασφαλισμένος ή δικαιούχος του ασφαλίματος, κατά τη σύναψη της ασφάλισης, γνώριζε ότι η ασφαλιστική περίπτωση είχε ήδη επέλθει, ο ασφαλιστής δεν υποχρεούται στην παροχή του ασφαλίματος².

Από το συνδυασμό των ανωτέρω διατάξεων συνάγεται ότι θεμελιώδες στοιχείο του θεσμού της ασφάλισης είναι η αβεβαιότητα ως προς την επέλευση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Η ύπαρξη της αβεβαιότητας αυτής και της αιφνίδιας οικονομικής ανάγκης, η οποία συνδέεται με την επέλευση ενός πιθανού κινδύνου αποτελεί το δικαιολογητικό λόγο, για τον οποίο ο λήπτης της ασφάλισης αναλαμβάνει την υποχρέωση να πληρώσει το ασφαλιστρο, προκειμένου ο ασφαλιστής να αναδεχθεί την ευθύνη της κάλυψης του κινδύνου αυτού και

1 I. Ρόκα, *Ιδιωτική Ασφάλιση*, 2006, σελ. 45

2 ΑΠ (ΟΛΟΜ) 47/2005, ΝοΒ 2006/375.

της καταβολής του ασφαλίματος, εάν ή όταν συντελεσθεί η ασφαλιστική περίπτωση³.

Σύμφωνα με την ανωτέρω αρχή και κατά τη σαφή έννοια της διάταξης του άρθρου 5 παρ. 2 εδ. β' του ν. 2496/1997, δεν είναι δυνατό να γεννηθεί υπέρ ουδενός αξίωση για την καταβολή παροχών εκ μέρους του ασφαλιστή όταν η σύμβαση ασφαλίσεως καταρτίζεται μετά την επέλευση της ασφαλιστικής περιπτώσεως και εφόσον το περιστατικό αυτό είναι γνωστό στον αντισυμβαλλόμενο του ασφαλιστή ή στον ασφαλισμένο ή στον τρίτο, που επικαλείται τη σύμβαση ασφαλίσεως για να στηρίξει δικαίωμα επί του ασφαλίματος. Έτσι, η απαλλαγή του ασφαλιστή προϋποθέτει σωρευτικά αφενός την επέλευση της ασφαλιστικής περίπτωσης πριν την κατάρτιση της σύμβασης και αφετέρου τη γνώση του αντισυμβαλλομένου για το γεγονός αυτό.

3. Επίσης, στο άρθρο 32 του ν. 2496/1997 σχετικά με την ασφάλιση ασθενειών, προβλέπεται ότι *“αν δεν συμφωνήθηκε κάτι άλλο, η ασφάλιση ασθενειών περιλαμβάνει τις ασθένειες που προέρχονται από αιτίες οι οποίες δεν υπήρχαν ή υπήρχαν, αλλά δικαιολογημένα ο ασφαλισμένος αγνοούσε την ύπαρξή τους κατά τη σύναψη της σύμβασης”*. Η άγνοια για τις αιτίες (ή καλύτερα τα συμπτώματα⁴) της ασθένειας πρέπει να υπάρχει κατά τη σύναψη της σύμβασης, και να είναι δικαιολογημένη, ώστε η ασθένεια να συμπεριληφθεί στην κάλυψη που προσφέρει ο ασφαλιστής και να πληρούται κατ' αυτόν τον τρόπο η προϋπόθεση της αβεβαιότητας του κινδύνου και του τυχαίου της επέλευσής του.

4. Επιπλέον, σύμφωνα με το άρθρο 33 παρ. 1 του ν. 2496/1997 *“Κάθε δικαιοπραξία που περιορίζει τα δικαιώματα του λήπτη της ασφάλισης, του ασφαλισμένου ή του δικαιούχου του ασφαλίματος είναι άκυρη, εκτός αν ορίζεται κάτι άλλο ειδικά στον παρόντα νόμο ή αν πρόκειται για ασφάλιση μεταφοράς πραγμάτων, πίστωσης ή εγγύησης, καθώς και θαλάσσια ή αεροπορική ασφάλιση ζημιών”*. Με τη διάταξη αυτή καθιερώνεται ο ημιαναγκαστικός χαρακτήρας όλων των διατάξεων του νόμου, με την έννοια ότι ο ασφαλιστής έχει το δικαίωμα να χορηγεί περισσότερα δικαιώματα στον ασφαλισμένο και όχι να τα περιορίζει, εκτός στις εξ ορισμού εμπορικές ασφαλίσεις και όπου αλλού στο νόμο ορίζεται διαφορετικά. Επίσης, γίνεται η αναγκαία προσαρμογή της ασφαλιστικής σύμβασης προς τις διατάξεις του ν. 2251/1994 για την Προστασία των Καταναλωτών⁵.

5. Τέλος, στο άρθρο 2 παρ. 6 και 7 του ν. 2251/1994 (ΦΕΚ Α' 191) σχετικά με τις καταχρηστικές ρήτρες στις καταναλωτικές συμβάσεις ορίζεται μεταξύ άλλων ότι: *“6. Γενικοί όροι συναλλαγών που έχουν ως αποτέλεσμα τη σημαντική διατάραξη της ισορροπίας*

3 ΕφΘεσσαλ 3360/2003, ΕεμπΔ 2004/577.

4 Έχει διατυπωθεί η άποψη ότι η χρησιμοποίηση του όρου αιτίες δεν είναι ιδιαίτερα επιτυχής, γιατί σε πολλές αρρώστιες αγνοούνται ακόμη και σήμερα οι αιτίες που τις προκαλούν. Θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ο όρος “συμπτώματα” (βλ. Β. Κιάντο, Ασφαλιστικό Δίκαιο, σελ. 571).

5 Βλ. Αιτιολογική Έκθεση του ν. 2496/1997, ΚνοΒ 45, σελ. 581επ.

των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων σε βάρος του καταναλωτή απαγορεύονται και είναι άκυροι. Ο καταχρηστικό χαρακτήρας γενικού όρου ενσωματωμένου στη σύμβαση κρίνεται αφού ληφθούν υπόψη η φύση των αγαθών ή υπηρεσιών που αφορά η σύμβαση, ο σκοπός της, το σύνολο των ειδικών συνθηκών κατά τη σύναψή της και όλες οι υπόλοιπες ρήτρες της σύμβασης ή άλλης σύμβασης από τη οποία αυτή εξαρτάται”.

Κατά την έννοια των παραπάνω διατάξεων, οι οποίες αποτελούν εξειδίκευση του άρθρου 281 του ΑΚ, για την κρίση περί καταχρηστικότητας και ακυρότητας των γενικών όρων συναλλαγών λαμβάνεται υπόψη η ανάγκη προστασίας του κατά τεκμήριο ασθενέστερου καταναλωτή, συνεκτιμώντας τη φύση των αγαθών ή υπηρεσιών που αφορά η σύμβαση, το σκοπό της, το σύνολο των ειδικών συνθηκών κατά τη σύναψη των όρων (όπως ο εξειδικευμένος ή μη χαρακτήρας της συναλλαγής, η εξουκείωση του πελάτη με τις σχετικές συναλλαγές, οι κίνδυνοι που αναλαμβάνονται και η δυνατότητα αντιμετώπισής τους) πάντοτε στα πλαίσια επίτευξης σχετικής ισορροπίας των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων μερών. Τα συμφέροντα, η διατάραξη της ισορροπίας των οποίων εις βάρος του καταναλωτή μπορεί να χαρακτηρίσει έναν όρο άκυρο ως καταχρηστικό, πρέπει να είναι ουσιώδη, η διατάραξη δε αυτή πρέπει να είναι ιδιαίτερα σημαντική σύμφωνα με τις αρχές της καλής πίστης. Προς τούτο, λαμβάνονται υπόψη τα συμφέροντα των συμβαλλομένων και ερευνάται ποιες συνέπειες θα είχε η τυχόν διατήρηση ή κατάργηση του όρου για κάθε πλευρά και πώς θα μπορούσε κάθε μέρος να εμποδίσει την επέλευση του κινδύνου ή να προστατευθεί από της συνέπειές της με δικές του ενέργειες⁶.

Σε κάθε περίπτωση όμως, και ανεξάρτητα της συνδρομής των ανωτέρω προϋποθέσεων, η καταχρηστικότητα ενός όρου τεκμαίρεται αμάχητα όταν διαπιστώνεται η υπαγωγή του σε μία ή περισσότερες εκ των ενδεικτικώς απαριθμούμενων περιπτώσεων της παρ. 7 του άρθρου 2. Στις οικείες διατάξεις ορίζεται, μεταξύ άλλων, ότι “7. Σε κάθε περίπτωση, καταχρηστικοί είναι ιδίως οι όροι που: (...) (β) περιορίζουν τις ανειλημμένες συμβατικές υποχρεώσεις και ευθύνες των προμηθευτών”.

Τυχόν συσχετισμός και σωρευτική εφαρμογή και των δύο παραγράφων του άρθρου δεν μπορεί να αποκλεισθεί καθώς η επίκληση του γενικού αξιολογικού κριτηρίου της σημαντικής διατάραξης της ισορροπίας των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων σε βάρος του καταναλωτή, που αποτελεί και τον άξονα της ρύθμισης για την ακυρότητα των καταχρηστικών όρων, παρουσιάζει χρησιμότητα για την εξειδίκευση των αόριστων νομικών εννοιών και αξιολογικών κριτηρίων που χρησιμοποιεί ο νόμος στις επιμέρους περιπτώσεις του ενδεικτικού καταλόγου της παρ. 7⁷ (ΑΠ Ολ 15/2007, ΔΕΕ 2007/975).

6 ΑΠ Ολ 15/2007, ΔΕΕ 2007/975, ΕφΛαρ 298/2008, ΕΠΙΣΚΕΜΠΙΔ 2008/1063, ΑΠ 430/2005 ΔΕΕ 2005/460, ΑΠ 1011/2004 ΕΕμπΔ 2005/85, ΑΠ 1030/2001 ΔΕΕ 2001/1125, ΑΠ 296/2001 ΧρΙΔ 2001/435, ΑΠ 1219/2001 ΔΕΕ 2001/1128 κ.α.

7 ΑΠ Ολ 15/2007, ΔΕΕ 2007/975

Γ. ΥΠΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΠΟ ΚΡΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Από τα στοιχεία του φακέλου της υπό κρίση περίπτωσης προέκυψαν τα ακόλουθα:

1. Η αναφέρουσα, κ. ***, πριν τη συμπλήρωση ενός (1) έτους από τη σύναψη της σύμβασης ασφάλισης, διεγνώσθη με Ca του μαστού και υπεβλήθη σε εγχείριση μερικής μαστεκτομής (11-12/3/2011) και χημειοθεραπεία (4/4/2011) στα νοσοκομεία “...” και “...” αντίστοιχα⁸. Μετά την υποβολή των σχετικών δικαιολογητικών στην ασφαλιστική εταιρία, η τελευταία αρνήθηκε να προβεί σε κάλυψη της δαπάνης.

Πιο συγκεκριμένα η εταιρία, όπως ήδη προεκτέθηκε, επικαλείται στην τελευταία επιστολή της προς τον Συνήγορο του Καταναλωτή, την εξαίρεση του άρθρου 4B του Προσαρτήματος Δ' του συμβολαίου, δηλαδή ότι πρόκειται για προϋπάρχουσα της ασφάλισης νόσο, η οποία δεν καλύπτεται πριν την παρέλευση ενός (1) έτους από την έναρξη της ασφάλισης. Δεδομένου, μάλιστα, ότι το συμβόλαιο εκδόθηκε στις 31/5/2010, με ημερομηνία έναρξης ισχύος της κάλυψης στις 17/5/2010, η εταιρία επισημαίνει ότι η νοσηλεία της κ. *** έγινε πριν τη συμπλήρωση του έτους και αφορά σε προγενέστερη της ασφάλισης νόσο.

2. Ωστόσο, από κανένα στοιχείο της υπό κρίση περίπτωσης δεν προέκυψε, ότι πράγματι η νόσος για την οποία νοσηλεύτηκε η ασφαλισμένη ήταν προϋπάρχουσα της ασφάλισης, ενώ η εταιρία πέραν της σχετικής τοποθέτησης, δεν προέβη στην προσκόμιση, ακόμη και επίκληση οποιουδήποτε στοιχείου θα μπορούσε ενδεχομένως να στηρίξει την απόρριψη του αιτήματος κάλυψης της δαπάνης. Αντίθετα, η κυρία *** συνυπέβαλε με την αναφορά της αντίγραφο μαστογραφίας που έγινε το προηγούμενο της ασφάλισης έτος (23/6/2009), στο οποίο αναφέρεται εικόνα ινοκυστικής αλλαγής των μαστών χωρίς ευρήματα κακοήθειας, ενώ – σύμφωνα με τους ισχυρισμούς της, οι οποίοι δεν διαψεύστηκαν από την εταιρία – υπέβαλε πλήρες ιατρικό ιστορικό, πορίσματα ιατρικών εξετάσεων, ιατρικά βιβλιάρια και έπειτα από υπόδειξη της εταιρίας, υποβλήθηκε σε εξέταση triplex καρδιάς. Με άλλα λόγια, η ασφαλισμένη επέδειξε ειλικρινές πνεύμα συνεργασίας με την εταιρία κατά το στάδιο εκτίμησης της ασφαλισιμότητάς της, ώστε η σύμβαση να διαμορφωθεί στη βάση πραγματικών και αξιόπιστων ιατρικών δεδομένων και κριτηρίων. Εντούτοις, και ενώ η εταιρία έλαβε πλήρη υπόψη του ιατρικού ιστορικού της ασφαλισμένης, με αποτέλεσμα, εξάλλου, να προχωρήσει στη διατύπωση ειδικών όρων ισόβιας εξαίρεσης, εκ των υστέρων και μάλιστα, μετά την επέλευση της ασφαλιστικής περίπτωσης, αφηρημένα τοποθετείται περί ύπαρξης της επίμαχης νόσου ήδη πριν τη σύναψη της ασφάλισης, σε χρόνο δηλαδή

⁸ Όπως η ίδια προφορικά ενημέρωσε την Αρχή, η ασφαλισμένη μετά την υποβολή της αναφοράς της και στο διάστημα μέχρι τη συμπλήρωση ενός (1) έτους από την έναρξη ισχύος της ασφάλισης, πραγματοποίησε επιπλέον χημειοθεραπείες για την αποκατάσταση της υγείας της, οι οποίες επίσης δεν καλύφθηκαν από την εταιρία.

κατά τον οποίο θα μπορούσε εκτιμώντας τα ιατρικά δεδομένα που προσκόμισε η κυρία *** ή υποβάλλοντάς την σε περαιτέρω εξετάσεις να προβεί σε περαιτέρω αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας της και σε εκτίμηση της ασφαλισιμότητάς της. Διευκρινίζουμε, βεβαίως, ότι η Αρχή δεν δύναται να τοποθετηθεί ως προς το χρόνο εμφάνισης της νόσου (πριν ή μετά την έναρξη της ασφάλισης), καθώς κάτι τέτοιο θα προϋπέθετε εξειδικευμένη ιατρική γνώση και εμπειρία. Ακόμη, όμως, και αν ήθελε υποθεθεί ότι η ασθένεια ήταν προγενέστερη της ασφάλισης, σύμφωνα με τους ισχυρισμούς της εταιρίας, από τα στοιχεία που έχουν τεθεί υπόψη της Αρχής, και λαμβάνοντας υπόψη ότι η εταιρία καλύπτει πλέον όλα τα συναφή με τη νόσο έξοδα (χημειοθεραπείες κλπ.) στα οποία υποβάλλεται η ασφαλισμένη μετά τη συμπλήρωση του πρώτου έτους, προκύπτει ότι ισχύει ως παραδοχή για την εταιρία ότι η κυρία *** δεν γνώριζε ότι είχε προσβληθεί από τη νόσο και μάλιστα πριν την έναρξη της ασφάλισης.

3. Ακόμη, όμως, και υπό το πρίσμα αυτό, ο επίμαχος όρος του συμβολαίου που εξαιρεί για ένα (1) έτος από την κάλυψη προγενέστερες της ασφάλισης νόσους ακόμη και αν αυτές ήταν άγνωστες στον ασφαλισμένο, έρχεται σε αντίθεση τόσο με τις ειδικότερες διατάξεις του ν.2496/1997, που ήδη εκτέθηκαν, ενώ ελέγχεται ως καταχρηστικός δυνάμει των σχετικών ρυθμίσεων του ν.2251/1994.

α. Συγκεκριμένα, η εταιρία προβλέποντας περίοδο αναμονής ενός (1) έτους για ασθένειες προγενέστερες της ασφάλισης και, μάλιστα, άγνωστες στον ασφαλισμένο, περιορίζει υπέρμετρα το σκοπό της κάλυψης, η οποία για το διάστημα αυτό καθίσταται πλήρως θεωρητική. Από το συνδυασμό των άρθρων 1 παρ. 1 και 2 και 5 παρ. 2 εδ. β', 32 και 33 παρ. 1 του ν. 2496/1997, που αναλύθηκαν πιο πάνω, συνάγεται ότι δικαιολογητικός λόγος και πυρήνας της ασφάλισης είναι η αβεβαιότητα ως προς την επέλευση της ασφαλιστικής περίπτωσης. Για το λόγο αυτό και κατά ρητή νομοθετική πρόβλεψη, ο ασφαλιστής απαλλάσσεται όταν η περίπτωση έχει ήδη επέλθει και αυτό τελεί σε γνώση του ασφαλισμένου. Δεν είναι, ως εκ τούτου, ορθό να εξομοιώνεται η γνώση με την άγνοια και μάλιστα σε απαλλακτική ρήτρα, που περιορίζει το σκοπό της σύμβασης, ως προς τα βασικά δικαιώματα του ασφαλισμένου που απορρέουν από αυτήν. Η σύμβαση πρέπει να διαμορφώνεται με τέτοιο τρόπο ώστε να μην ματαιώνεται πλήρως ο σκοπός της κάλυψης. Η πρόβλεψη που εισάγεται με το άρθρο 4B του Προσαρτήματος Δ', και ιδίως αυτή που εξαιρεί από την κάλυψη ασθένειες προγενέστερες της ασφάλισης, τις οποίες δεν γνώριζε ο ασφαλισμένος, πάσχει ακυρότητας σύμφωνα με το άρθρο 33 του ν. 2496/1997, καθώς περιορίζει υπέρμετρα την κάλυψη για το πρώτο έτος της ασφάλισης, για το οποίο ο ασφαλισμένος έχει ήδη καταβάλει το αναλογούν ασφάλιστρο, και μάλιστα αντίθετα προς τις ειδικότερες διατάξεις του ν.2496/1997, που ήδη αναλύθηκαν.

β. Για τους ίδιους λόγους, τίθεται, επίσης, ζήτημα καταχρηστικότητας και εξ αυτής ακυρότητας του επίμαχου όρου τόσο βάσει της γενικής ρήτρας του άρθρου 2 παρ. 6 του ν.

2251/1994 όσο και της περίπτωσης (β) της παρ. 7 του ίδιου άρθρου καθώς, όπως ήδη αναφέρθηκε περιορίζει σημαντικά τις συμβατικές υποχρεώσεις της εταιρίας για κάλυψη των εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης στον πρώτο χρόνο ασφάλισης, εξαιρώντας ακόμη και ασθένεια, την οποία δεν γνώριζε η ασφαλισμένη και αναιρώντας κατ' αυτόν τον τρόπο το βασικό δικαιολογητικό λόγο της ασφάλισης που είναι η ύπαρξη αβεβαιότητας και η αιφνίδια οικονομική ανάγκη από την επέλευση του πιθανού κινδύνου, που καλείται να καλύψει ο ασφαλιστής. Με τη συνομολόγηση της επίμαχης προσαρτηματικής κάλυψης, ο ασφαλισμένος εύλογα αναμένει από τον ασφαλιστή να καλύψει, σύμφωνα με τους ειδικότερους όρους της σύμβασης, τη δαπάνη για την αποκατάσταση της υγείας του από την τυχαία και αιφνίδια εμφάνιση της νόσου, τα αίτια ή συμπτώματα της οποίας δεν προκύπτει ότι γνώριζε πριν τη σύναψη της σύμβασης. Με την εξαίρεση που εισάγεται διαταράσσεται σημαντικά σε βάρος της ασφαλισμένης η ισορροπία της συμβατικής σχέσης, λαμβάνοντας περαιτέρω υπόψη τη σπουδαιότητα της ασφαλιστικής κάλυψης και την καλόπιστη και εύλογη προσδοκία της αναφέρουσας για κάλυψη ασθενειών που είτε προέκυψαν μετά τη σύναψη της ασφάλισης είτε προγενέστερα αλλά όχι μόνον δεν βρίσκονταν σε γνώση της, αλλά με βάση ειδική εξέταση που είχε προηγηθεί λίγους μήνες της υποβολής της αίτησης είχε αποκλειστεί η πιθανότητα ύπαρξης κακοήθειας. Η εταιρία κάνοντας χρήση του επίμαχου καταχρηστικού όρου απέκλεισε πλήρως στην πράξη και επί της ουσίας την κάλυψη για το πρώτο έτος ασφάλισης, ακόμη και για ασφαλιστικές περιπτώσεις στις οποίες το στοιχείο της αβεβαιότητας του κινδύνου / άγνοιας του ασφαλισμένου υπήρχε κατά τη σύναψη της σύμβασης, χωρίς να υπάρχει προς τούτο επαρκής και εύλογη αιτία, σε βάρος της ασφαλισμένης και της συναλλακτικά δικαιολογημένης προσδοκίας της, όπως αυτή δημιουργείται από τη φύση και το σκοπό της ασφαλιστικής σύμβασης.

Δ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ – ΣΥΣΤΑΣΗ

Για τους λόγους αυτούς, λαμβάνοντας υπόψη τα υπ' αρ. πρωτ. ...Α/26.4.2011, Β/.../5.5.2011, Β/.../31.5.2011, Β/.../15.6.2011, Β/.../15.6.2011, Β/.../16.6.2011, Β/.../28.6.2011, Β/.../13.7.2011, Β/.../14.7.2011, Β/.../15.9.2011, Β/.../10.10.2011, Β/.../25.10.2011 και Β/.../26.10.2011 έγγραφα του φακέλου της υπόθεσης, συνεκτιμώντας το σύνολο των στοιχείων που τέθηκαν σε γνώση της Αρχής από τα εμπλεκόμενα μέρη, και επαναλαμβάνοντας ότι, για προφανείς λόγους, η Αρχή δεν δύναται να τοποθετηθεί ως προς το ιατρικό ζήτημα του χρόνου εμφάνισης της νόσου της αναφέρουσας, ο Συνήγορος του Καταναλωτή στα πλαίσια της αρμοδιότητάς του και με σκοπό την επίλυση της διαφοράς:

(α) Διαπιστώνει την ακυρότητα του επικαλούμενου από την εταιρία όρου 4B του Παραρτήματος Δ' του συμβολαίου περί εξαίρεσης από την κάλυψη για το πρώτο έτος ασφάλισης ασθενειών προγενέστερων της έναρξης της ασφάλισης, ακόμη και αν αυτές δεν ήταν γνωστές στον ασφαλισμένο.

(β) Απευθύνει σύσταση προς την ασφαλιστική εταιρία να προβεί σε άρση της προσβολής συνεπεία της παράνομης και καταχρηστικής άρνησης κάλυψης των επίμαχων δαπανών, στις οποίες υποβλήθηκε η αναφέρουσα για την αποκατάσταση της υγείας της στα θεραπευτήρια “...” και “...” για το διάστημα μέχρι τη συμπλήρωση του πρώτου έτους ασφάλισης, καταβάλλοντας τα σχετικά ποσά που αντιστοιχούν σε αυτές, σύμφωνα με τις διατάξεις του ν. 2496/1997, οι οποίες αναλύθηκαν πιο πάνω και εφαρμόζονται στη θέση του καταχρηστικού και άκυρου όρου, τους λοιπούς όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου και τα σχετικά παραστατικά που προσκομίστηκαν ή απαιτείται επιπλέον να προσκομιστούν.

(γ) Αποφασίζει ότι σε περίπτωση που η καταγγελλόμενη εταιρία δεν αποδεχθεί τα διαλαμβανόμενα στην παρούσα σύσταση, τότε ο Συνήγορος του Καταναλωτή δύναται κατά την κρίση του να ενεργήσει σύμφωνα με τα διαλαμβανόμενα στην παρ.5 του άρθρου 4 του Ν. 3297/2004 (ΦΕΚ Α΄ 259/23.12.04).

Ο ΣΥΝΗΓΟΡΟΣ ΤΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

Ευάγγελος Ζερβέας