



ΑΝΑΦΟΡΑ

ΠΑΒ	5325
21 ΙΟΥΛ 2013	

προς τον Υπουργό Ανάπτυξης & Ανταγωνιστικότητας

ΘΕΜΑ: «Ανεξήγητη αύξηση μηνιαίων ασφαλίσεων από ιδιωτική ασφαλιστική εταιρεία»

Σας αποστέλλω την επιστολή του κου Γαϊτάνη Απόστολου, σχετικά με την ανεξήγητη αύξηση των μηνιαίων ασφαλίσεων που καταβάλλει στην ασφαλιστική εταιρεία ALPHA ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ (πλέον AXA ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ) γεγονός για το οποίο έχει απευθυνθεί στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή, με αποτέλεσμα να επιβληθεί πρόστιμο στην ως άνω εταιρεία.

Σας παρακαλώ να εξετάσετε ουσιαστικά την συνημμένη αναφορά και να με ενημερώσετε αφενός για το αν έχει καταβληθεί το προαναφερθέν πρόστιμο, αφετέρου για τους λόγους που δεν επιβλήθηκε και νέο πρόστιμο στην εν λόγω ασφαλιστική εταιρεία αν και αυτή συνεχίζει την αύξηση των μηνιαίων ασφαλίσεων με βάση κριτήρια τα οποία έχουν κριθεί ασαφή και δεν καθορίζονται συμβατικά.

Αθήνα, 15.7.2013

Η αναφέρουσα Βουλευτής

Μαρίνα Χρυσοβελώνη, Βουλευτής Μαγνησίας

ΠΡΟΣ
Κα Χρυσοβελώνη Μαρίνα
Βουλευτή Μαγνησίας

ΑΝΑΦΟΡΑ

Του Γαϊτάνη Αποστόλου
του Νικολάου
Γαλλίας 86-Βόλος
Τηλ. 6973054909

Βόλος 8/7/2013

Διατηρώ το υπ' αριθμό 172551-4 ασφαλιστήριο συμβόλαιο Απεριόριστης Νοσοκομειακής Περίθαλψης με την ALPHA ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ και νυν ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ (μετά την μεταβίβαση της πρώτης στην δεύτερη) από το έτος 2002.

Με την αλλαγή κάθε ασφαλιστικού έτους διαπίστωνα μια αύξηση στα μηνιαία ασφάλιστρα που κατέβαλα στην εταιρία μέσω πάγιας τραπεζικής εντολής πληρωμής ασφαλίσεων. Σε ερωτήσεις μου προς τον ασφαλιστικό πράκτορα για το πως προκύπτουν αυτές οι αυξήσεις και γιατί δεν ελάμβανα κάποια ενημέρωση από την εταιρία, ελάμβανα την απάντηση ότι αυτές οι αυξήσεις προκύπτουν λόγω αύξησης των νοσηλίων από τα Νοσηλευτήρια και ότι αυτό προβλέπεται και από το υπογραφέν συμβόλαιο.

Αναλυτικά οι ετήσιες αυξήσεις που έχουν επιβληθεί έχουν ως εξής: για το 2003 3,87%, για το 2005 5%, για το 2006 6%, για το 2007 9%, για το 2008 9,5%, για το 2009 14%, για το 2010 10%, για το 2012 12%.

Κατά το έτος 2011 απευθύνθηκα στην Γενική Γραμματεία Καταναλωτή στην οποία και κατήγγειλα το γεγονός (επισυνάπτεται η σχετική αλληλογραφία). Μετά από έλεγχο που διενεργήθηκε διαπιστώθηκε ότι η ασφαλιστική εταιρεία αναπροσαρμόζει τα ασφάλιστρά της με βάση κριτήρια που δεν καθορίζονται εκ των προτέρων στην αρχική σύμβαση, δεν στηρίζονται σε μετρήσιμα μεγέθη και θεωρούνται ανεξέλεγκτα. Κατόπιν αυτού επιβλήθηκε πρόστιμο στην εταιρεία ποσού 700.000€ (απόφαση υπ' αριθμ Ζ2-6102 οικ./14-12-2011).

Παρόλα αυτά και φέτος η εταιρεία, μέσα στην βαθειά οικονομική κρίση που βιώνουμε, συνέχισε την αύξηση των ασφαλίσεων σε ποσοστό 5,9% με προφανή σκοπό τον εξαναγκασμό των ασφαλισμένων σε διακοπή των συμβολαίων τους, λόγω του ότι θεωρούν ασύμφορα πλέον τα συμβόλαια απεριόριστης νοσοκομειακής κάλυψης.

Κατόπιν αυτών παρακαλώ πολύ όπως ασχοληθείτε με το θέμα μου με την ελπίδα να προκύψει κάποιο θετικό αποτέλεσμα στο πρόβλημά μου που αποτελεί και πρόβλημα και πολλών άλλων ασφαλισμένων στην ίδια εταιρεία (στην διάθεσή σας και ονόματα κάποιων απ' αυτούς)

Μετά τη


Γαϊτάνης Απόστολος

Ιδιωτική Ασφάλιση

Αναπροσαρμογή ασφαλίσεων

ΑΠΟΦΑΣΗ: Ζ2-6102 οικ./14.12.2011

Επιβολή χρηματικού προστίμου σε ασφαλιστική εταιρεία για διατύπωση και χρήση καταχρηστικού όρου ως προς την αναπροσαρμογή του ασφαλίστρου σε συμβάσεις κάλυψης εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης.

Καταχρηστικός ως αδιαφανής ο γενικός όρος σε σύμβαση ασφάλισης νοσοκομειακής περίθαλψης που επιφυλάσσει στην ασφαλιστική εταιρεία το δικαίωμα μονομερούς αναπροσαρμογής του ασφαλίστρου χωρίς ειδικά και εύλογα κριτήρια που να καθορίζονται στη σύμβαση. Η ασφαλιστική εταιρεία πρέπει να αναφέρει κατά τρόπο ορισμένο και σαφή τις προϋποθέσεις αναπροσαρμογής του ασφαλίστρου, έτσι ώστε ο ασφαλισμένος ήδη κατά τη σύναψη της σύμβασης να δύναται να αντιληφθεί το μέτρο της αύξησης. Ο όρος της ασφαλιστικής εταιρείας δεν πληροί τις ανωτέρω προϋποθέσεις, καθώς δεν παρέχει κανένα κριτήριο που να παρέχει οποιαδήποτε δέσμευση ως προς το ύψος της αναπροσαρμογής. Δεν αίρει την καταχρηστικότητα του γενικού όρου συναλλαγών η παραπομπή στη «δίκαιη κρίση». Επιβολή χρηματικού προστίμου 700.000 ευρώ για παράβαση των άρθρων 2 παρ. 6 και 7 εδ. ε και ια του Ν. 2251/1994 για την προστασία των καταναλωτών και της ΥΑ Ζ1-798/25.06.2008 κεφάλαιο Β, όπως έχει τροποποιηθεί με την Ζ1-21/17-1-2011 (ΦΕΚ Β 21) και ισχύει, σύμφωνα με την από 09.12.2011 εισήγηση της Διεύθυνσης Προστασίας Καταναλωτή.

1.ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Στη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή υποβλήθηκαν οι κάτωθι καταγγελίες:

Α. Η υπ' αριθμ. πρωτ.,

οι οποίες στρέφονται κατά της ανωτέρω εταιρείας (στη συνέχεια «η εταιρεία»).

Οι ανωτέρω καταναλωτές καταγγέλλουν ότι η εταιρεία προχώρησε σε υπέρμετρη και καταχρηστική αύξηση των ασφαλίστρων τους σε ασφαλιστήρια συμβόλαια που έχουν συνάψει με αυτήν.

Η Υπηρεσία μας απέστειλε στην εταιρεία τις υπ' αριθμ. πρωτ. Ζ2-... επιστολές της, με τις οποίες καλούσε την εταιρεία να της γνωστοποιήσει την ποσοστιαία ετήσια αύξηση των ασφαλίστρων στις συμβόλαια νοσοκομειακής περίθαλψης των καταγγελλόντων κατά την τελευταία πενταετία και το άρθρο της σύμβασης με βάση το οποίο επέρχεται η αναπροσαρμογή.

Σε συνέχεια των ανωτέρω, η εταιρεία με τις από ... επιστολές της, μας γνωστοποίησε ότι προέβη στις αναπροσαρμογές με βάση σχετικό γενικό όρο ασφαλίσεως που περιέχεται στις συμβάσεις.

Παράλληλα στις απαντητικές προς την Υπηρεσία μας επιστολές η εταιρεία αναφέρει ότι οι ετήσιες αυξήσεις των ασφαλίστρων που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία έτη έχουν ως ακολούθως: 6% για το 2006, 9% για το 2007, 9,5% για το 2008, 14% για το 2009 και 9% για το 2010, πλέον των προσαυξήσεων λόγω αλλαγής τιμολογιακής κλάσης.

Η Υπηρεσία μας με το υπ' αρ. πρωτ. Ζ2-.... /28.07.2011 έγγραφό της κάλεσε την εταιρεία να υποβάλει υπόμνημα με τις απόψεις της για παραβίαση των άρθρων 2 παρ. 6 και 7 εδ. ε και ια του Ν. 2251/1994, όπως ισχύει και της ΥΑ Ζ1-798/25.06.2008 κεφάλαιο Β, όπως έχει τροποποιηθεί με την Ζ1-21/17-1-2011 (ΦΕΚ Β 21) και ισχύει, στις διατάξεις των οποίων αντιβαίνει ο παραπάνω όρος αναπροσαρμογής των ασφαλίστρων.

Η εταιρεία υπέβαλε στην Υπηρεσία μας το από 12.09.2011 υπόμνημά της, το οποίο έλαβε αρ. πρωτ. Z2-..../13.09.2011), με το οποίο αρνείται την προσαπτόμενη παράβαση και υποστηρίζει συνοπτικά τα ακόλουθα:

- Τα κριτήρια του άρθρου 3 του ασφαλιστηρίου είναι παρεμφερή με τα κριτήρια που έχουν υιοθετήσει και εφαρμόζουν και άλλες ασφαλιστικές εταιρείες, μετά την έκδοση της υπ' αριθμ. 1030/2001 απόφασης του Α.Π., η δε ρήτρα αναπροσαρμογής λόγω ηλικίας έχει κριθεί νομολογιακά έγκυρη
- Το «κόστος νοσηλίων», το «κόστος μεθόδων διάγνωσης» και ο «δείκτης ζημίας» έχουν προκαθορισμένο τρόπο λειτουργίας και προβλεψιμότητα
- Η «αναλογιστική τεχνική» εκτιμά την επίδραση των προβλεπόμενων κριτηρίων στην αναπροσαρμογή των ασφαλίσεων
- Σύμφωνα με το ά. 30 παρ. 3 του ν.δ. 400/70, το ασφάλιστρο πρέπει να είναι επαρκές
- Το δικαίωμα της ασφαλιστικής επιχείρησης για αναπροσαρμογή του ασφαλίστρου προκύπτει από το ά. 288 ΑΚ και υπό το πρίσμα των διατάξεων του ά. 2 παρ. 6 και 7 του ν. 2251/1994

Στις 27.09.2011 με το υπ' αριθμ. πρωτ. Z2-..... έγγραφο, ο Γενικός Γραμματέας Καταναλωτή αιτήθηκε την παροχή γνώμης από τη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης της Τράπεζας της Ελλάδος σύμφωνα με το ά. 13 α παρ. 6 του ν. 2251/1994. Η Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης της Τράπεζας της Ελλάδος υπέβαλε στην υπηρεσία μας το από 21.11.2011 έγγραφό της (αρ. πρωτ./24.11.2011), με το οποίο διατυπώνει άποψη περί μη επιβολής κυρώσεων εναντίον της καταγγελλόμενης επιχείρησης.

2. ΙΣΧΥΟΝ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

Ν. 2251/1994 «Προστασία των καταναλωτών»

Άρθρο 2: Γενικοί όροι συναλλαγών-καταχρηστικοί γενικοί όροι

6. Γενικοί όροι συναλλαγών που έχουν ως αποτέλεσμα την σημαντική διατάραξη της ισορροπίας των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων σε βάρος του καταναλωτή απαγορεύονται και είναι άκυροι. Ο καταχρηστικός χαρακτήρας γενικού όρου ενσωματωμένου σε 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 την οποία αυτή εξαρτάται.»

7. Σε κάθε περίπτωση καταχρηστικοί είναι ιδίως οι όροι που:

...

ε) επιφυλάσσουν στον προμηθευτή το δικαίωμα μονομερούς τροποποίησης ή λύσης της σύμβασης χωρίς ορισμένο, ειδικό και σπουδαίο λόγο, ο οποίος να αναφέρεται στη σύμβαση

ια) χωρίς σπουδαίο λόγο αφήνουν το τίμημα αόριστο και δεν επιτρέπουν τον προσδιορισμό του με κριτήρια ειδικά καθορισμένα στη σύμβαση και εύλογα για τον καταναλωτή,

.....

Άρθρο 10: Ενώσεις Καταναλωτών – Συλλογικά μέσα προστασίας

2 of 6 παρ. 21: «Ο Υπουργός Ανάπτυξης μπορεί με απόφαση του, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της 7/5/2012 8:54 πμ

παρ. 21: «Ο Υπουργός Ανάπτυξης μπορεί με απόφαση του, που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, να καθορίζει τους όρους και τις προϋποθέσεις προσαρμογής της συναλλακτικής συμπεριφοράς των προμηθευτών στο δεδικασμένο αμετάκλητων δικαστικών αποφάσεων επί αγωγών καταναλωτή ή ενώσεων καταναλωτών, εφόσον οι συνέπειες του δεδικασμένου έχουν ευρύτερο δημόσιο ενδιαφέρον για την εύρυθμη λειτουργία της αγοράς και την προστασία των καταναλωτών.»

ΥΑ Ζ1-798/25.06.2008 (ΦΕΚ Β 1353), όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει με την Ζ1-21/17-1-2011 (ΦΕΚ Β 21)

...

«Κεφάλαιο Β

Την απαγόρευση διατύπωσης και χρήσης Γενικών Όρων Συναλλαγών που έχουν κριθεί ως καταχρηστικοί με αμετάκλητες δικαστικές αποφάσεις επί συλλογικών αγωγών ενώσεων καταναλωτών, σε συμβάσεις που συνάπτουν Ασφαλιστικές Εταιρείες με τους καταναλωτές, ως ακολούθως:

α) όρος σε συμβάσεις ασφάλισης νοσοκομειακής περίθαλψης που επιτρέπει στην ασφαλιστική εταιρεία να προβαίνει, κατά τη διάρκεια της σύμβασης ασφάλισης ή σε οποιαδήποτε ημερομηνία ανανέωσης της ασφαλιστικής αυτής κάλυψης, σε αύξηση των ασφαλιστρών χωρίς να καθορίζονται κριτήρια ειδικά εκ των προτέρων, ορισμένα και εύλογα για τον καταναλωτή με βάση τα οποία θα γίνεται η αύξηση αυτή»

Άρθρο 13 α: Κυρώσεις

....

2. Με την επιφύλαξη των διατάξεων του Ποινικού Κώδικα, του Αγορανομικού Κώδικα και διατάξεων άλλων ειδικών νομοθετημάτων, σε βάρος των προμηθευτών που παραβαίνουν τις διατάξεις του παρόντος νόμου, επιβάλλεται με απόφαση του Υπουργού Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης, πρόστιμο από χίλια πεντακόσια (1.500) έως ένα εκατομμύριο (1.000.000) ευρώ. Σε περίπτωση που εκδοθούν σε βάρος του ίδιου προμηθευτή περισσότερες από τρεις (3) αποφάσεις επιβολής προστίμου, το ανώτατο όριο προστίμου διπλασιάζεται και ο Υπουργός Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης μπορεί να διατάξει την προσωρινή διακοπή της λειτουργίας της επιχείρησης ή τμήματός της για χρονικό διάστημα από τρεις (3) μήνες έως ένα (1) έτος.

6. Αν οι παραβάσεις των διατάξεων του παρόντος διαπράττονται από: α) πιστωτικά ιδρύματα ή επιχειρήσεις και οργανισμούς του χρηματοπιστωτικού τομέα της οικονομίας, που εποπτεύονται από την Τράπεζα της Ελλάδος ή β) εταιρείες παροχής επενδυτικών υπηρεσιών, που εποπτεύονται από την Επιτροπή Κεφαλαιαγοράς ή γ) ασφαλιστικές επιχειρήσεις, που εποπτεύονται από την Επιτροπή Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (ΕΠ.Ε.Ι.Α.), οι Κυρώσεις που προβλέπονται στον παρόντα νόμο επιβάλλονται μετά από γνώμη της Τράπεζας της Ελλάδος ή της Επιτροπής Κεφαλαιαγοράς ή της ΕΠ.Ε.Ι.Α., κατά περίπτωση. Η γνώμη αυτή παρέχεται μετά από σχετική αίτηση του Γενικού Γραμματέα Καταναλωτή εντός προθεσμίας δύο (2) μηνών από την υποβολή της αίτησης. Αν παρέλθει άπρακτη η προθεσμία του προηγούμενου εδαφίου, οι διοικητικές Κυρώσεις επιβάλλονται χωρίς την ανωτέρα γνώμη...

3. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΜΑΣ

Η εταιρεία εξέθεσε με το έγγραφο υπόμνημά της αναλυτικά τους ισχυρισμούς της αναφορικά με την παράβαση που της προσάπτεται.

Από την εξέταση των στοιχείων του φακέλου και των προβαλλομένων στο σχετικό υπόμνημα λόγων περί μη επιβολής διοικητικών κυρώσεων, η Υπηρεσία μας έχει την άποψη ότι στην εξεταζόμενη περίπτωση συντρέχουν οι προϋποθέσεις εφαρμογής της παρ. 2 του άρθ. 13 α του ν. 2251/7-5-2013 8:54 πμ

περίπτωση συντρέχουν οι προϋποθέσεις εφαρμογής της παρ. 2 του ά. 13 α του ν. 2251/1994, καθ όσον η εταιρεία, όπως αναλυτικά αναφέρεται στο ιστορικό του παρόντος προέβη στην ακόλουθη παράβαση του ν. 2251/1994:

Οι ως άνω καταναλωτές έχουν συνάψει με την καταγγελλομένη εταιρεία ασφαλιστήρια συμβόλαια ζωής, στα οποία προσαρτάται κάλυψη εξόδων νοσοκομειακής περίθαλψης εξ αιτίας ασθένειας ή ατυχήματος.

Στους γενικούς όρους ασφαλίσεως που διέπουν την ασφάλιση νοσοκομειακής περίθαλψης και χρησιμοποιεί η καταγγελλομένη εταιρεία περιλαμβάνεται και ο ακόλουθος όρος:

«Αναπροσαρμογή ασφαλίσεων

Η Εταιρεία δεν μπορεί να αυξήσει τα ασφάλιστρα οποιασδήποτε κάλυψης ορισμένου αριθμού μεμονωμένων συμβολαίων. Αναπροσαρμογή των ασφαλίσεων γίνεται αν η ηλικία του Ασφαλισμένου (ή της Συζύγου σαν εξαρτώμενου προσώπου) αλλάξει τιμολογιακή κλάση. Η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να αναπροσαρμόζει το ασφάλιστρο για κάποιες από τις παροχές, όταν μεταβάλλεται οποιοσδήποτε από τους παρακάτω παράγοντες, είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με οποιονδήποτε από τους λοιπούς:

α. το κόστος των νοσηλίων, το οποίο καθορίζεται ενδεικτικά από τη χρέωση για κλίνη, τις τιμές των φαρμάκων και των υλικών που απαιτούνται για τη νοσηλεία, τις αμοιβές των γιατρών κ.λ.π.

β. το κόστος των εφαρμοζόμενων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας και της τεχνολογίας που χρησιμοποιείται από τα νοσοκομεία.

γ. τη σχέση μεταξύ αποζημιώσεων και ασφαλίσεων (δείκτης ζημίας)

δ. την αναλογιστική τεχνική που εφαρμόζεται για τη τιμολόγηση, καθώς επίσης και τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία από την εμπειρία της Εταιρείας και των Ελληνικών και διεθνών οργανισμών (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κ.λ.π.)

Κάθε αναπροσαρμογή γίνεται από την Εταιρεία κατά δίκαιη κρίση και μόνο σε οποιαδήποτε επέτειο από την ημερομηνία έναρξης του ασφαλιστηρίου.»

Ο ανωτέρω όρος ασφαλίσεως των καλύψεων νοσοκομειακής περίθαλψης που προβλέπει τη δυνατότητα αναπροσαρμογής του ασφαλίστρου παραβιάζει την αρχή της διαφάνειας, διαταράσσει σημαντικά την ισορροπία δικαιωμάτων και υποχρεώσεων ανάμεσα στα συμβαλλόμενα μέρη σε βάρος των καταναλωτών, αφήνει χωρίς σπουδαίο λόγο το ασφάλιστρο αόριστο και δεν εμπεριέχει συγκεκριμένα, εύλογα για τον καταναλωτή κριτήρια με βάση τα οποία θα είναι δυνατή η αναπροσαρμογή του ασφαλίστρου και θα προέκυπτε το μέτρο της αύξησης και συνεπώς είναι καταχρηστικός και ως εκ τούτου άκυρος σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 6 και 7 εδ. ε και ια Ν. 2251/1994, ενώ προσκρούει πλέον και στην ΥΑ Ζ1-798/2008 του Υπουργού Ανάπτυξης, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, και η οποία απαγορεύει τη διατύπωση και χρήση όρων όπως ο παραπάνω, που έχουν κριθεί αμετάκλητα ως καταχρηστικοί με αποφάσεις επί συλλογικών αγωγών ενώσεων καταναλωτών.

Ειδικότερα, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 7 Ν. 2251/94 «Καταχρηστικοί είναι ιδίως οι όροι που...ε) επιφυλάσσουν στον προμηθευτή το δικαίωμα μονομερούς τροποποίησης ή λύσης της σύμβασης χωρίς ορισμένο, ειδικό και σπουδαίο λόγο, ο οποίος να αναφέρεται στη σύμβαση», ενώ σύμφωνα με την περ. ια της ίδιας διάταξης «Καταχρηστικοί είναι ιδίως οι όροι που...ια) χωρίς σπουδαίο λόγο αφήνουν το τίμημα αόριστο και δεν επιτρέπουν τον προσδιορισμό του με κριτήρια ειδικά καθορισμένα στη σύμβαση και εύλογα για τον καταναλωτή». Σύμφωνα δε με την ΥΑ Ζ1-798/2008, όπως τροποποιήθηκε και ισχύει, με την οποία απαγορεύτηκε η αναγραφή γενικών όρων συναλλαγών που έχουν κριθεί καταχρηστικοί με αμετάκλητες δικαστικές αποφάσεις, «απαγορεύεται η αναγραφή όρου σε συμβάσεις ασφαλίσεως νοσοκομειακής περίθαλψης που επιτρέπει στην ασφαλιστική εταιρεία να προβεί, κατά τη διάρκεια της σύμβασης ασφαλίσεως ή σε οποιαδήποτε ημερομηνία ανανέωσης της ασφαλιστικής αυτής κάλυψης, σε αύξηση των ασφαλίσεων χωρίς να καθορίζονται κριτήρια ειδικά εκ των προτέρων, ορισμένα και εύλογα για τον καταναλωτή με βάση τα οποία θα γίνεται η αύξηση αυτή».

Ο ανωτέρω αναφερόμενος όρος, που περιλαμβάνεται στα έντυπα των γενικών όρων των προσαρτημάτων νοσοκομειακής περίθαλψης, αφενός δεν εμπεριέχει κατά τρόπο ορισμένο τον ειδικό και σπουδαίο λόγο που να δικαιολογεί τη μονομερή τροποποίηση του ασφαλίστρου, αφετέρου δεν εμπεριέχει κριτήρια εύλογα για τον καταναλωτή με βάση τα οποία να οριοθετείται και να καθίσταται ελέγξιμη από αυτόν η μελλοντική αύξηση του ασφαλίστρου. Αντιθέτως, με το περιεχόμενο που έχει αφήνει στη μονομερή κρίση της εταιρίας την αναπροσαρμογή του ασφαλίστρου.

Σύμφωνα ειδικότερα με την αρχή της διαφάνειας, η οποία θα πρέπει σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 6 και 7 εδ. ε και ια ν. 2251/1994, να διέπει τη διατύπωση των όρων (βλ. ενδ. ΑΠ 1030/2001, 430/2005), οι Γενικοί Όροι Συναλλαγών πρέπει να παρουσιάζουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μερών κατά τρόπο ορισμένο, ορθό και σαφή. «Έτσι όταν πρόκειται για γενικό όρο που αφορά την επιφύλαξη στον ασφαλιστή του δικαιώματος να προβαίνει σε αύξηση των ασφαλίστρων που συνιστά τη βασική υποχρέωση του ασφαλισμένου πρέπει να διατυπώνεται στο ασφαλιστήριο κατά τρόπο διαφανή υπό την έννοια ότι ο ασφαλισμένος ήδη κατά τη σύναψη της συμβάσεως πρέπει να δύναται να αντιληφθεί το μέτρο της αυξήσεως και στην περίπτωση μιας αυξήσεως να δύναται να εκτιμήσει το σύμφωνο αυτής προς την σχετική ρήτρα που την προβλέπει. Σε περίπτωση επιφυλαχθέντος στον προμηθευτή δικαιώματος αναπροσδιορισμού των ασφαλίστρων, πρέπει να αναφέρονται κατά τρόπο ορισμένο όσο είναι δυνατόν οι προϋποθέσεις αυτού και το δεδομένο πλαίσιο διαμορφώσεως. Από τις αρχές της καλής πίστεως επιτάσσεται ότι συγκεκριμένος ΓΟΣ πρέπει να προσφέρει στον καταναλωτή επαρκή γνώση των οικονομικών επιβαρύνσεων που αυτός αναλαμβάνει στο βαθμό που από τις περιστάσεις προκύπτει ότι κάτι τέτοιο μπορεί να αξιωθεί. Ο προμηθευτής ενεργεί κατά τρόπο καταχρηστικό, αν δεν συμμορφώνεται προς τις επιταγές αυτές. Τέτοια χαρακτηριστικά έχει ο ΓΟΣ εκείνος που επιτρέπει στον ασφαλιστή ως προμηθευτή να προβεί αυτός μονομερώς σε μεταβολή ασφαλίστρων σε οποιαδήποτε ημερομηνία ανανεώσεως της συμβάσεως ασφαλίσεως. Σε μία τέτοια περίπτωση (μονομερούς αναπροσαρμογής) ο αντισυμβαλλόμενος-καταναλωτής παραδίδεται στην κρίση του προμηθευτή για την ορθότητα και αναγκαιότητα της αναπροσαρμογής χωρίς αυτός να μπορεί να προβλέψει κάτω από ποιες προϋποθέσεις και σε ποια έκταση θα υποστεί πρόσθετες επιβαρύνσεις (βλ. ΑΓ. 1030/2001, ΔΕΕ 200, 1127)».

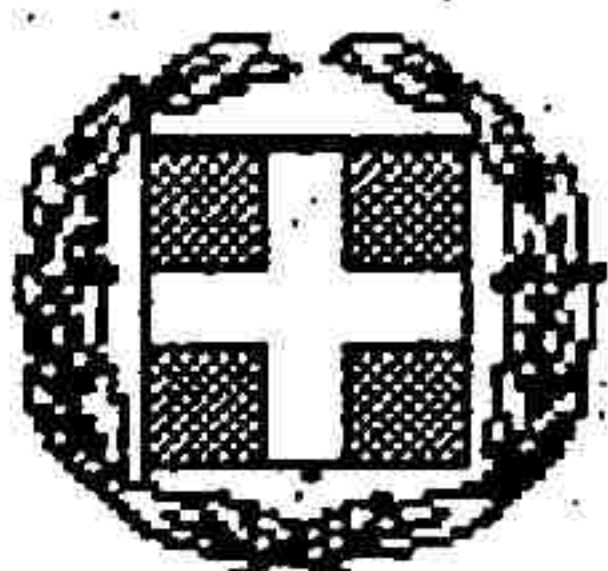
Εν προκειμένω, οι εμπεριεχόμενοι στον παραπάνω γενικό όρο συναλλαγών παράγοντες είναι παντελώς απρόσφοροι να αποτελέσουν εύλογα για τον καταναλωτή κριτήρια αναπροσαρμογής του ασφαλίστρου, γιατί είτε πρόκειται για αόριστες έννοιες, που δεν επιτρέπουν στον καταναλωτή να ελέγξει κάτω από ποιες προϋποθέσεις και σε ποια έκταση θα ακολουθήσει η αναπροσαρμογή του ασφαλίστρου, είτε για έννοιες που δεν εξειδικεύονται σε δείκτες ή κριτήρια που θα μπορούσαν να επιτελέσουν τη λειτουργία αυτή. Η μεμονωμένη μεταβολή μάλιστα οποιουδήποτε από τους εν λόγω παράγοντες αρκεί, σύμφωνα με το περιεχόμενο του όρου, για να οδηγήσει στην αύξηση του ασφαλίστρου, ανεξαρτήτως δηλαδή της μεταβολής ή μη άλλων παραγόντων οι οποίοι, άλλωστε, μπορεί να εξελίσσονται προς αντίθετες κατευθύνσεις. Δεν παρέχεται κανένα κριτήριο που να περιέχει οποιαδήποτε δέσμευση ως προς το ύψος της αναπροσαρμογής. Άλλωστε, από τη στιγμή που ως κριτήρια αναπροσαρμογής του τιμήματος σωρεύονται περισσότεροι του ενός παράγοντες, η επιταγή της διαφάνειας επιβάλλει να σταθμίζεται στον σχετικό όρο η συμμετοχή του κάθε παράγοντα στη συνολική διαμόρφωση της μεταβολής του τιμήματος (ασφαλίστρου). Μάλιστα, ακόμη και για το προβλέψιμο στοιχείο της ηλικιακής μεταβολής αναφέρεται στον όρο ότι αναπροσαρμογή γίνεται αν η ηλικία του ασφαλισμένου αλλάξει τιμολογιακή κλάση, δίχως να προσδιορίζεται ούτε πότε επέρχεται η αλλαγή της τιμολογιακής κλάσης ούτε σε ποιο ύψος μεταβάλλει αυτή το ασφάλιστρο. Ενδεικτικά, εξάλλου, αναφέρεται ότι η μεταβολή του υποδείκτη υγείας που αντικατοπτρίζει σύμφωνα με τη Στατιστική Αρχή τις μεταβολές στις υπηρεσίες υγείας κυμάνθηκε στα έτη για τα έτη 2006 έως 2010 κατά σειρά σε 2,7%, 2,98%, 3,62%, 3,02% και 1,49%, ενώ οι αντίστοιχες μονομερείς αυξήσεις του ασφαλίστρου από την εταιρεία ανήλθαν σε 9% για το 2007, 9,5% για το 2008, 14% για το 2009 και 9% για το 2010, πλέον των αυξήσεων λόγω μεταβολής της ηλικιακής κλάσης.

Η ασφαλιστική εταιρεία δεν διατυπώνει το δικαίωμά της να προβαίνει σε αύξηση του ασφαλίστρων κατά τρόπο διαφανή έτσι ώστε ο ασφαλισμένος ήδη κατά τη σύναψη της συμβάσεως να δύναται να αντιληφθεί το μέτρο της αυξήσεως και στην περίπτωση μιας αυξήσεως να δύναται να εκτιμήσει το σύμφωνο αυτής προς την σχετική ρήτρα που την προβλέπει. Η εταιρεία δεν αναφέρει κατά τρόπο ορισμένο και όσο είναι δυνατόν τις προϋποθέσεις του δικαιώματος αναπροσαρμογής του ασφαλίστρου, ώστε ο καταναλωτής να αποκτά επαρκή γνώση των οικονομικών επιβαρύνσεων που αυτός αναλαμβάνει.

Η αοριστία που εισάγουν οι παραπάνω παράγοντες και η αδυναμία με βάση αυτούς να αποτιμηθούν μεταβολές κατά συγκεκριμένο και μετρήσιμο τρόπο που να καθιστούν ελέγξιμη τη μεταβολή του ασφαλίστρου και το ύψος αυτής, οδηγεί στον μονομερή καθορισμό του ασφαλίστρου με την εξουδετέρωση της δυνατότητας ελέγχου της αυξήσεως με βάση το περιεχόμενο του όρου. Τούτο δε άλλωστε ρητά κατοχυρώνεται και η εταιρεία στον παραπάνω όρο, όταν εν κατακλείδι αναφέρει ότι κάθε αναπροσαρμογή γίνεται από την εταιρεία κατά δίκαιη κρίση, παραπέμποντας κατ' ουσίαν στην εφαρμογή της 371 ΑΚ για τον προσδιορισμό αόριστης παροχής. Ωστόσο, με την παραπομπή στην 371 ΑΚ δεν αίρεται η καταχρηστικότητα του εν λόγω όρου. Όπως ειδικότερα εκτίθεται στην ΑΠ 1030/2001 (ΔΕΕ 2001, 1127):

«Ναι μεν ορίζεται από τη διάταξη του άρθρου 371 ΑΚ ότι «αν ο προσδιορισμός της παροχής ανατέθηκε σε ένα από τους συμβαλλόμενους ή σε τρίτον, σε περίπτωση αμφιβολίας θεωρείται ότι ο προσδιορισμός πρέπει να γίνει με δίκαιη κρίση. Αν δεν έγινε με δίκαιη κρίση ή βραδύνει, γίνεται από το δικαστήριο». Όμως η τελευταία αυτή διάταξη εκτοπίζεται από την ειδικώς ρυθμίζουσα το ζήτημα διάταξη του αρθ. 2 παρ.7 περ. ε' του Ν.2251/94 σύμφωνα με την οποία «καταχρηστικοί είναι ιδίως οι όροι που : α)...ε, επιφυλάσσουν στον προμηθευτή το δικαίωμα μονομερούς τροποποίησης ή λύσεως της σύμβασης χωρίς ορισμένο ειδικό και σπουδαίο λόγο». Το εκ της τελευταίας αυτής διατάξεως πηγάζον προαπαιτούμενο της συγκεκριμενοποίησης και του ευλόγου της διαμορφώσεως των σχετικών εξουσιών επεμβάσεως του προμηθευτή (εν προκειμένω ασφαλιστή) προορίζεται να προστατεύσει το άλλος συμβαλλόμενο μέρος από τη μονομερή εξουσία προσδιορισμού της παροχής του προμηθευτή. Η δίκαιη κρίση της ΑΚ 371 προϋποθέτει την εφαρμογή ευλόγων κριτηρίων για την αναπροσαρμογή. Ο Ν. 2251/94 βαίνει πέρα από την παραπάνω διάταξη γιατί αξιώνει στις καταναλωτικές σχέσεις τα κριτήρια αυτά ν' αναφέρονται στη σύμβαση. Ο ν.2251/94 (αρθ.2 παρ.7 εδ.ια') δεν ανέχεται την αοριστία του τιμήματος παρά μόνο αν υπάρχει σπουδαίος λόγος, οπότε πρέπει ν' αναφέρονται ειδικώς καθορισμένοι και εύλογα κριτήρια. Όμως το γενικό και αόριστο κριτήριο της δίκαιης κρίσης κατά την ΑΚ 371 δεν θα μπορούσε ν' αποτελέσει το κατάλληλο μέσο για την προστασία του αντισυμβαλλόμενου- καταναλωτή. Η ΑΚ 371 είναι στο νόμο καταστρωμένη για τον τύπο μίας ατομικής συμβάσεως και δεν μπορεί να διασφαλίσει τα συμφέροντα του καταναλωτή σε συμβάσεις, στις οποίες οι όροι μεταξύ των συμβαλλομένων μερών δεν καθίστανται αντικείμενο διαπραγμάτευσης όπως συμβαίνει με τους Γ.Ο.Σ.».

Με βάση τα παραπάνω, η εταιρεία διατυπώνει και χρησιμοποιεί στις συμβάσεις της με τους ασφαλισμένους, κατά παράβαση των διατάξεων των άρθρων 2 παρ. 6 και 7 εδ. ε και ια του ν.2251/1994, όπως έχει τροποποιηθεί και ισχύει, καταχρηστικό όρο, ενώ η χρήση και διατύπωσή του αντίκειται και στην ΥΑ Ζ1-798/25.06.2008 (ΦΕΚ Β 1353), όπως έχει τροποποιηθεί με την Ζ1-21/17-1-2011 (ΦΕΚ Β 21) και ισχύει.



Αθήνα, 21 /12/2011

Αριθ. Πρωτ: Ζ2 - 20247 οικ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ
ΤΜΗΜΑ Β'

ΠΡΟΣ ΚΟ ΓΑΪΤΑΝΗ ΑΠΟΣΤΟΛΟ
ΓΑΛΛΙΑΣ 86
38221 ΒΟΛΟΣ

Ταχ. Δ/ση : Πλ. Κάνιγγος
Ταχ. Κώδικας : 101 81 Αθήνα
Πληροφορίες : Β. Χριστοδουλάκη
Τηλέφωνο : 210 38 93 267
Fax : 210 38 43 549

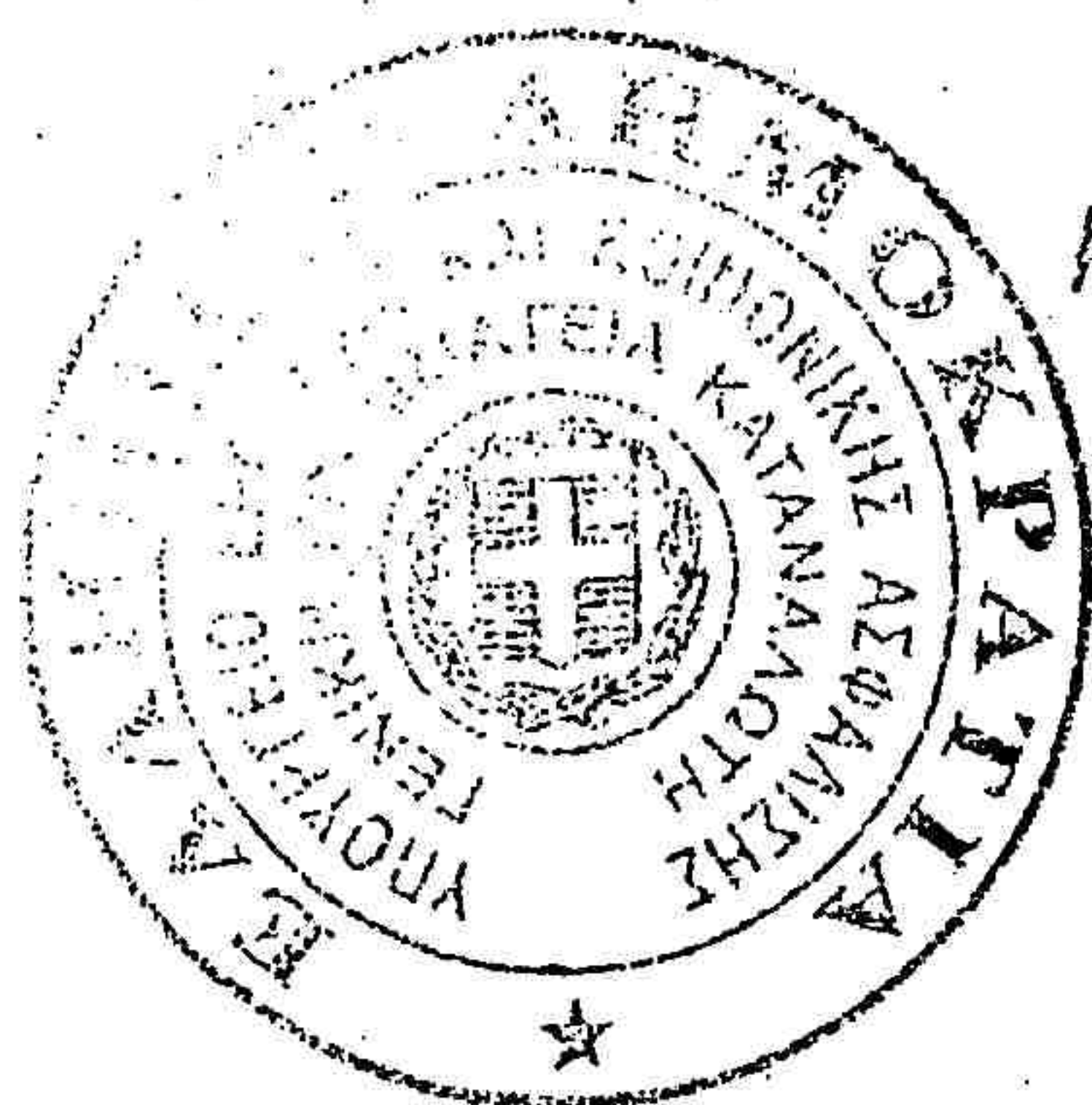
ΘΕΜΑ: «Αύξηση ασφαλίσεων»

Σε συνέχεια της καταγγελίας σας, σχετικά με την αύξηση ασφαλίσεων, από την ασφαλιστική σας εταιρεία ΑΧΑ, σας αποστέλλουμε φωτοαντίγραφο σχετικού δελτίου τύπου, που αναφέρεται στις ενέργειες της Υπηρεσίας μας, για ενημέρωσή σας.

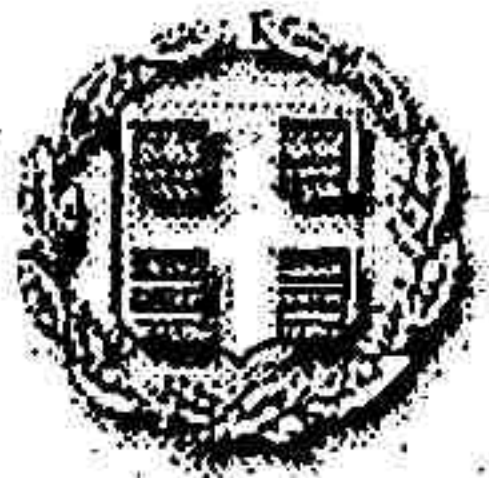
Η ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ

Α.ΡΟΓΚΟΥ

Συνημμένες: 2 σελίδες.
Εσωτ. Διαν.: Στη Διεύθυνσή μας (1)



ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ

Ημερομηνία: Πέμπτη, 15 Δεκεμβρίου 2011

Θέμα: Χρηματικά πρόστιμα σε τρεις ασφαλιστικές εταιρείες για αυθαίρετες αυξήσεις σε ασφαλίσεις νοσοκομειακής κάλυψης

Με αποφάσεις που εξέδωσε ο Υφυπουργός Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης Γιάννης Κουτσούκος, επιβλήθηκαν, κατ' εφαρμογή της νομοθεσίας για την «προστασία των καταναλωτών» (ν. 2251/94), πρόστιμα συνολικού ύψους 2.000.000 ευρώ σε τρεις ασφαλιστικές εταιρείες που κάνοντας χρήση καταχρηστικών όρων προέβησαν σε αυθαίρετες αναπροσαρμογές των ασφαλίσεων στις ασφαλίσεις νοσοκομειακής κάλυψης. Ειδικότερα, τα πρόστιμα επιβλήθηκαν στην ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ (700.000 ευρώ), στην ING ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ (700.000 ευρώ) και στην GROUPAMA ΦΟΙΝΙΞ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ (600.000 ευρώ).

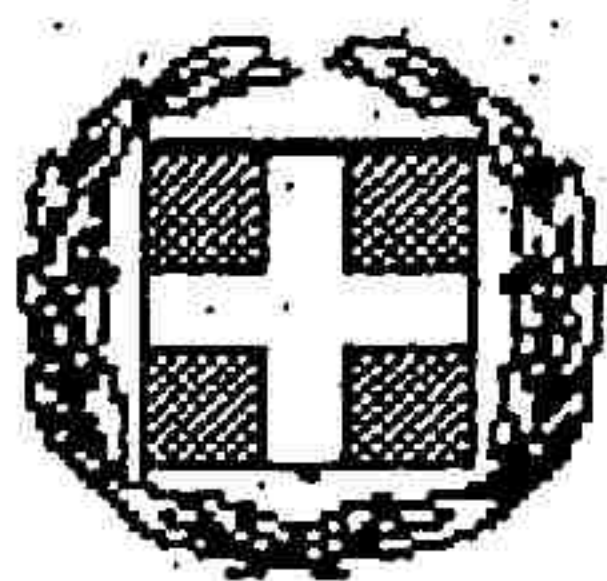
Από την έρευνα που διεξήγαγε η Διεύθυνση Προστασίας της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή, ύστερα και από καταγγελίες πολλών καταναλωτών, οι οποίοι κλήθηκαν να καταβάλλουν ιδιαίτερος αυξημένα ασφάλιστρα, διαπιστώθηκε ότι οι παραπάνω εταιρείες προέβησαν τα τελευταία έτη σε ετήσιες αυξήσεις ασφαλίσεων που άγγιζαν ή και υπερέβαιναν σε αρκετές περιπτώσεις το ποσοστό του 10% ή και 15 %. Οι εταιρείες στήριζαν τις αυξήσεις αυτές σε γενικούς όρους ασφάλισης («ψιλά γράμματα»), οι οποίοι προέβλεπαν τη δυνατότητα μονομερούς αναπροσαρμογής δίχως όμως να την εξαρτούν πράγματι από ειδικά, καθορισμένα στη σύμβαση και εύλογα για τον καταναλωτή κριτήρια, όπως απαιτείται από την ισχύουσα νομοθεσία.

Σύμφωνα με τις επιταγές της διαφάνειας, οι συμβατικοί όροι που επιφυλάσσουν στην ασφαλιστική εταιρεία το δικαίωμα να προβαίνει μονομερώς σε αύξηση του ασφαλίστρου πρέπει να διατυπώνονται κατά τρόπο ορθό, ορισμένο και σαφή ώστε να επιτρέπουν στον καταναλωτή να ελέγχει κάτω από ποιες προϋποθέσεις και σε

ποια έκταση θα ακολουθήσει η αναπροσαρμογή του ασφαλιστρού. Ωστόσο, οι όροι που χρησιμοποιούν οι παραπάνω εταιρείες για τη μονομερή αναπροσαρμογή του ασφαλιστρού είναι αόριστοι και δεν εμπεριέχουν κριτήρια εύλογα για τον καταναλωτή με βάση τα οποία να οριοθετείται και να καθίσταται ελέγξιμη από αυτόν η μελλοντική αύξηση του ασφαλιστρού. Οι εταιρείες αποφεύγουν οποιαδήποτε δέσμευση στη βάση συγκεκριμένων κριτηρίων ή δεικτών ως προς το ύψος της αναπροσαρμογής. Το αποτέλεσμα είναι να αιφνιδιάζονται οι καταναλωτές, ερχόμενοι αντιμέτωποι στη διάρκεια της σύμβασης με υπέρμετρες αυξήσεις, που με βάση τις εύλογες προσδοκίες τους δεν δικαιολογούνται. Ας επισημανθεί άλλωστε ότι την τελευταία τετραετία ο υποδείκτης υγείας της Στατιστικής Αρχής που αντικατοπτρίζει τις μεταβολές (αυξήσεις) στο κόστος των υπηρεσιών υγείας κυμάνθηκε μεταξύ 3,62% και 1,49%.

Ο Υφυπουργός Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης Γιάννης Κουτσούκος δήλωσε τα ακόλουθα:

«Με τις αποφάσεις αυτές τίθεται φραγμός στην αδιαφάνεια και τον αιφνιδιασμό των καταναλωτών από υπέρογκες αυξήσεις των ασφαλιστρών των νοσοκομειακών καλύψεων. Η Γενική Γραμματεία Καταναλωτή συνεχίζει τους αδιάκοπους ελέγχους και ασκεί τις αρμοδιότητές της σε όλους τους τομείς της αγοράς, με στόχο να διαφυλάξει και να προστατεύσει, σε αυτή ιδίως την κρίσιμη οικονομική συγκυρία, το εισόδημα των καταναλωτών από καταχρηστικές και αθέμιτες πρακτικές».



Αθήνα , 13 /09/2011

Αριθ. Πρωτ: Ζ2 - 14633 οικ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ
ΤΜΗΜΑ Β'

ΠΡΟΣ **Κο ΓΑΪΤΑΝΗ ΑΠΟΣΤΟΛΟ**
ΓΑΛΛΙΑΣ 86
38221 ΒΟΛΟΣ

Ταχ. Δ/ση : Πλ. Κάνιγγος
Ταχ. Κώδικας : 101 81 Αθήνα
Πληροφορίες : Β. Χριστοδουλάκη
Τηλέφωνο : 210 38 93 267
Fax : 210 38 43 549

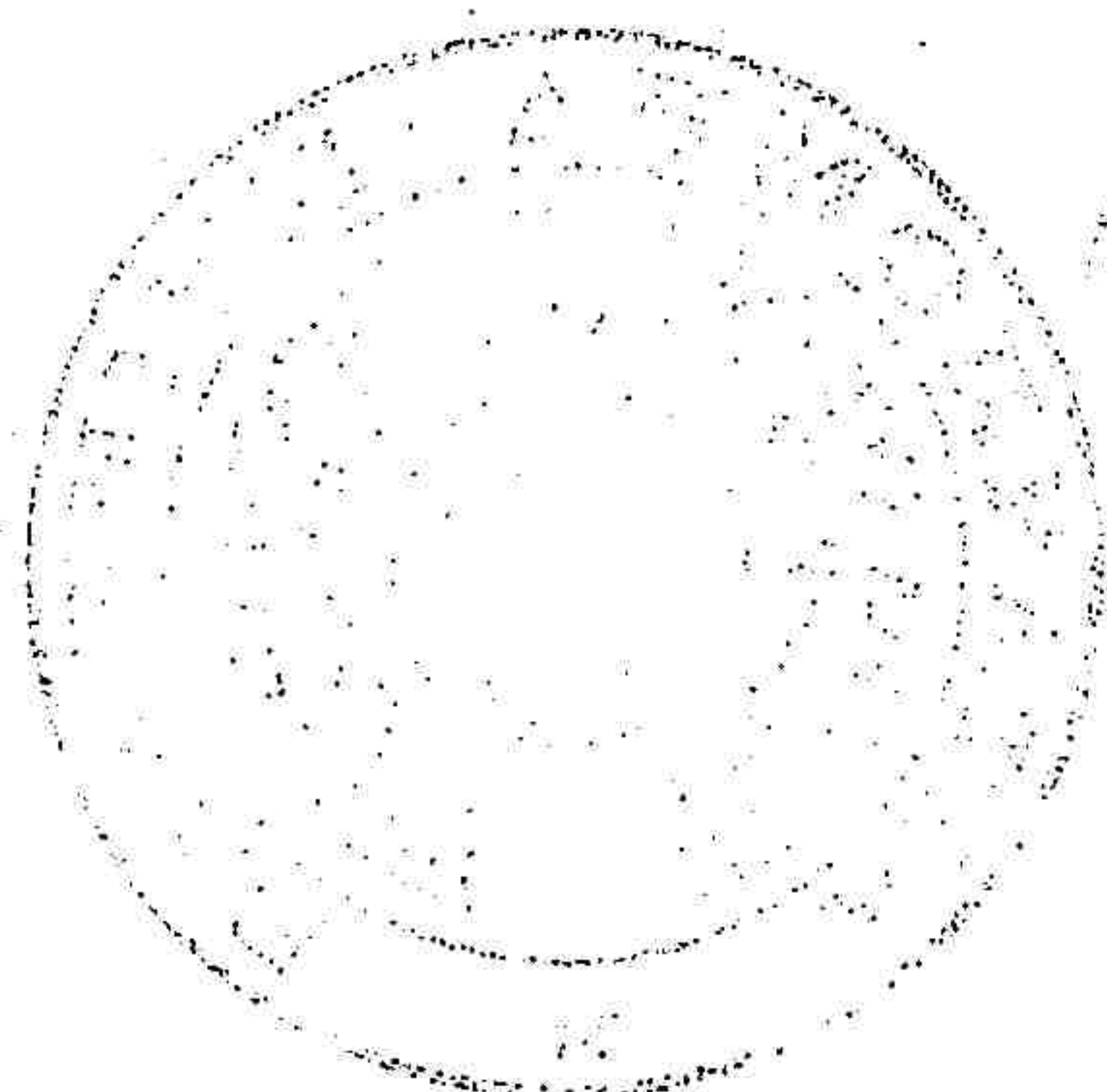
ΘΕΜΑ: «Αναπροσαρμογή ασφαλίσεων»

Σε απάντηση στην ως άνω κλήση για υποβολή υπομνήματος, η εταιρεία «ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ» μας απέστειλε την από 12-9-2011 υποβληθείσα στην Υπηρεσία μας επιστολή της , την οποία σας διαβιβάζουμε σε φωτοαντίγραφο για ενημέρωσή σας.

Η ΤΜΗΜΑΤΑΡΧΗΣ

Α.ΡΟΓΚΟΥ

Συνημμένες: 8 σελίδες.
Εσωτ. Διαν.: Στη Διεύθυνσή μας (1)



ΑΝΤΙΣΤΡΩΦΟ



ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

αλλάζουμε / τα δεδομένα

ΠΡΟΣ ΤΗ ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

Διεύθυνση Προστασίας Καταναλωτή

ΥΠΟΜΝΗΜΑ

Της Ανώνυμης Ασφαλιστικής Εταιρείας με την επωνυμία << ΑΧΑ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε. >> , που εδρεύει στην Αθήνα, οδός Μιχαλακοπούλου 48

Θέμα: Αναπροσαρμογές Ασφαλίσεων- Γενικοί Όροι Συναλλαγών

.....

Αξιότιμε Κύριε Καρόπουλε

Σε απάντηση της από 28-7-2011 με αριθ. πρωτ. Ζ2 -12331 επιστολής σας ,
σε σχέση με τις αναπροσαρμογές ασφαλίσεων των Νοσοκομειακών
Προγραμμάτων της Εταιρίας μας , σας εκθέτουμε τις απαντήσεις και απόψεις μας.

Ι. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα περιστατικά τα οποία περιήλθαν σε γνώση σας , κατόπιν παραπόνων –
καταγγελίας καταναλωτών είναι ελάχιστα (πέντε - 5) , συγκριτικά με το σύνολο του
χαρτοφυλακίου μας που περιλαμβάνει περί τους 55.000 ασφαλισμένους
(συμβαλλομένους και εξαρτώμενα μέλη). Η εταιρία μας πάντοτε εναρμονίζεται με
τις επιταγές της καλής πίστης και των χρηστών συναλλακτικών ηθών κατά την
άσκηση της δραστηριότητάς της και έτσι ουδέποτε προέβη σε υιοθέτηση και
εφαρμογή όρων που είναι καταχρηστικοί.

Πριν από μερικά χρόνια δε , αναπροσαρμόσαμε τους όρους των
ασφαλιστηρίων μας και συμπεριλάβαμε κριτήρια , που τότε ήταν αποδεκτά και
εναρμονίζονταν με τις αποφάσεις του ΑΠ, και έτσι μέχρι σήμερα οι όροι αυτοί των
ασφαλιστηρίων μας δεν έχουν προσβληθεί ως καταχρηστικοί από τους
ασφαλισμένους μας , ούτε έχουν κριθεί ως τέτοιοι με απόφαση Δικαστηρίου.



Η συζήτηση που πρόσφατα έχει ξεκινήσει αναφορικά με τους όρους και τα κριτήρια αναπροσαρμογής των ασφαλίσεων των προγραμμάτων νοσηλείας είναι σε εξέλιξη, αλλά ακόμα και τα σχέδια νόμου που έχουν εκπονηθεί κατά καιρούς, προβλέπουν τη χρήση των μεθόδων και κριτηρίων που στους ισχύοντες όρους μας αναγράφονται. Η εταιρία μας παρακολουθεί την εξέλιξη αυτή από κοντά προκειμένου το συντομότερο να ευθυγραμμιστεί με τις νέες διατάξεις που θα τεθούν σε εφαρμογή.

Ανεξάρτητα από το αν ένα παράπονο περιέλθει στην κρίση του Συνηγόρου ή άλλων αρχών, η εταιρία μας φροντίζει να διεκπεραιώνει εγκαίρως, τα αιτήματα των ασφαλισμένων της, όσο αυτό είναι εφικτό, με αποτέλεσμα, από τις έρευνες ικανοποίησης πελατών που διεξάγονται, να καταδεικνύεται ότι η ικανοποίηση των ασφαλισμένων μας, από τις παροχές και την εξυπηρέτηση που παρέχουμε, είναι από τις υψηλότερες στην αγορά. Το ίδιο πράξαμε και στα 5 περιστατικά που αναφέρονται στην επιστολή σας.

Ήδη ο Ν. 3587/2007, που τροποποίησε το άρθρο 2 παρ. 2 του Ν. 2251/1994, βελτίωσε την καταγραφή της αρχής της διαφάνειας στο στάδιο ελέγχου ένταξης σύμφωνα με την οποία οι ΓΟΣ πρέπει να διατυπώνονται κατά τρόπο σαφή, συγκεκριμένο και εύληπτο, ώστε ο καταναλωτής να μπορεί να κατανοεί πλήρως το νόημά τους.

Η πρόσφατη νομολογία (ΠΠρΑθ 961/2007) έχει αποφανθεί, ότι η διαφάνεια κρίνεται από το περιεχόμενο και τη διατύπωση των όρων και όχι από άλλα εξωτερικά στοιχεία που δεν προκύπτουν από τη διατύπωση. Το όριο σε αυτή την υποχρέωση (της διαφάνειας) που κρίνεται όπως προαναφέραμε από την διατύπωση και των περιεχόμενων των όρων της ασφαλιστικής σύμβασης, είναι έννοιες γνωστές στον καταναλωτή από τη συναλλακτική του δράση και την κοινωνική του πείρα. Οι ασφαλισμένοι, έχουν ενημερωθεί και αποδεχτεί τους όρους αυτούς κατά τη σύναψη της ασφάλισης.

Το δικαίωμα της εταιρίας να προβεί σε αναπροσαρμογές σύμφωνα με τα όσα προβλέπουν οι όροι, υποστηρίζεται γνωμοδοτικά τόσο από τη Νομική Υπηρεσία της Εταιρίας μας όσο και από τους έγκριτους Καθηγητές του Εμπορικού –



ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

αλλάζουμε / τα δεδομένα

Ασφαλιστικού Δικαίου του Πανεπιστημίου Αθηνών κ.κ. Ιωάννη Ρόκα και Θεμιστοκλή Σκούρα, τις γνώμοδοτήσεις των οποίων ζητήσαμε. Ως εκ τούτου η εταιρία μας δεν προέβη σε αυθαίρετη αναπροσαρμογή και ούσα κοινωνικά υπεύθυνη, φροντίζει για το συμφέρον των ασφαλισμένων της και το καλό της όνομα στην αγορά, γι' αυτό και ζήτησε τη γνώμη των ειδικών επιστημόνων προτού προβεί σε αναπροσαρμογές.

II. Η Θέση της Εταιρείας μας

Στα συμβόλαια υγείας της εταιρείας μας περιέχονται δύο όροι που προβλέπουν αναπροσαρμογή ασφαλίσεων, ο όρος 3. ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ και ο όρος 4. ΤΙΜΑΡΙΘΜΙΚΗ ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ.

Όσον αφορά τον όρο 4. η αναπροσαρμογή γίνεται με βάση το δείκτη τιμών καταναλωτή και δεν υφίσταται κανένα θέμα συμβατότητας με την αρχή της διαφάνειας, όπως γίνεται παγίως δεκτό και από τη νομολογία.

Όρος 3. ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Η αναπροσαρμογή ασφαλίστρου, σύμφωνα με τον όρο αυτό, γίνεται για πολύ συγκεκριμένο και σπουδαίο λόγο και περιλαμβάνει δύο κατηγορίες i) αυτή που προκύπτει ως απόρροια αλλαγής ηλικιακής κλάσης του ασφαλισμένου και ii) αυτή που προκύπτει ως απόρροια μεταβολής, αυτοτελώς ή συνδυαστικώς, μιας ομάδας κριτηρίων που επιδρούν στο κόστος των ασφαλίσεων, έτσι όπως αναφέρονται στους όρους των ασφαλιστηρίων μας.

Η ρήτρα αυτή λόγω αλλαγής ηλικίας του ασφαλισμένου έχει κριθεί νομολογιακά ως έγκυρη (ΑΠ 1401/1999), διότι, στο μέτρο που πρόκειται για σοβαρές ασθένειες, οι οποίες στατιστικά εμφανίζονται σε προχωρημένες ηλικίες, το μεταβλητό του κινδύνου και το μέγεθος του κινδύνου αποτελούν σπουδαίο λόγο, που δικαιολογεί την τροποποίηση της σύμβασης.

Η δεύτερη κατηγορία αναπροσαρμογής στον όρο 3, προκύπτει από την αυτοτελή ή τη συνδυαστική εφαρμογή σειράς κριτηρίων, όπως αυτά αναγράφονται ειδικώς στο ασφαλιστήριο. Τα κριτήρια αυτά είναι παρεμφερή με τα κριτήρια που έχουν υιοθετήσει και εφαρμόζουν και άλλες ασφαλιστικές εταιρείες και



καθιερώθηκαν στην πράξη μετά την έκδοση της υπ' αριθ 1030/2001 απόφασης του Α.Π.

Α. Το πρώτο κριτήριο << το κόστος νοσηλίων >> έχει προκαθορισμένο τρόπο λειτουργίας , καθώς προσδιορίζεται το περιεχόμενό του (χρέωση κλίνης , τιμές φαρμάκων κλπ.) , έστω και αν οι σχετικές αναφορές είναι ενδεικτικές δεδομένου ότι η σχετική υποχρέωση υφίσταται στο μέτρο του δυνατού. Είναι ακόμη και προβλέψιμο το μέτρο αύξησης , με την έννοια της δυνατότητας που έχει ο ασφαλισμένος , να αντιληφθεί τον κίνδυνο που αντιπροσωπεύει γι' αυτόν μια αύξηση με βάση το συγκεκριμένο κριτήριο. Η δυνατότητα πρόβλεψης , όπως είναι αντιληπτό, αναφέρεται σε ένα πλαίσιο αυξήσεως και όχι βέβαια σε συγκεκριμένο ποσοστό , καθώς αυτό δεν είναι εφικτό ακόμη και για το πλέον συγκεκριμένο κριτήριο αναπροσαρμογής , όπως είναι αυτό του πληθωρισμού.

Σχετικά με το ελέγχιμο του μέτρου αυξήσεως , αυτό επιτυγχάνεται μόνο αν υφίστανται κάποιες μετρήσεις (π.χ. υπό τη μορφή δεικτών) , που παρέχουν τη δυνατότητα επαλήθευσης .

Οι δείκτες αυτοί δεν αντανakλούν τη συχνότητα νοσηλείας, αλλά την μεταβολή των εξόδων. Η συχνότητα νοσηλείας, η οποία δεν ελέγχεται από την ασφαλιστική εταιρία και τις οποίας ο υπέρμετρος περιορισμός θα ήταν ενδεχομένως αντίθετος προς το συμφέρον του ασφαλισμένου, έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία έτη με υψηλό ρυθμό.

Τα προγράμματα Νοσηλείας έχουν την ιδιαιτερότητα ότι καταβάλουν αποζημιώσεις σε νοσηλευτήρια. Τα κόστη νοσηλείας έχουν αυξηθεί με ρυθμό της τάξης του 13% κατ' έτος την δεκαετία 1998-2008 (σύμφωνα με μελέτη της ICAP που θέτουμε στη διάθεσή σας), παρά τις σημαντικές προσπάθειες που καταβάλει η εταιρία μας μέσω συνεργασιών με παρόχους ιατρικών υπηρεσιών για τη συγκράτηση της αύξησης του κόστους των υπηρεσιών τους.

Β. Το δεύτερο κριτήριο << κόστος μεθόδων διάγνωσης >> , όπως και το τρίτο κριτήριο << δείκτης ζημιάς >> έχουν ομοίως προκαθορισμένο τρόπο λειτουργίας και προβλεψιμότητα , σύμφωνα με τα όσα εκθέσαμε ανωτέρω αναλυτικά .Το ελέγχιμο εδώ πρέπει να κοινοποιείται έστω και δια ανακοίνωσης από τον ασφαλιστή στον



ασφαλισμένο των επελθουσών αυξήσεων στο κόστος των μεθόδων διάγνωσης κλπ και στο δείκτη ζημιάς. Τέτοιες επιστολές αποστέλλουμε κάθε έτος προς τους ασφαλισμένους για το ποσοστό αναπροσαρμογής ασφαλίσεων με ποσοτικοποίηση των κριτηρίων που επέδρασαν στην αύξηση, ώστε οι ασφαλισμένοι να δύνανται να ελέγξουν αν το μέτρο αύξησης είναι σύμφωνο προς τα κριτήρια της ρήτηρας αναπροσαρμογής.

Γ. Το τέταρτο κριτήριο << αναλογιστική τεχνική >>, προσδιορίζει τη μέθοδο για την τιμολόγηση, δεν αποδίδει σε απόλυτο αριθμό την αύξηση της αναπροσαρμογής αλλά τη συνεπηρεάζει κατά ένα βαθμό. Αυτό προκύπτει από την αναλογιστική έκθεση που συντάσσεται με βάση την αναλογιστική τεχνική. Η αναλογιστική τεχνική είναι εκείνη που θα εκτιμήσει την επίδραση των προβλεπόμενων κριτηρίων στην αναπροσαρμογή των ασφαλίσεων, με γνώμονα την εκ του Νόμου υποχρέωση της ασφαλιστικής εταιρείας για διατήρηση επαρκούς ασφαλίστρου με σκοπό να διασφαλίζει συνεχώς την αναγκαία φερεγγυότητα για να ανταποκρίνεται στις υποχρεώσεις της προς τους ασφαλισμένους της.

Η διάταξη του άρθρου 30 παρ. 3 ν.δ. 400/70 προβλέπει: << Ειδικά εφόσον πρόκειται για ασφάλισης ζωής τα ασφάλιστρα για τις νέες ασφαλιστικές δραστηριότητες πρέπει να είναι επαρκή βάσει αναλογιστικών υποθέσεων, ώστε η ασφαλιστική επιχείρηση να είναι σε θέση να εκπληρώνει όλες τις υποχρεώσεις της και ιδίως την υποχρέωση σύστασης επαρκών τεχνικών αποθεμάτων. Προς τούτο μπορούν να λαμβάνονται υπόψη όλες οι πτυχές της χρηματοοικονομικής κατάστασης της ασφαλιστικής επιχείρησης χωρίς όμως να γίνεται συστηματικά και μόνιμα η προσθήκη πόρων ξένων προς τα εν λόγω ασφάλιστρα και στο αποκτούμενο εισόδημα, πράγμα που θα μπορούσε να κλονίσει τελικά τη φερεγγυότητα της επιχείρησης >>.

Καθιερώνεται σύμφωνα με τη διάταξη αυτή ευθεία υποχρέωση της ασφαλιστικής επιχείρησης να καθορίζει το ύψος των ασφαλίσεων σε τέτοια επαρκή βάση προκειμένου να μη διακυβεύονται τα συλλογικά συμφέροντα της σχετικής κοινωνίας των κινδύνων.



Καθιερώνεται δε η γενική υποχρέωση των ασφαλιστικών επιχειρήσεων για την τήρηση επαρκών τεχνικών αποθεμάτων για το σύνολο των ασφαλίσεων που συνάπτουν. Η υποχρέωση αυτή των ασφαλιστικών επιχειρήσεων δημιουργεί λειτουργικό δικαίωμα του ασφαλιστή έναντι του ασφαλισμένου για την επιβολή ασφαλίστρου. Διαμορφώνεται έτσι δεσμευτικός κανόνας τόσο για τον ασφαλιστή όσο και για τον ασφαλισμένο, έτσι ώστε το ύψος του ασφαλίστρου να είναι επαρκές και για να δημιουργηθούν αντίστοιχα και επαρκή αποθέματα.

Η νομοθετημένη κατά τα ανωτέρω επάρκεια του ασφαλίστρου δεν αφορά μόνον τα τεχνικά αποθέματα, αλλά διασφαλίζει δια μέσου , της από το άρθρο 8 ν.δ. 400/70 προβλεπόμενης ασφαλιστικής τοποθέτησης και τις απαιτήσεις των ασφαλισμένων που απορρέουν από την ασφαλιστική σύμβαση. Δημιουργούνται από τα εισπραττόμενα κατά κλάδους ασφάλιστρα ιδιαίτερες αυτοτελείς ασφαλιστικές τοποθετήσεις που προορίζονται να διασφαλίσουν κάθε μία από τις απαιτήσεις των ασφαλισμένων του οικείου κλάδου. Κατά συνέπεια, η χρησιμοποίηση ασφαλιστικής τοποθέτησης για εξασφάλιση ή ικανοποίηση συμφερόντων ασφαλισμένων που δεν συμμετείχαν στη συγκρότησή της, δεν είναι επιτρεπτή, καθόσον θα συνιστούσε άνιση μεταχείριση των ασφαλισμένων από την ασφαλιστική επιχείρηση. Επίσης, δεν είναι επιτρεπτή και η χρησιμοποίηση των ασφαλίστρων μιας κατηγορίας για τη χρηματοδότηση μη βιωσίμων ασφαλιστηρίων.

Η διατήρηση του ύψους του ασφαλίστρου στο ίδιο επίπεδο με δεδομένη την απεριόριστη κάλυψη με την παροχή του ασφαλιστή δεν θα είναι συμβατή με την υποχρέωση επάρκειας του ασφαλίστρου.

Επιπλέον το δικαίωμα της ασφαλιστικής επιχείρησης για αναπροσαρμογή του ασφαλίστρου προκύπτει κατά την καλή πίστη από το άρθρο 288 ΑΚ, αλλά και υπό το πρίσμα του άρθρου 2 παρ. 6 και 7 ν. 2251/1994 για την προστασία των καταναλωτών.

Η χαρακτηριστικότερη εκδήλωση της καλής πίστης με αντίκτυπο την κύρια παροχή είναι η οριστική αναπροσαρμογή του ύψους της. Έτσι, με βάση την ΑΚ 288 μπορεί να επιβάλλεται μείωση του ύψους της παροχής ή αύξηση του ύψους της αντιπαροχής, όταν η εκδήλωση της αντιπαροχής έγινε δυσβάστακτη για τον



οφειλέτη, εξαιτίας π.χ. αύξησης του κόστους ή άλλης μεταγενέστερης μεταβολής των συνθηκών.

Η επιστολή σας, που αναφέρει ότι οι ανωτέρω παράγοντες που έχουν τεθεί ως κριτήριο αναπροσαρμογής των ασφαλίσεων στους Γενικούς Όρους, των ασφαλιστηρίων συμβολαίων της εταιρείας μας, είναι κατά την κρίση σας, απρόσφοροι να αποτελέσουν εύλογα για τον καταναλωτή κριτήρια αναπροσαρμογής ασφαλίστρου, θεωρούμε ότι αποτελεί κρίση, που δεν έχει λάβει υπ' όψιν της όλα όσα σας εκθέσαμε αναλυτικά ανωτέρω, καθώς δεν έχουν θεσμοθετηθεί από την πολιτεία κριτήρια συγκεκριμένα που θα μπορούσε να συμπεριλάβει η όποια ασφαλιστική επιχείρηση στους όρους των ασφαλιστηρίων συμβολαίων της.

Είναι όμως γνωστό ότι η νομοθεσία που θα ορίζει τις αναπροσαρμογές και τα κριτήριά τους με πρωτοβουλία της Γενικής Γραμματείας Καταναλωτή είναι ακόμα υπό διαμόρφωση και έχει αναδείξει την ακαταλληλότητα του υποδείκτη υγείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας για το σκοπό αυτό.

Η Εθνική Στατιστική Υπηρεσία σε συνεργασία με τον IOBE εργάζεται προς καθορισμό ακριβέστερου δείκτη.

III. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

Η αναπροσαρμογή ασφαλίστρου γίνεται για πολύ συγκεκριμένο και σπουδαίο λόγο (τη διασφάλιση της φερεγγυότητας προς όφελος των ασφαλισμένων) και σε συσχέτισμό με συγκεκριμένους παράγοντες, έτσι όπως αναφέρονται στους όρους των ασφαλιστηρίων μας και συνάδουν με την αρχή της διαφάνειας.

Ο ασφαλιστής δεν αποκλείεται να επιφυλάξει στον εαυτό του το δικαίωμα αναπροσαρμογής στο μέλλον και αυτό μπορεί να γίνεται εφόσον στην αρχική σύμβαση προσδιορίζονται οι παράγοντες και τα κριτήρια με βάση τα οποία θα γίνεται η αναπροσαρμογή –πράγμα που συμβαίνει εν προκειμένω σύμφωνα με όσα αναφέρονται πιο πάνω. Τα κριτήρια αναπροσαρμογής δεν είναι ούτε υποκειμενικά ούτε αόριστα.



ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

αλλάζουμε / τα δεδομένα

Σε κάθε περίπτωση, η εταιρεία μας φροντίζει με επιστολή, που αποστέλλει στους ασφαλισμένους της να τους ανακοινώνει το ποσοστό αναπροσαρμογής, με ποσοτικοποίηση των κριτηρίων που επέδρασαν στην αύξηση, δίνοντας έτσι τη δυνατότητα στον ασφαλισμένο να ελέγξει αν το μέτρο της αύξησης είναι σύμφωνο προς τα κριτήρια της ρήτηρας αναπροσαρμογής, όπως αποδεικνύεται και από την τελευταία επιστολή που απέστειλε η εταιρεία μας και συνυποβάλλεται ενώπιόν σας με το παρόν υπόμνημα.

Η τακτική αυτή της εταιρείας μας, αποτελεί απόδειξη της πρόθεσης της για διαφάνεια και για εφαρμογή της κείμενης νομοθεσίας και των αποφάσεων των ελληνικών δικαστηρίων και αναμένοντας το σχετικό νόμο που εκπονείται ανάλογα θα συμμορφωθεί με ότι ορίσει.

Εν κατακλείδι θεωρούμε ότι η αναπροσαρμογή ασφαλίσεων των Νοσοκομειακών Προγραμμάτων της Εταιρίας μας με βάση τα κριτήρια που ορίζονται στο σχετικό άρθρο των Γενικών Όρων του ασφαλιστηρίου, όπως αναλυτικά σας εκθέτουμε με το παρόν, είναι συμβατή με την καλή πίστη του άρθρου 288 ΑΚ αλλά και με τις ερμηνευτικές προσεγγίσεις της νομολογίας του άρθρου 2, παρ. 6 και 7 του ν. 2251/ 1994 και οι όροι δεν έχουν κριθεί καταχρηστικοί και άρα δεν εφαρμόζεται η ΥΑ Ζ1-798.

Αθήνα 12-9- 2011

Με εκτίμηση,

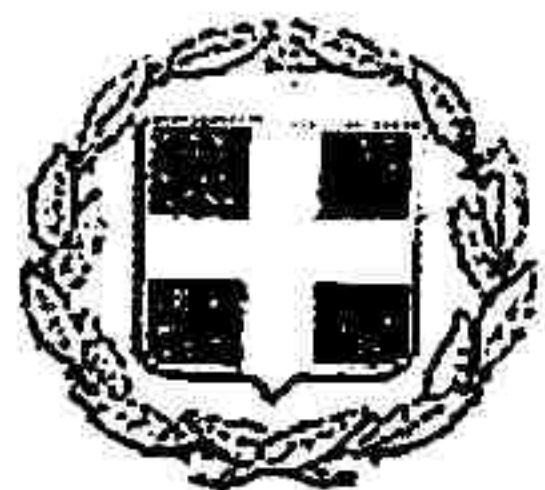
Για την AXA Ασφαλιστική

Ο πληρεξούσιος Δικηγόρος

Ανδρέας Πέτσας

Τσόχα 3, Αθήνα

210 3647956, 2103619598



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



Πληροφορίες: Θ. Παπαδημητρίου
Ειδικός Επιστήμονας
Ηλεκτρον. Δ/ση: th_papad@synigoroskatanaloti.gr

Αθήνα, 31 Μαΐου 2011
Αριθ. Πρωτ. : Β/2352

ΠΡΟΣ:

✓ κ. Απόστολο Γαϊτάνη
Γαλλίας 86
382 21 Βόλος

ΘΕΜΑ: Η από 05.04.2011 αναφορά σας στον «Συνήγορο του Καταναλωτή».

Κύριε Γαϊτάνη,

Ο Συνήγορος του Καταναλωτή έλαβε την αναφορά σας σχετικά με διαφορά σας με την ασφαλιστική εταιρία ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε. στις 05.04.2011 (αρ. πρωτ. 2158^Α/05.04.2011).

Σε συνέχεια του υπ' αριθμ. πρωτ. Β/1553/08.04.2011 εγγράφου μας, λάβαμε την από 11.05.2011 και με αρ. πρωτ. εισερχ. Β/2103/13.05.2011 επιστολή-απάντηση της εταιρίας ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε..

Στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων μας (παρ. 4 αρ. 4 ν. 3297/2004 ΦΕΚ 259 Α'), σας διαβιβάζουμε την ως άνω απάντηση για την ενημέρωσή σας.

Ενόψει των διαλαμβανομένων στην ως άνω απάντηση της εταιρίας, και, επιπλέον, έπειτα και από προσεκτική εξέταση της αναφοράς σας θα θέλαμε να σας ενημερώσουμε για τα εξής:

Η Ανεξάρτητη Αρχή «Συνήγορος του Καταναλωτή» έχει λάβει έως σήμερα αρκετές αναφορές καταναλωτών κατά της ως άνω εταιρίας με θέμα τις επιβαλλόμενες αναπροσαρμογές ασφαλιστρών σε συναφές ή/και ίδιο με το δικό σας ασφαλιστικό προϊόν κατ'επίκληση και εφαρμογή των όρων του υπ' αριθμ. 3 άρθρου των Ορισμών και Ειδικών Όρων Συμπληρωματικών Καλύψεων Ατυχήματος και Ασθένειας.

Κατόπιν της άκαρπης προσπάθειας συναινετικής επίλυσης της υπόθεσης στα γραφεία του Συνηγόρου του Καταναλωτή, παρουσία των ενδιαφερομένων μερών, η Αρχή μας ενεργώντας κατ' άρθρο 4 παρ. 5 του Ν. 3297/2004, προέβη στη διατύπωση της υπ' αριθμ. πρωτ. 2087/28.02.2011 έγγραφης σύστασης – πορίσματος, αντίγραφο της οποίας σας αποστέλλουμε προς ενημέρωσή σας.

Η εν λόγω σύσταση είναι αναρτημένη και στην ιστοσελίδα της Αρχής (www.synigoroskatanaloti.gr).

Κατόπιν των ανωτέρω, σας ενημερώνουμε ότι ο «Συνήγορος του Καταναλωτή» έχει ολοκληρώσει το διαμεσολαβητικό του ρόλο, έχει εξαντληθεί το περιθώριο ανάληψης περαιτέρω διαμεσολαβητικής δράσης εκ μέρους της Αρχής μας μέσα στα πλαίσια των αρμοδιοτήτων της για την υπόθεσή σας και ο σχετικός φάκελος θα τεθεί στο αρχείο.

Σας επισημαίνουμε ότι η αναφορά σας προς το Συνήγορο του Καταναλωτή δεν διακόπτει ούτε αναστέλλει τις προβλεπόμενες από το νόμο προθεσμίες για τυχόν άσκηση ένδικου βοηθήματος.

Σας ευχαριστούμε που απευθυνθήκατε στην Ανεξάρτητη Αρχή «Συνήγορος του Καταναλωτή» και παραμένουμε στη διάθεσή σας για κάθε μελλοντικό σας αίτημα για διαμεσολάβησή μας στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων μας, όπως αυτές ορίζονται στο νόμο.

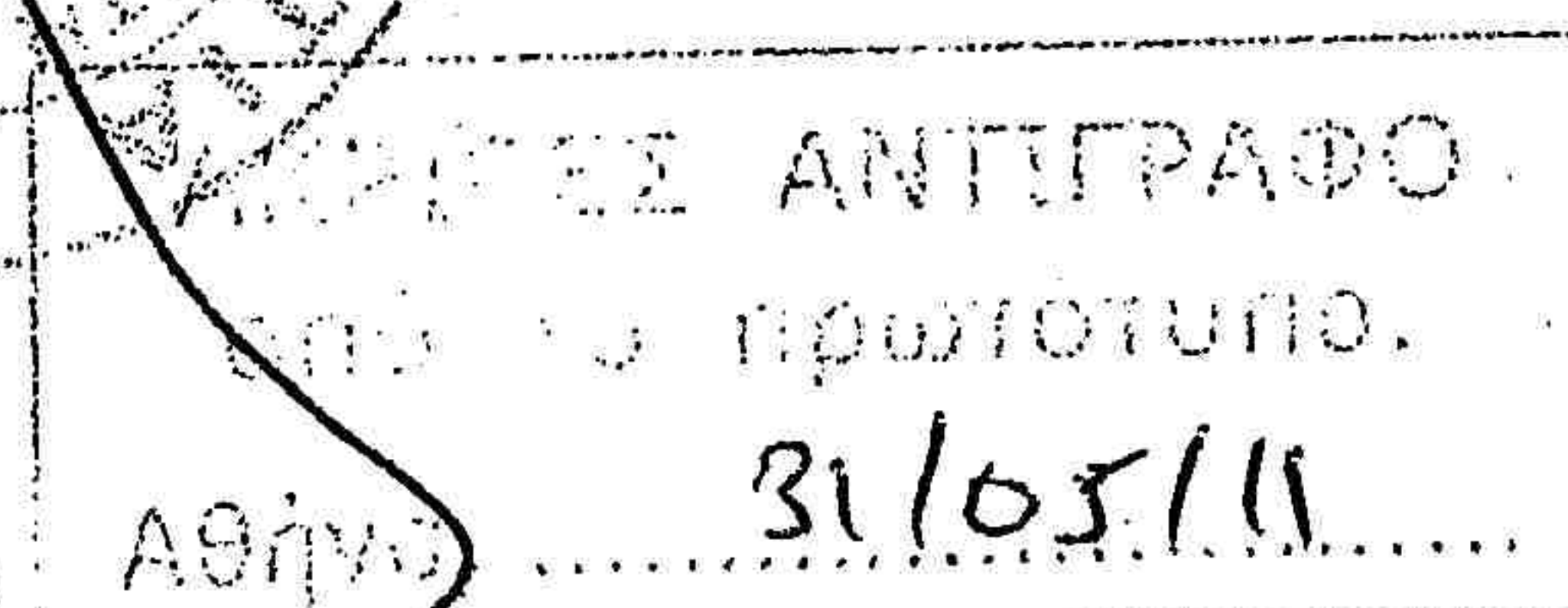
Με εκτίμηση

Δρ. Βασιλική Μπώλου
Βοηθός Συνήγορος του Καταναλωτή

Εσωτερική Διανομή:

- Γρ. Συνηγόρου του Καταναλωτή

Συν.: Δεκαπέντε (15) σελίδες.



**ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ**

αλλάζουμε / τα δεδομένα

ΠΡΟΣ: ΣΥΝΗΓΟΡΟ ΤΟΥ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

(Υπ' όψιν κ. Μπώλου)

ΒΟΗΘΟΣ ΣτΚ

ΑΡΙΘ. ΠΡΩΤ.: ...Β/2103...

ΗΜ/ΝΙΑ: ...13.05/11...

Αθήνα, 11-5-2011

ΑΠΑΝΤΗΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ

Της Ανώνυμης Ασφαλιστικής εταιρείας με την επωνυμία «ΑΧΑ Ασφαλιστική Ανώνυμος Εταιρεία», που εδρεύει στην Αθήνα, (Μιχαλακοπούλου 48) και εκπροσωπείται νόμιμα

Θέμα: «Σχετικά με αύξηση ασφαλίσεων»

(Υπόθεση Απόστολου Γαϊτάνη)

Αγαπητοί Κύριοι

Σε συνέχεια της επιστολής σας με ημερομηνία 8/4/2011, αριθμό πρωτοκόλλου Β/1553 και θέμα «Διαβίβαση της από 05.04.2011 αναφοράς του κ. Απόστολου Γαϊτάνη», παρακαλούμε βρείτε τις απαντήσεις μας:

1. Οι αναπροσαρμογές ασφαλίσεων κατ' έτος έχουν ως εξής:
 - i. Για τη νοσοκομειακή κάλυψη «ΑΠΕΡΙΟΡΙΣΤΟ ΧΩΡΙΣ ΚΑΡΤΑ» η αναπροσαρμογή ασφαλίσεων λόγω αλλαγής ηλικιακής ομάδας για τον κύριο ασφαλισμένο έγινε το 2011. Το ποσοστό αναπροσαρμογής ήταν 9,5%
 - ii. Οι αναπροσαρμογές ασφαλίσεων που έγιναν την τελευταία πενταετία στην νοσοκομειακή κάλυψη «ΑΠΕΡΙΟΡΙΣΤΟ ΧΩΡΙΣ ΚΑΡΤΑ» σύμφωνα με τις κατωτέρω αιτιάσεις μας ήταν :

2006	2007	2008	2009	2010
6,0%	9,0%	9,5%	14,0%	9,0%

Στο σημείο αυτό να σημειώσουμε ότι η εταιρία αποστέλλει κάθε φορά σχετική ενημερωτική επιστολή στους πελάτες της όπου τους ενημερώνει για το ύψος της αύξησης αλλά και τους λόγους που την οδήγησαν σε αυτήν.

2. Τα κριτήρια που αιτιολογούν την αναπροσαρμογή των ασφαλίσεων και μνημονεύονται είναι:

- a. Η ηλικία του καλυπτόμενου μέλους
- b. Η μεταβολή οποιουδήποτε από τους παρακάτω παράγοντες είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με οποιονδήποτε από τους λοιπούς
 - i. το κόστος των νοσηλίων, το οποίο καθορίζεται ενδεικτικά από τη χρέωση για κλίνη, τις τιμές των φαρμάκων και των υλικών που απαιτούνται για τη νοσηλεία, τις αμοιβές γιατρών, κ.λπ.
 - ii. το κόστος των εφαρμοζόμενων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας και της τεχνολογίας που χρησιμοποιείται από τα νοσοκομεία
 - iii. η σχέση μεταξύ αποζημιώσεων και ασφαλιστρών (δείκτης ζημίας)
 - iv. η αναλογιστική τεχνική που εφαρμόζεται για την τιμολόγηση, καθώς επίσης και τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία από την εμπειρία της Εταιρίας και των Ελληνικών και διεθνών οργανισμών (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, κ.λπ.)

3. Το άρθρο της ασφαλιστικής σύμβασης στο οποίο αναφέρονται τα ανωτέρω είναι το άρθρο 3 των Ορισμών και Ειδικών Όρων Συμπληρωματικών Καλύψεων Ατυχήματος και Ασθένειας του ασφαλιστηρίου που αναγράφει τα εξής:

Η Εταιρία δεν μπορεί να αυξήσει τα ασφάλιστρα οποιασδήποτε κάλυψης ορισμένου αριθμού μεμονωμένων συμβολαίων. Αναπροσαρμογή των καλύψεων γίνεται αν η ηλικία του Ασφαλισμένου (ή της Συζύγου σαν εξαρτώμενο πρόσωπο) αλλάξει τιμολογιακή κλάση.

Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να αναπροσαρμόζει το ασφάλιστρο για κάποιες από τις παροχές, όταν μεταβάλλεται οποιοσδήποτε από τους παρακάτω παράγοντες, είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με οποιονδήποτε από τους λοιπούς:

- i. το κόστος των νοσηλίων, το οποίο καθορίζεται ενδεικτικά από τη χρέωση για κλίνη, τις τιμές των φαρμάκων και των υλικών που απαιτούνται για τη νοσηλεία, τις αμοιβές γιατρών, κ.λπ.
- ii. το κόστος των εφαρμοζόμενων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας και της τεχνολογίας που χρησιμοποιείται από τα νοσοκομεία
- iii. η σχέση μεταξύ αποζημιώσεων και ασφαλιστρών (δείκτης ζημίας)
- iv. η αναλογιστική τεχνική που εφαρμόζεται για την τιμολόγηση, καθώς επίσης και τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία από την εμπειρία της Εταιρίας και των Ελληνικών και διεθνών οργανισμών (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, κ.λπ.)

Κάθε αναπροσαρμογή γίνεται από την Εταιρία κατά δίκαιη κρίση και μόνο σε οποιαδήποτε επέτειο από την ημερομηνία έναρξης της ισχύος του ασφαλιστηρίου.

Τα κριτήρια αυτά, όπως καθορίζονται στους όρους των ασφαλιστηρίων μας είναι πράγματι ορισμένα και εύλογα.

- Το κριτήριο της αλλαγής της ηλικίας είναι απόλυτα σαφές και έχει κριθεί ως έγκυρο από τη νομολογία.
- Το κριτήριο του κόστους νοσηλείων έχει προκαθορισμένο τρόπο λειτουργίας, όπως αυτό καθορίζεται από το περιεχόμενό του: χρέωση κλίνης, τιμές φαρμάκων, κ.λπ. Είναι δε προβλέψιμο το μέτρο της αύξησης με το σκεπτικό ότι είναι εφικτό για τον

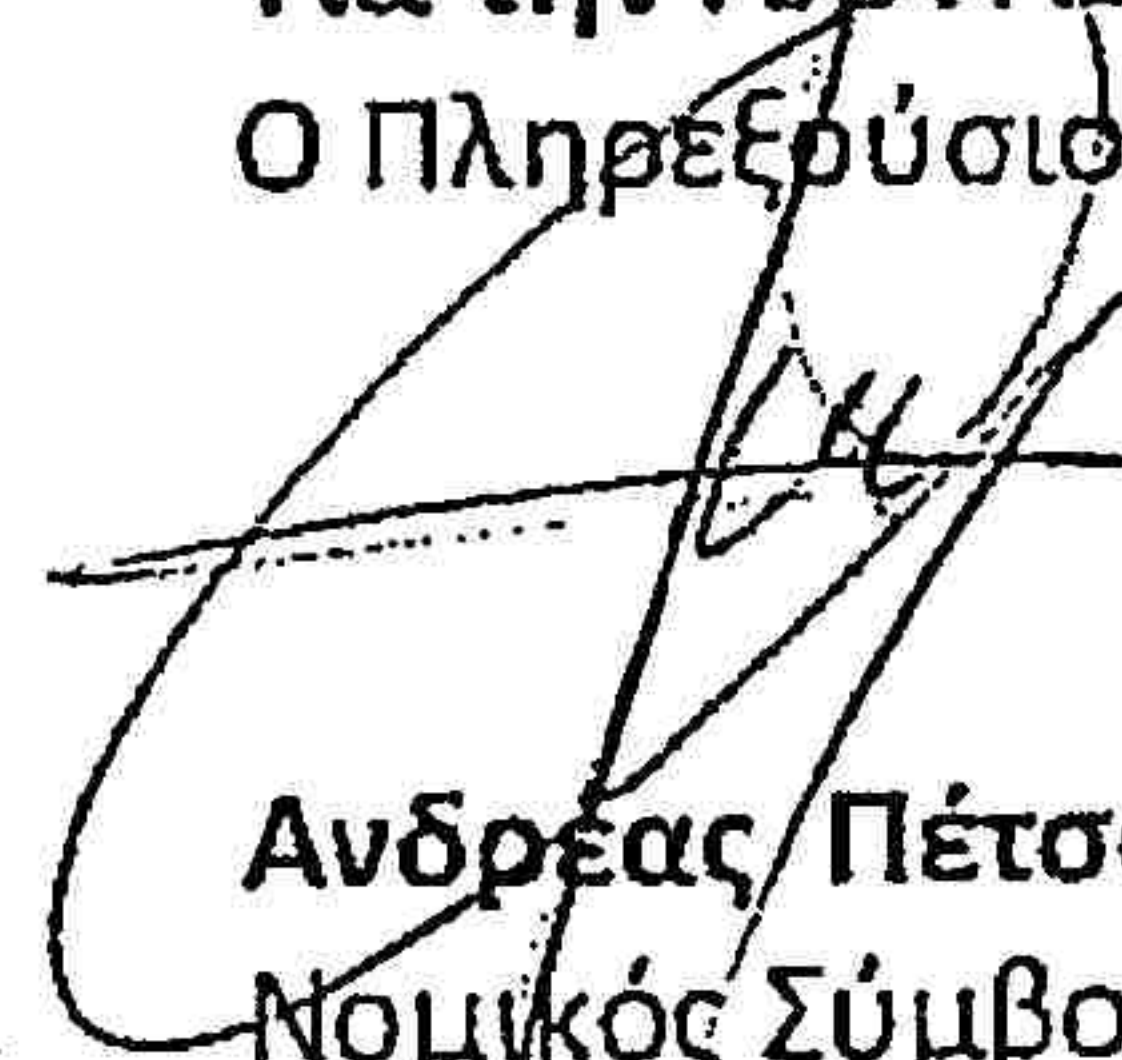
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Μεταλλάζουμε / τα δεδομένα

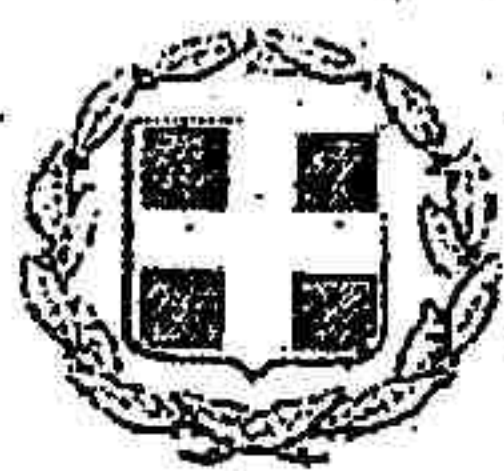
- ασφαλισμένο να αντιληφθεί τον κίνδυνο που αντιπροσωπεύει για αυτόν μία αύξηση με βάση το συγκεκριμένο κριτήριο. Η δυνατότητα προβλέψεως αφορά το πλαίσιο αύξησεως και όχι το ακριβές ποσοστό, το οποίο δεν είναι εφικτό ακόμα και για τον ίδιο τον πληθωρισμό.
- Όμοια ισχύει και για τα κριτήρια του κόστους μεθόδων διάγνωσης, αλλά ακόμα και του δείκτη ζημιάς, καθώς η εταιρία μας ανακοινώνει το τελευταίο όπως αυτό προκύπτει με επιστολή προς τους ασφαλισμένους της. Ακόμα και αν αυτό γίνεται με επιστολή εν τούτοις αποτελεί απόδειξη της πρόθεσης της εταιρίας μας για διαφάνεια και ξεκάθαρη επικοινωνία προς τους ασφαλισμένους της και αποδεικνύει έμπρακτα το ενδιαφέρον της να γνωρίζουν οι ασφαλισμένοι τα ακριβή μεγέθη που οδηγούν σε αναπροσαρμογές.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με την κείμενη Ελληνική νομοθεσία, τα ασφάλιστρα πρέπει να είναι επαρκή ώστε η εταιρία να είναι σε θέση να εκπληρώσει όλες τις υποχρεώσεις της.

Με εκτίμηση
Για την ΑΧΑ-ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.
Ο Πληρεξούσιος Δικηγόρος



Ανδρέας Πέτσας
Νομικός Σύμβουλος
Τσόχα 3, Αθήνα
Τηλ 2103647956, 2103619598



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



Αρμόδια: Δρ. Βασιλική Μπώλου
Βοηθός Συνήγορος του Καταναλωτή

Εισηγήτρια: Ελένη Αθανασίου
Ειδική Επιστήμονας
Τηλ.: 210- 6460276, 210-6460458
Ηλεκτρον. Δ/νση: elathanasiou@synigoroskatanaloti.gr

Αθήνα, 28 Φεβρουαρίου 2011
Αρ. πρωτ.: 2087

ΠΡΟΣ:
ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ
Μιχαλακοπούλου 48
115 28 Αθήνα

ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΥΣΤΑΣΗ-ΠΟΡΙΣΜΑ

(Άρθρο 4 παρ. 5 ν. 3297/2004)

Ο «Συνήγορος του Καταναλωτή», Ανεξάρτητη Αρχή επιφορτισμένη από το ν. 3297/2004 (ΦΕΚ Α 259/23.12.04) με τη συναινετική επίλυση καταναλωτικών διαφορών, δέχθηκε αναφορές καταναλωτών κατά της ασφαλιστικής εταιρίας «ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ» για καταχρηστική και αυθαίρετη μονομερή αύξηση των ασφαλίσεων κατά 14%.

Με σχετικά έγγραφα διαβιβάσαμε τις σχετικές αναφορές στην καταγγελλόμενη ασφαλιστική εταιρία και ζητήσαμε να μας εκθέσει τις απόψεις της. Από τον Οκτώβριο του έτους 2009 και εντεύθεν λάβαμε επιστολές της εταιρίας με τις απόψεις της.

Με τα υπ' αριθμ. πρωτ. Β/7597 και Β/7606/08.12.2009 έγγραφα του «Συνηγόρου του Καταναλωτή», εκλήθησαν τα εμπλεκόμενα μέρη, στο πλαίσιο υποβολής έως τότε συγκεκριμένων αναφορών, για την επίτευξη συμβιβασμού στα γραφεία της Αρχής στις 13.01.2010. Κατά την ανωτέρω ημερομηνία δεν πραγματοποιήθηκε συνάντηση, κατόπιν υποβολής αιτήματος αναβολής εκ μέρους της εταιρίας, με αποτέλεσμα η συνάντηση να προσδιοριστεί για τις 03.02.2010, χωρίς ωστόσο να επιτευχθεί η συμβιβαστική επίλυση των διαφορών. Ειδικότερα, κατά την ανωτέρω συνάντηση, στην οποία παρέστησαν, πλην των ασφαλισμένων, οι εκπρόσωποι της εταιρίας, κ.

Λ. ΑΛΕΞΑΝΔΡΑΣ 144, 114 71 ΑΘΗΝΑ / ΤΗΛ.: 210 6460276, 210 6460458, ΦΑΞ: 210 6460682
e-mail: vsynigoros@synigoroskatanaloti.gr

....., δικηγόρος, κα, διευθύντρια σχεδιασμού – ανάπτυξης προϊόντων και αναλογιστικής υπηρεσίας, κ., διευθυντής ζωής και κ., διευθυντής στη διεύθυνση προϊόντων, υπεγράφησαν τα με αρ. πρωτ. Β/543 και Β/544/03.02.2010 πρακτικά συνάντησης για την επίτευξη συμβιβασμού, με τα οποία η εταιρία δεσμεύτηκε να επανεξετάσει τις εν θέματι υποθέσεις και να διατυπώσει πρόταση συμβιβαστικής επίλυσης αυτών, ενημερώνοντας σχετικά τον «Συνήγορο του Καταναλωτή».

Κατόπιν των ανωτέρω πρακτικών, η εταιρία απηύθυνε στην Αρχή το από 22.02.2010 έγγραφό της, με το οποίο ενημέρωνε ότι για τις έως τότε εκκρεμείς για την εν θέματι διαφορά υποθέσεις είναι σε επικοινωνία με τους ασφαλισμένους για την εξεύρεση συμβιβαστικής λύσης, χωρίς, όμως, να ακολουθήσει άμεσα σχετική ενημέρωσή μας από την εταιρία για την έκβαση των υποθέσεων και ειδικότερα για τις ενέργειες που είχαν γίνει, για το είδος των προτάσεων που τυχόν είχαν διατυπωθεί, παρά μόνο πολύ αργότερα και περί τους μήνες Μάιο και Ιούνιο, κατόπιν όχλησης από την Αρχή μας με σχετικές επιστολές μας.

Στις υπό επεξεργασία έως και σήμερα υποθέσεις η καταγγελλόμενη εταιρία είτε δεν διατύπωσε καμία συμβιβαστική πρόταση, με σκοπό την επίλυση των εκκρεμών καταναλωτικών διαφορών, από όσο είναι τουλάχιστον σε θέση η Αρχή να γνωρίζει, είτε διατύπωσε προτάσεις, που δεν ενδιέφεραν τους ασφαλισμένους και δεν αφορούσαν στα εν θέματι ασφαλιστήρια συμβόλαια, αλλά περιορίζονταν στην πρόταση π.χ. για σύναψη νέων ασφαλιστηρίων συμβολαίων, όπως κατοικίας ή ασφάλισης ζωής για άλλο μέλος της οικογένειας, υποσχόμενη ευνοϊκούς όρους σύναψης, ή για καταβολή συμπληρωματικής αποζημίωσης σε πρόσφατη αποζημίωση.

Εν συνεχεία, κατόπιν αιτήματος της ίδιας της εταιρίας και ενόψει του ότι η Αρχή μας συνέχιζε να γίνεται αποδέκτης ικανού αριθμού αναφορών ασφαλισμένων της καταγγελλόμενης εταιρίας με το ίδιο αντικείμενο διαφοράς, πραγματοποιήθηκε συνάντηση στα γραφεία της Αρχής μας, μεταξύ εκπροσώπων της εταιρίας, στελεχών της Ανεξάρτητης Αρχής, καθώς και του ίδιου του Συνηγόρου του Καταναλωτή, κ. Ευάγγελου Ζερβέα. Κατά την ανωτέρω συνάντηση, οι εκπρόσωποι της εταιρίας επανέλαβαν ότι θα διατυπώσουν προτάσεις για την συμβιβαστική επίλυση κάθε εκκρεμούς διαφοράς, αλλά ουδέποτε λάβαμε σχετικές απαντήσεις, ακόμη και όταν κατά τον μήνα Νοέμβριο του έτους 2010 στείλαμε το από 09.11.2010 έγγραφό μας μέσω τηλεομοιοτυπίας υπόψη του δικηγόρου της εταιρίας, κ., αναγράφοντας το σύνολο των έως και την ημερομηνία εκείνη υποβληθεισών στην Αρχή μας συναφών αναφορών, προκειμένου να λάβουμε ενημέρωση για την τυχόν οριστική συμβιβαστική διευθέτηση κάποιων από αυτές.

Ενόψει των παραπάνω, στο πλαίσιο των αρμοδιοτήτων μας, κατ' άρθρο 4 παρ. 5 ν. 3297/2004 (ΦΕΚ 259 Α') και κατόπιν ελέγχου των φακέλων των υπό κρίση διαφορών, διαπιστώνουμε τα ακόλουθα:

Α. ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η Ανεξάρτητη Αρχή «Συνήγορος του Καταναλωτή» δέχθηκε αναφορές ασφαλισμένων της εταιρίας «ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ», οι οποίοι καταγγέλλουν την

ασφαλιστική τους εταιρία για καταχρηστική και αυθαίρετη μονομερή αύξηση των ασφαλίσεων κατά 14% των ασφαλιστηρίων συμβολαίων τους για βασική ασφάλιση ζωής, που έχουν συνάψει με Συμπληρωματική Κάλυψη Ατυχήματος και Ασθένειας (ALPHA ΣΩΜΑΤΟΦΥΛΑΚΑΣ). Η εν λόγω αύξηση αφορά στο ανωτέρω νοσοκομειακό πρόγραμμα.

Ειδικότερα, πρόκειται για παλαιά συμβόλαια, που είχαν συνάψει οι ασφαλισμένοι με την εταιρία «ALPHA ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ», η οποία εν συνεχεία εξαγοράστηκε από τον όμιλο «ΑΧΑ».

Επί των διαλαμβανομένων στις έγγραφες αναφορές των ασφαλισμένων και σε απάντηση των διαβιβαστικών μας εγγράφων, η εταιρία απέστειλε σχετικά έγγραφα, στα οποία επικαλείται το υπ' αριθμ. 3 άρθρο των Ορισμών και Ειδικών Όρων Συμπληρωματικών Καλύψεων Ατυχήματος και Ασθένειας (ALPHA ΣΩΜΑΤΟΦΥΛΑΚΑΣ) των ασφαλιστηρίων συμβολαίων, υπό τον τίτλο «Αναπροσαρμογή Ασφαλίσεων», στο οποίο προβλέπεται ότι : «Η Εταιρία δεν μπορεί να αυξήσει τα ασφάλιστρα οποιασδήποτε κάλυψης ορισμένου αριθμού μεμονωμένων συμβολαίων. Αναπροσαρμογή των ασφαλίσεων γίνεται αν η ηλικία του ασφαλισμένου (ή της συζύγου σαν εξαρτωμένου προσώπου) αλλάζει τιμολογιακή κλάση. Η Εταιρία διατηρεί το δικαίωμα να αναπροσαρμόζει το ασφάλιστρο για κάποιες από τις παροχές, όταν μεταβάλλεται οποιοσδήποτε από τους παρακάτω παράγοντες, είτε μεμονωμένα είτε σε συνδυασμό με οποιονδήποτε από τους λοιπούς:

- i. το κόστος των νοσηλίων, το οποίο καθορίζεται ενδεικτικά από τη χρέωση για κλίνη, τις τιμές των φαρμάκων και των υλικών που απαιτούνται για τη νοσηλεία, τις αμοιβές ιατρών, κ.λπ.
- ii. το κόστος των εφαρμοζόμενων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας και της τεχνολογίας που χρησιμοποιείται από τα νοσοκομεία.
- iii. η σχέση μεταξύ αποζημιώσεων και ασφαλίσεων (δείκτης ζημίας)
- iv. η αναλογιστική τεχνική που εφαρμόζεται για την τιμολόγηση, καθώς επίσης και τα διαθέσιμα στατιστικά στοιχεία από την εμπειρία της εταιρίας και των ελληνικών και διεθνών οργανισμών (Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, κ.λπ.).

Κάθε αναπροσαρμογή γίνεται από την εταιρία κατά δίκαιη κρίση και μόνο σε οποιαδήποτε επέτειο από την ημερομηνία έναρξης της ισχύος του ασφαλιστηρίου.

Επιπρόσθετα, στην απάντησή της επισύναψε τις επιστολές, που αποστέλλει στους πελάτες της, με τις οποίες τους ενημερώνει για την επικείμενη αναπροσαρμογή, στην οποία θα προβεί, καθώς και για τους λόγους που κρίνει ότι αυτή είναι απαραίτητη. Ειδικότερα, η εταιρία με τις επιστολές αυτές επικαλείται τον μη δόκιμο όρο του «ιατρικού πληθωρισμού», που όπως επισημαίνει, είναι πολλαπλάσιος του πληθωρισμού, την αύξηση στη συνολική αγορά των ιδιωτικών υπηρεσιών υγείας, την ανεπάρκεια των ασφαλίσεων για να καλύψουν τις συνολικές αποζημιώσεις που έχει κληθεί η εταιρία να καταβάλει κατά το τελευταίο έτος, λόγω της αύξησης του ημερησίου νοσηλίου των ιδιωτικών νοσηλευτηρίων, τα αποτελέσματα στατιστικών και αναλογιστικών μεθόδων, καθώς και την έλλειψη συντονισμού παροχών ταμείου κοινωνικής ασφάλισης και ασφαλιστικών εταιριών.

Αναφέρει δε ότι πρόκειται για συμβόλαια ισόβια, χωρίς ανώτατο όριο κάλυψης και χωρίς όριο στις αμοιβές των ιατρών και ότι έχει ήδη προχωρήσει σε συμβάσεις με τα μεγαλύτερα ιδιωτικά νοσηλευτήρια της χώρας, με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους νοσηλείας και των αμοιβών ιατρών και λοιπών εξόδων.

Από τα έγγραφα που περιήλθαν σε γνώση μας από όλες τις εμπλεκόμενες πλευρές, καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι όποια πρόταση τυχόν διατυπώθηκε εκ μέρους της εταιρίας προς την κατεύθυνση συμβιβαστικής επίλυσης της διαφοράς περιορίστηκε στο να πείσει τους ασφαλισμένους να δεχτούν άλλα ασφαλιστικά προϊόντα με «προνομιακούς όρους», χωρίς καμία διάθεση εκ μέρους της να επιλύσει την υπό κρίση καταναλωτική διαφορά με τρόπο συναφή στο αντικείμενο που έχει ανακύψει, όπως το να ανακαλέσει ή να μειώσει την αύξηση των ασφαλίσεων, ή να δεσμευτεί σε μία μελλοντική αύξηση ασφαλίσεων που θα έχει ένα «πλαφόν» ή που θα εξαρτάται από κάποιο σταθερό δείκτη, όπως ο υποδείκτης υγείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας.

Β. ΝΟΜΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΚΑΙ ΥΠΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΥΠΟ ΚΡΙΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Το άρθρο 2 του ν. 2251/1994 έχει ως αντικείμενο τους γενικούς όρους συναλλαγών (ΓΟΣ) με την ενδεικτική απαρίθμηση των καταχρηστικών γενικών όρων. Ως γενικοί όροι συναλλαγών ορίζονται οι συμβατικοί όροι μονομερώς προδιατυπωμένοι με προορισμό την ομοιόμορφη πολλαπλή χρήση, τους οποίους ο ένας συμβαλλόμενος επιβάλλει κατά την κατάρτιση της συμβάσεως στον άλλο χωρίς ατομική διαπραγμάτευση. Όπως αναφέρεται ρητά στον εν λόγω νόμο, άρθρο 2 παρ. 1, οι γενικοί όροι συναλλαγών είναι οι όροι εκείνοι που έχουν διατυπωθεί εκ των προτέρων για μελλοντικές συμβάσεις..., χαρακτηριστικά των ΓΟΣ, υπό την έννοια του νόμου, αποτελούν:

1. Ο συμβατικός χαρακτήρας τους, πρόκειται δηλαδή για όρους που προορίζονται να καταστούν περιεχόμενο συμβατικής ρυθμίσεως.
2. Όροι μονομερώς εκ των προτέρων διατυπωμένοι από την επιχείρηση πριν από τη σύναψη της συμβάσεως και δεν αποτελούν αντικείμενο διαπραγμάτευσης κατά τη σύναψη.
3. Προδιατυπωμένοι όροι που προορίζονται να αποτελέσουν τυπικό και ομοιόμορφο περιεχόμενο μελλοντικών συμβάσεων. Πρέπει, δηλαδή να υπάρχει πρόθεση πολλαπλής χρησιμοποίησής τους, ώστε να αποκλείεται ο προσανατολισμός της διατυπώσεώς τους σε συγκεκριμένο καταναλωτή. Ο χαρακτήρας των ΓΟΣ έχει ως συνέπεια, στο βαθμό που τροποποιούν το υφιστάμενο ενδοτικό δίκαιο να μεταθέτουν στον καταναλωτή συμβατικούς κινδύνους και βάρη, που κανονικά, βάσει του ενδοτικού δικαίου, θα έπρεπε να φέρει ο προμηθευτής, αλλά και εκεί, όπου δεν υπάρχει ενδοτικό δίκαιο, συμβατικοί κίνδυνοι κατανέμονται μέσω των ΓΟΣ κατά κανόνα, έτσι ώστε να ευνοούνται μονομερώς τα συμφέροντα του προμηθευτή και να παραμελούνται τα δικαιολογημένα συμφέροντα του καταναλωτή¹.

Με την παρ. 6 του άρθρου 2 του ν. 2251/1994 εισάγεται μία γενική ρήτρα περί απαγόρευσης των καταχρηστικών ΓΟΣ. Ειδικότερα, ορίζεται ότι οι γενικοί όροι των συναλλαγών, ήτοι όροι που έχουν διατυπωθεί εκ των προτέρων για μελλοντικές συμβάσεις, όπως είναι και η ασφάλιση ασθενείας, απαγορεύονται και είναι άκυροι, αν έχουν ως αποτέλεσμα τη σημαντική διατάραξη της ισορροπίας των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων μερών σε βάρος του καταναλωτή, όπως είναι ο ασφαλισμένος. Ο νομοθετικός αυτός ορισμός αποτελεί νομοθετική εξειδίκευση του γενικότερου κανόνα της διάταξης του άρθρου 281 ΑΚ περί απαγόρευσης της

¹ ΠΠρΑθ 3229/1996, ΑΡΜ 1997, σελ. 551.

καταχρηστικής άσκησης δικαιώματος ή θεσμού, εδώ του θεσμού της συμβατικής ελευθερίας. Για την κρίση της ακυρότητας ή μη ως καταχρηστικών των όρων λαμβάνεται υπόψη κατά κύριο λόγο το συμφέρον του καταναλωτή με συνεκτίμηση όμως της φύσης των αγαθών ή υπηρεσιών που αφορά η σχετική σύμβαση, καθώς και του σκοπού αυτής, πάντοτε δε στο πλαίσιο επιτεύξεως σχετικής ισορροπίας των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων μερών. Ως μέτρο δε ελέγχου της διατάραξης της ισορροπίας αυτής χρησιμεύει κάθε φορά το ενδοτικό δίκαιο που ισχύει για τη συγκεκριμένη σύμβαση. Τα συμφέροντα, η διατάραξη της ισορροπίας των οποίων σε βάρος του καταναλωτή μπορεί να χαρακτηρίσει ένα γενικό όρο άκυρο ως καταχρηστικό, πρέπει να είναι ουσιώδη, η δε διατάραξη αυτής πρέπει να είναι σημαντική σύμφωνα με τις αρχές της καλής πίστεως. Προς τούτο λαμβάνονται υπόψη τα συμφέροντα των συμβαλλομένων στη συγκεκριμένη σύμβαση μερών και εξετάζεται ποιο είναι το συμφέρον του προμηθευτή προς διατήρηση του συγκεκριμένου όρου που ελέγχεται και ποιο εκείνο του καταναλωτή προς κατάργησή του².

Κατά δε την παρ. 7 του ιδίου άρθρου, καθιερώνεται ένας κατάλογος συγκεκριμένων ΓΟΣ που θεωρούνται ex lege ως καταχρηστικοί και επομένως άκυροι, χωρίς να χρειάζεται ως προς αυτούς και η συνδρομή των προϋποθέσεων της γενικής ρήτρας της παρ. 6 του άρθρου 2, μεταξύ των οποίων είναι και οι ακόλουθοι:

-Όροι που επιφυλάσσουν στον προμηθευτή (όπως η ασφαλιστική εταιρία) το δικαίωμα μονομερούς τροποποίησης ή λύσης της σύμβασης χωρίς ορισμένο ειδικό και σπουδαίο λόγο, ο οποίος να αναφέρεται στη σύμβαση και

-Όροι που χωρίς σπουδαίο λόγο αφήνουν το τίμημα αόριστο και δεν επιτρέπουν τον προσδιορισμό του με κριτήρια ειδικά καθορισμένα στη σύμβαση και εύλογα για τον καταναλωτή.

Με τη διατύπωση της καταχρηστικότητας και της εντεύθεν ακυρότητας του συγκεκριμένου ΓΟΣ, δημιουργείται κενό, η πλήρωση του οποίου θα γίνει είτε μέσω εφαρμογής κανόνων ενδοτικού δικαίου, στις περιπτώσεις που η κατάχρηση συνίσταται σε προσβολή της «καθοδηγητικής λειτουργίας» του ενδοτικού δικαίου (οπότε το κενό καλύπτεται με την εφαρμογή των ενδοτικών κανόνων), είτε μέσω συμπληρωματικής ερμηνείας της συμβάσεως, στις περιπτώσεις που η καταχρηστικότητα του γενικού όρου έγκειται στον περιορισμό θεμελιωδών δικαιωμάτων και υποχρεώσεων που οδηγεί σε διακινδύνευση του τυπικού σκοπού της συμβάσεως³.

Εξάλλου, το δίκαιο των Γ.Ο.Σ. διαπνέεται από την αρχή της διαφάνειας, η οποία αποτελεί θεμελιωτική αρχή της προστασίας του καταναλωτή. Έχει δύο εκφάνσεις, τη σαφήνεια και το κατανοητό των όρων. Δηλαδή, οι Γ.Ο.Σ. πρέπει, σύμφωνα με την αρχή της διαφάνειας, να παρουσιάζουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις των μερών κατά τρόπο ορισμένο, ορθό και σαφή⁴. Η σαφήνεια αφορά τις νομικές συνέπειες μιας ρήτρας στα δικαιώματα και στις υποχρεώσεις του καταναλωτή. Ιδιαίτερα δε οι δυσμενείς οικονομικές συνέπειες και επιβαρύνσεις θα πρέπει να είναι ευκρινείς. Αδιαφανείς ρήτρες που αποκρύπτουν την πραγματική, νομική και οικονομική κατάσταση δημιουργούν τον κίνδυνο ο καταναλωτής είτε να απόσχει από

² ΑΠ 1030/2001, ΔΕΕ 2001, σελ. 1125.

³ ΜΠρΑθ 2772/2002, ΕΕΜΠΔ 2002, σελ. 805.

⁴ ΑΠ 1495/2006, ΔΕΕ 2006, σελ. 1307.

ορισμένες ενέργειες (άσκηση των δικαιωμάτων του), είτε να υποκύψει σε δικαιώματα ή αξιώσεις, που κατά το φαινόμενο έχει ο προμηθευτής⁵.

Ρήτρες με τις οποίες επιτρέπεται η μονομερής (από τον προμηθευτή) αναπροσαρμογή της αντιπαροχής του καταναλωτή κατά τη διάρκεια μιας συμβατικής σχέσης είναι άκυρες, εφόσον δεν περιγράφουν με σαφήνεια τις προϋποθέσεις της αναπροσαρμογής, καθώς και τους παράγοντες βάσει των οποίων θα αναπροσαρμοσθεί η αντιπαροχή, ώστε να μπορεί ο καταναλωτής να προβλέψει τον κίνδυνο που αναλαμβάνει.

Η απαιτούμενη στο δίκαιο των ΓΟΣ διαφάνεια της ρήτρας αναπροσαρμογής συμπληρώνει τη ρύθμιση της ΑΚ 372: δεν αρκεί να υπάρχουν τα κριτήρια βάσει των οποίων μονομερώς και ελεύθερα μπορεί να αναπροσαρμοσθεί η παροχή, αλλά πρέπει τα κριτήρια αυτά να περιγράφονται ρητά στη σύμβαση, να καθίστανται δηλαδή δεσμευτικό συμβατικό περιεχόμενο.

Η τροποποίηση της σύμβασης προϋποθέτει συμφωνία των μερών και δεν μπορεί να είναι δυνατή κατά τη βούληση μόνο του ασφαλιστή ή μόνο του αντισυμβαλλομένου.

Η Οδηγία 93/13 ΕΟΚ περιέχει στον ειδικό ενδεικτικό κατάλογο καταχρηστικών ρητρών τρεις σχετικές διατάξεις:

1. Τη διάταξη της παρ. 11', σύμφωνα με την οποία είναι άκυρη η ρήτρα η οποία παρέχει στον προμηθευτή το δικαίωμα να τροποποιεί μονομερώς τους όρους της σύμβασης χωρίς σοβαρό λόγο, ο οποίος να προβλέπεται στη σύμβαση.
2. Τη διάταξη της παρ. 1κ', κατά την οποία είναι άκυρη η ρήτρα που επιτρέπει στον προμηθευτή να τροποποιεί μονομερώς και χωρίς σοβαρό λόγο την παροχή του.
3. Τη διάταξη της παρ. 1λ', σύμφωνα με την οποία είναι άκυρη η ρήτρα που επιτρέπει στον προμηθευτή να αυξάνει τις τιμές, χωρίς αντίστοιχο δικαίωμα του καταναλωτή να λύσει τη σύμβαση, αν η οριζόμενη τιμή είναι πολύ υψηλή σε σχέση με αυτή που συμφωνήθηκε.

Ο ν. 2251/1994 συμπεριέλαβε τις ως άνω διατάξεις της Οδηγίας στον ενδεικτικό κατάλογο καταχρηστικών ρητρών (άρθρο 2 παρ. 7 ε', ια', ιη', αντίστοιχα).

Εξ όλων των ανωτέρω προκύπτει ότι οι καταχρηστικοί όροι παραβιάζουν την αρχή της διαφάνειας, τις αρχές της καλής πίστης και τη διάταξη του άρθρου 2 παρ. 6 και 7 εδ. ε' και ια' του ν. 2251/1994, καθώς η σχετική πρόβλεψη είχε γίνει εκ των προτέρων, δεν αποτέλεσε αντικείμενο διαπραγμάτευσης, ισχύει για μελλοντικές συμβάσεις, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ισορροπία των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων εις βάρος των καταναλωτών, οι οποίοι χρεώνονται αχρεωστήτως και για μη νόμιμη αιτία⁶.

Ο ασφαλισμένος υπάγεται και στην προστατευτική εμβέλεια των διατάξεων για την προστασία του καταναλωτή ως αποδέκτη υπηρεσιών κατ' άρθρο 8 του ν. 2251/1994. Κατά την παρ. 1 του ανωτέρω άρθρου, «Ο παρέχων υπηρεσίες ευθύνεται για κάθε περιουσιακή ζημία ή ηθική βλάβη που προκάλεσε παράνομα και υπαίτια, με πράξη ή παράλειψή του, κατά την παροχή αυτών στον καταναλωτή. Ως παρέχων υπηρεσίες νοείται όποιος, στο πλαίσιο της άσκησης επαγγελματικής δραστηριότητας, παρέχει υπηρεσία, κατά τρόπο ανεξάρτητο».

⁵ ΕιρΘεσσαλ 1797/2007, ΑΡΜ 2007, σελ. 741.

⁶ ΕιρΑθ 269/2008, ΑΡΜ 2008, σελ. 1209.

Σύμφωνα δε με την παρ. 4 του ιδίου άρθρου, «Ο παρέχων υπηρεσίες φέρει το βάρος απόδειξης για την έλλειψη παρανομίας και υπαιτιότητάς του. Για την έλλειψη υπαιτιότητας λαμβάνονται υπόψη η ευλόγως προσδοκώμενη ασφάλεια και το σύνολο των ειδικών συνθηκών...».

Υποχρεώσεις η μη τήρηση των οποίων αποτελεί παράνομη και υπαίτια μη τήρηση της ευλόγως προσδοκώμενης ασφάλειας είναι όχι μόνο εκείνες που προβλέπει η ασφαλιστική νομοθεσία, αλλά και εκείνες που προβλέπουν οι γενικές διατάξεις των άρθρων 281 και 288 ΑΚ που απορρέουν από τη γενικότερη υπόχρεωση πρόνοιας και ασφάλειας των συμφερόντων ιδίως εκείνων που τελούν σε γνωσιολογικό και οργανωτικό έλλειμμα σε σχέση με το εξειδικευμένο επάγγελμα του παρέχοντος υπηρεσίες. Στο πλαίσιο αυτό ο παρέχων ασφαλιστικές υπηρεσίες υπέχει υποχρέωση, μεταξύ άλλων, παροχής πληροφοριών πριν την κατάρτιση της ασφαλιστικής σύμβασης και καθ' όλη τη διάρκειά της, έτσι ώστε ο ασφαλισμένος να αποκτά σαφή γνώση του αντικειμένου της ασφάλισης, καθώς και επεξήγησης των όρων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου⁷.

Στην ασφαλιστική σύμβαση που είναι ενοχική σύμβαση και την οποία καταρτίζει ο καταναλωτής αποβλέποντας στην ισόβιο ασφάλισή του, το ασφάλιστρο, ως κύρια υποχρέωση του αντισυμβαλλομένου του ασφαλιστή και βασικός όρος της συμβάσεως, πρέπει να είναι ακριβώς προσδιορισμένο κατά την κατάρτιση της συμβάσεως. Δεν αποκλείεται ο ασφαλιστής να επιφυλάξει στον εαυτό του δικαίωμα αναπροσαρμογής στο μέλλον, αλλά αυτό μπορεί να γίνεται μόνο εφόσον στην αρχική σύμβαση προσδιορίζονται τα κριτήρια με βάση τα οποία θα γίνεται η αναπροσαρμογή⁸.

Στην προκειμένη περίπτωση, ο σχετικός όρος αναπροσαρμογής, όπως έχει ήδη διατυπωθεί ανωτέρω, που φέρει τον χαρακτήρα γενικού όρου των συναλλαγών και που συνάπτει η ασφαλιστική εταιρία, παρέχοντας ασφαλιστική κάλυψη κατά του κινδύνου των αναφερομένων στο ασφαλιστήριο συμβόλαιο ασθενειών, είναι καταχρηστικός, σύμφωνα με το άρθρο 2 παρ. 7 εδ. ε' και ια' του ν. 2251/1994, γιατί αφήνει χωρίς σπουδαίο λόγο τη μελλοντική αναπροσαρμογή του ασφαλίστρου στην απόλυτη μονομερή κρίση της ασφαλιστικής εταιρίας, καθώς η αύξηση των ασφαλίστρων προσδιορίζεται με «κριτήρια» γενικά και ασαφή, τα οποία δεν προσδιορίζονται κατά τρόπο αντικειμενικό, εύλογο και συγκεκριμένο, ούτε ποσοστό αύξησης αυτών, με συνέπεια το τίμημα στην ασφαλιστική σύμβαση να είναι αόριστο, χωρίς να υφίσταται προς τούτο σπουδαίος λόγος.

Τα κριτήρια πρέπει να είναι αντικειμενικά και προβλέψιμα για τον καταναλωτή, προκειμένου να μπορεί να ελέγξει το μέτρο της αύξησης και στην περίπτωση της αύξησης να εκτιμήσει το σύμφωνο αυτής προς τη σχετική ρήτρα που την προβλέπει. Ο συγκεκριμένος όρος των υπό κρίση ασφαλιστηρίων συμβολαίων δεν περιλαμβάνει κριτήρια ευρέως προσβάσιμα από τους ασφαλισμένους, αλλά αντίθετα, «κριτήρια» υποκειμενικά και αόριστα, τα οποία δεν αποσαφηνίζονται, ούτε αιτιολογείται το πώς υπολογίζεται, με βάση αυτά, τυχόν αύξηση.

Ειδικότερα, σε ό,τι αφορά την επικαλούμενη αναπροσαρμογή λόγω αλλαγής τιμολογιακής κλάσης, πρέπει να επισημανθεί ότι η εταιρία επικαλείται στις

⁷ Ι. Καράκωστας, Δίκαιο Προστασίας Καταναλωτή, εκδ. 2008, σελ. 315.

⁸ ΕιρΑθ 4403/2002, ΕΕΜΠΔ 2003, σελ. 857.

απαντήσεις της ότι αυτή γίνεται σύμφωνα με τις κατηγορίες ηλικιών του τιμολογίου του νοσοκομειακού προγράμματος, ήτοι σύμφωνα με κείμενο εκτός του συμβολαίου, που δεν τέθηκε υπόψη του ασφαλισμένου κατά την υπογραφή της σύμβασης, με αποτέλεσμα να μην έχει λάβει γνώση αυτού και ως εκ τούτου να μην αποτελεί δεσμευτικό συμβατικό περιεχόμενο, αφού στα εν λόγω ασφαλιστήρια συμβόλαια δεν περιλαμβάνονται σχετικοί ηλικιακοί πίνακες, από τους οποίους θα γίνεται γνωστό στους ασφαλισμένους κατά τρόπο σαφή αφενός κάθε πότε αλλάζει η τιμολογιακή κλάση και αφετέρου σε τι ποσοστό. Τα στοιχεία που ορίζονται στο τιμολόγιο της εταιρίας δεν αποτελούν ειδική προσυμβατική συμφωνία. Σχετική μάλιστα αναφορά γίνεται στην από 26.07.2010 επιστολή της εταιρίας προς την Αρχή μας, σε απάντηση αναφοράς ασφαλισμένου, η οποία υπογράφεται από την Διευθύντρια Σχεδιασμού και Αναλογιστικής Υπηρεσίας, κα και στην οποία αναφέρει ότι στα 51 έτη η αύξηση είναι ύψους 7,95% και στα 56 έτη 4,91%, αυξήσεις τις οποίες δεν είναι δυνατόν να γνωρίζει ο ασφαλισμένος, όταν δεν αναφέρονται στο συμβόλαιό του. Εξάλλου, η αλλαγή στην ηλικία του ασφαλισμένου δεν μπορεί να δικαιολογήσει αοριστία στο ασφάλιστρο, καθώς, αφού κατά τον χρόνο ασφάλισης η εταιρία γνωρίζει την ηλικία του ασφαλισμένου, είναι σε θέση να εκτιμήσει την όποια μεταβολή επιφέρει στο ασφάλιστρο και κατ' επέκταση στην επίταση του ασφαλιστικού κινδύνου η αλλαγή της ηλικίας του ασφαλισμένου.

Ως προς τον πρώτο και δεύτερο παράγοντα αναπροσαρμογής, ήτοι του κόστους των νοσηλίων, των τιμών των φαρμάκων κ.λπ. και του κόστους των εφαρμοζομένων μεθόδων διάγνωσης και θεραπείας και της τεχνολογίας που χρησιμοποιείται από τα νοσοκομεία, για να είναι προσβάσιμοι και ελέγξιμοι από τους ασφαλισμένους, θα έπρεπε να γίνεται συσχέτιση με τον αντικειμενικό υποδείκτη Υγείας της Εθνικής Στατιστικής Υπηρεσίας, λύση, που μάλιστα έχουν δεχτεί άλλες ασφαλιστικές εταιρίες, για τον προσδιορισμό της αύξησης του ασφαλίστρου, στις κατά περίπτωση υπό επεξεργασία αναφορές ασφαλισμένων τους, που υποβλήθηκαν στην Αρχή μας.

Ως προς τον τρίτο παράγοντα της σχέσης μεταξύ αποζημιώσεων και ασφαλίστρων (δείκτης ζημίας), πρέπει να λεχθεί ότι η ίδια η φύση και ο χαρακτήρας της ιδιωτικής ασφάλισης στηρίζεται στην ανάληψη κινδύνου και στην καταβολή σχετικής αποζημίωσης, επομένως η τυχόν επικαλούμενη από την εταιρία ζημία, που απορρέει από τη σχέση αποζημιώσεων - ασφαλίστρων, δεν μπορεί να μετακυλιέται στους ασφαλισμένους. Επιπρόσθετα, δεν μπορεί να αποτελέσει κριτήριο και για το λόγο ότι βρίσκεται στο πεδίο ευθύνης της εταιρίας και ως εκ τούτου δεν αποτελεί αντικειμενικό μέγεθος, προσβάσιμο και ελέγξιμο από τους ασφαλισμένους.

Τέλος, και ο τέταρτος παράγοντας, που χρησιμοποιεί η εταιρία, της αναλογιστικής τεχνικής που εφαρμόζεται για την τιμολόγηση, καθώς επίσης και των διαθέσιμων στατιστικών στοιχείων από την εμπειρία της εταιρίας, δεν μπορεί να αποτελέσει κριτήριο αναπροσαρμογής των ασφαλίστρων, καθώς η αναλογιστική τεχνική αποτελεί μέθοδο και όχι κριτήριο, την οποία εφαρμόζουν οι ασφαλιστικές εταιρίες για την εκτίμηση του κινδύνου, που αναλαμβάνουν. Τα στατιστικά δεδομένα από την εμπειρία της εταιρίας, επίσης, δεν είναι μετρήσιμο μέγεθος και βρίσκεται στη σφαίρα ελέγχου της εταιρίας λόγω της υποκειμενικότητας της έννοιας της «εμπειρίας».

Επιπρόσθετα, τα εν λόγω «κριτήρια» δεν επιτρέπουν την πρόβλεψη του τελικού ύψους της επιβάρυνσης των ασφαλισμένων. Η αιτία μάλιστα της αύξησης δεν είναι ευκρινής, καθώς άλλος παράγοντας δημιουργεί την εντύπωση ότι η αύξηση γίνεται για λόγους αποκατάστασης της ζημίας της εταιρίας (π.χ. δείκτης ζημίας) και άλλος

ότι η αύξηση αφορά σε αντίτιμο για παροχή (αύξηση κόστους νοσηλίων κ.λπ.), με αποτέλεσμα να μην τηρείται η αρχή της διαφάνειας, η οποία επιτάσσει τη σαφήνεια και το κατανοητό των όρων, ενώ κάποια από τα κριτήρια εξαρτώνται από εσωτερικές αποφάσεις της εταιρίας. Η αοριστία και έλλειψη διαφάνειας του όρου εντοπίζεται και στο ότι δεν προσδιορίζεται σε τι βαθμό συμμετέχει κάθε κριτήριο στην αύξηση του ασφαλιστρού.

Τέλος και η διατύπωση στον εν λόγω όρο ότι «Κάθε αναπροσαρμογή γίνεται από την εταιρία κατά δίκαιη κρίση (...)», είναι αόριστη και δεν μπορεί να αποτελέσει μέτρο προσδιορισμού και υπολογισμού για τον καταναλωτή της αντιπαροχής που καλείται να καταβάλει, καθώς πρόκειται για έννοια ξένη προς αυτόν, που δεν φέρει στοιχεία αντικειμενικότητας. Δεν μπορεί ο καταναλωτής να παραδίδεται στη μονομερή κρίση του προμηθευτή για την ορθότητα και αναγκαιότητα της αναπροσαρμογής, χωρίς να μπορεί να αντιληφθεί τις προϋποθέσεις, υπό τις οποίες θα υποστεί επιπλέον επιβάρυνση και σε ποια έκταση. Εξάλλου, έχει ήδη αποφανθεί σχετικά ο Άρειος Πάγος με την υπ' αριθμ. 1030/2001 απόφασή του, στην οποία διατυπώθηκαν τα εξής: «Και ναι μεν ορίζεται από τη διάταξη του άρθ. 371 ΑΚ ότι «αν ο προσδιορισμός της παροχής ανατέθηκε σε ένα από τους συμβαλλομένους ή σε τρίτον, σε περίπτωση αμφιβολίας θεωρείται ότι ο προσδιορισμός πρέπει να γίνει με δίκαιη κρίση. Αν δεν έγινε με δίκαιη κρίση ή βραδύνει, γίνεται από το δικαστήριο». Όμως η τελευταία αυτή διάταξη εκτοπίζεται από την ειδικώς ρυθμίζουσα το ζήτημα διάταξη του άρθ.2 παρ.7 περ. ε' του Ν.2251/1994 σύμφωνα με την οποία «καταχρηστικοί είναι ιδίως οι όροι που: α)...ε) επιφυλάσσουν στον προμηθευτή το δικαίωμα μονομερούς τροποποίησης ή λύσεως της σύμβασης χωρίς ορισμένο ειδικό και σπουδαίο λόγο». Το εκ της τελευταίας αυτής διατάξεως πηγάζον προαπαιτούμενο της συγκεκριμενοποίησης και του ευλόγου της διαμορφώσεως των σχετικών εξουσιών επεμβάσεως του προμηθευτή (εν προκειμένω ασφαλιστή) προορίζεται να προστατεύσει το άλλο συμβαλλόμενο μέρος από την μονομερή εξουσία προσδιορισμού της παροχής του προμηθευτή. Η δίκαιη κρίση της ΑΚ 371 προϋποθέτει την εφαρμογή ευλόγων κριτηρίων για την αναπροσαρμογή. Ο Ν. 2251/1994 βαίνει πέρα από την παραπάνω διάταξη γιατί αξιώνει στις καταναλωτικές σχέσεις τα κριτήρια αυτά να αναφέρονται στη σύμβαση. Ο ν. 2251/1994 (άρθ. 2 παρ. 7 εδ. ια') δεν ανέχεται την αοριστία του τιμήματος παρά μόνο αν υπάρχει σπουδαίος λόγος, οπότε πρέπει να αναφέρονται ειδικώς καθορισμένα και εύλογα κριτήρια. Όμως το γενικό και αόριστο κριτήριο της δίκαιης κρίσης κατά την ΑΚ 371 δεν θα μπορούσε να αποτελέσει το κατάλληλο μέσο για την προστασία του αντισυμβαλλόμενου - καταναλωτή. Η ΑΚ 371 είναι στο νόμο καταστρώμενη για τον τύπο μίας ατομικής συμβάσεως και δεν μπορεί να διασφαλίσει τα συμφέροντα του καταναλωτή σε συμβάσεις, στις οποίες οι όροι μεταξύ των συμβαλλομένων μερών δεν καθίστανται αντικείμενο διαπραγματεύσεως όπως συμβαίνει με τους Γ.Ο.Σ. (...)).»

Η αοριστία της αντιπαροχής των ασφαλισμένων στην εν λόγω σύμβαση ασφαλίσεως, δηλαδή ενός βασικού στοιχείου της όλης συμβάσεως, έχει σαν αποτέλεσμα να διαταράσσεται υπέρμετρα η ισορροπία των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των συμβαλλομένων σε βάρος των ασφαλισμένων, καθώς οι τελευταίοι δεν είναι σε θέση να κατανοήσουν και ελέγξουν τα εν λόγω «κριτήρια». Ο σχετικός όρος είναι αποτέλεσμα μιας μονομερούς από την εταιρία εκτίμησης του εκάστοτε ποσοστού αναπροσαρμογής, αλλά και του αν πράγματι συντρέχει λόγος αναπροσαρμογής, καθώς ο καταναλωτής δεν είναι εύκολο να κατανοήσει τα «κριτήρια» και δεν έχει

πρόσβαση σε στοιχεία, που θα του δώσουν τη δυνατότητα να ελέγξει την ακρίβειά τους.

Ο ασφαλιστικός κίνδυνος, ανάλογα με τις περιστάσεις, μπορεί κατά τη διάρκεια της σύμβασης να είναι σταθερός ή μεταβλητός, όταν οι πιθανότητες της επέλευσής του αυξάνουν ή ελαττώνονται. Στην ασφάλιση ασθενειών ο κίνδυνος είναι μεταβλητός. Η διάκριση μεταξύ σταθερού και μεταβλητού κινδύνου έχει σημασία για τον καθορισμό του ασφαλίστρου. Όταν ο κίνδυνος είναι σταθερός, το ποσό του ασφαλίστρου είναι ομοιόμορφο σε όλη τη διάρκεια της ασφάλισης. Όταν ο κίνδυνος είναι μεταβλητός, το ποσό του ασφαλίστρου θα πρέπει να υπόκειται σε μεταβολές ανάλογα με τις πιθανότητες πραγματοποίησής του. Από την άλλη, όμως, το ασφαλιστρο αποτελεί ουσιώδες στοιχείο της σύμβασης⁹.

Πρέπει να αναφέρονται κατά τρόπο ορισμένο, όσο είναι δυνατόν, οι προϋποθέσεις και το πλαίσιο της αναπροσαρμογής, προκειμένου να παρέχεται στον καταναλωτή επαρκής γνώση¹⁰.

Όταν πρόκειται για γενικό όρο που αφορά την επιφύλαξη στον ασφαλιστή του δικαιώματος να προβαίνει μονομερώς αυτός διαρκούσης της ισχύος της σύμβασης σε αύξηση των ασφαλίστρων, που συνιστά τη βασική υποχρέωση του ασφαλισμένου, πρέπει να διατυπώνεται στο ασφαλιστήριο κατά τρόπο διαφανή. Οι δυσμενείς οικονομικές συνέπειες και επιβαρύνσεις θα πρέπει να είναι ευκρινείς για τον μέσο καταναλωτή, ο οποίος δεν διαθέτει νομικές ή οικονομικές γνώσεις.

Με τους εν λόγω παράγοντες, «κριτήρια», που επικαλείται η εταιρία, ο καταναλωτής παραδίδεται στην κρίση του προμηθευτή για την ορθότητα και αναγκαιότητα της αναπροσαρμογής, χωρίς να μπορεί να προβλέψει κάτω από ποιες προϋποθέσεις και σε ποια έκταση (σε τι ποσοστό προς τα επάνω) θα υποστεί πρόσθετες επιβαρύνσεις και να ελέγξει, αν πράγματι συντρέχουν αυτές¹¹.

Πρέπει δε να επισημανθεί ότι η εταιρία σε κάποια επιστολή της προς ασφαλισμένο της, κατόπιν υποβολής παραπόνου από τον τελευταίο για την ασάφεια των κριτηρίων αναπροσαρμογής του συμβολαίου, και ειδικότερα στην από 16.07.2010 επιστολή, που υπογράφεται από τον Διευθυντή Ζωής, κ., αναφέρει ότι η διαφάνεια των αναπροσαρμογών επιτυγχάνεται με τις σχετικές επιστολές προς τους ασφαλισμένους. Η εκ των υστέρων, όμως, αποστολή επιστολών στους ασφαλισμένους, ενόψει της επικείμενης αύξησης των ασφαλίστρων, στις οποίες αναφέρεται το ποσοστό αναπροσαρμογής και οι λόγοι, που οδήγησαν σε αυτήν, ναι μεν αποτελεί υποχρέωση της εταιρίας, που υπαγορεύεται από τη διάταξη του άρθρου 4 παρ. 3 περίπτωση Ε' του ν.δ. 400/1970, όπως θα εκτεθεί κατωτέρω, αλλά δεν θεραπεύει την ασάφεια, την έλλειψη διαφάνειας όρων του συμβολαίου, καθώς και το μη εύλογο των κριτηρίων αναπροσαρμογής, καθώς τα κριτήρια πρέπει να είναι ειδικά καθορισμένα στη σύμβαση. Η αοριστία και αδιαφάνεια ενός όρου κρίνεται από το περιεχόμενό του και όχι από τη μεταγενέστερη εξειδίκευσή του στην πράξη από τον χρήστη του όρου.

⁹ Ι. Ρόκας, Σχόλια επί της ΠΠρΑθ 3229/1996, ΝοΒ 1998, σελ. 798.

¹⁰ ΕφΑθ 1407/2002, ΔΕΕ 2002, σελ. 1136.

¹¹ ΑΠ 1030/2001, ΔΕΕ 2001, σελ. 1125.

Στα εν λόγω ασφαλιστήρια συμβόλαια δεν περιλαμβάνεται ένας αντικειμενικός και εκ των προτέρων γνωστός τρόπος αναπροσαρμογής των ασφαλίσεων, ενώ δεν οριοθετείται καν προς τα επάνω το ύψος του ποσοστού αύξησης.

Τα ανωτέρω έχουν σαν συνέπεια να διαταράσσεται υπέρμετρα η ισορροπία των δικαιωμάτων και των υποχρεώσεων των συμβαλλομένων σε βάρος του καταναλωτή, καθώς μένει αόριστο ένα βασικό στοιχείο της συμβάσεως.

Επιπρόσθετα, σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασφαλισμένοι παραπονούνται ότι η ασφαλιστρια εταιρία δεν τους ενημέρωσε εγγράφως νωρίτερα και έγκαιρα για την αύξηση των ασφαλίσεων, αλλά αντίθετα προέβη σε αποστολή προδιατυπωμένων σχετικών επιστολών, στις οποίες ανακοίνωνε την ήδη αποφασισθείσα από αυτήν αύξηση των ασφαλίσεων, το ποσοστό αυτής και τους σχετικούς λόγους ταυτόχρονα με την αποστολή της ειδοποίησης πληρωμής ασφαλίσεων, χωρίς να δίνεται η δυνατότητα στον ασφαλισμένο να λάβει γνώση της αναπροσαρμογής νωρίτερα, να τη σταθμίσει και να συζητήσει με την εταιρία οποιαδήποτε αντίρρησή του ή να τη διαπραγματευτεί, όταν πλέον θα πρέπει πιεζόμενος από το ειδοποιητήριο πληρωμής ασφαλίσεων να καταβάλει εμπρόθεσμα το αναγραφόμενο ασφάλιστρο, παραβαίνοντας τη διάταξη του άρθρου 4 παρ. 3 περίπτωση Ε' του ν.δ. 400/1970. Σύμφωνα με την ανωτέρω διάταξη, *«Κατά τη διάρκεια της σύμβασης η ασφαλιστική επιχείρηση υποχρεούται να γνωστοποιήσει στον αντισυμβαλλόμενο κάθε μεταβολή στην επωνυμία, στη νομική της μορφή, Ειδικά για την ασφαλιστική υποχρέωση, η ασφαλιστική επιχείρηση γνωστοποιεί στον αντισυμβαλλόμενο κάθε μεταβολή των στοιχείων ιν έως χιι που αναφέρονται στην περίπτωση Δ' της παρούσας παραγράφου (μεταξύ των οποίων είναι και οι λεπτομέρειες και ο χρόνος καταβολής των ασφαλίσεων τόσο για την κύρια ασφάλιση όσο και για τις συμπληρωματικές καλύψεις), καθώς και...»*.

Η αυθαίρετη αύξηση των ασφαλίσεων και η χρέωση του καταναλωτή με αυτά έχει σαν αποτέλεσμα τη διάψευση των τυπικών και δικαιολογημένων προσδοκιών του πελάτη ως προς την εξέλιξη της συναλλακτικής του σχέσης¹² και τη διασάλευση της δικαιολογημένα προσδοκώμενης ασφάλειας των συναλλαγών και την έκθεση σε κίνδυνο των οικονομικών συμφερόντων του, αφού με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ο κίνδυνος χρεώσεών του με αυθαίρετα προσδιοριζόμενα ασφάλιστρα, τα οποία επιβάλλει η ασφαλιστική εταιρία¹³, χωρίς μάλιστα η τελευταία να δεσμεύεται σε σχέση με τις μελλοντικές τους αυξήσεις.

Γ. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ – ΣΥΣΤΑΣΗ

Κατόπιν των ανωτέρω, ο Συνήγορος του Καταναλωτή:

I) Διαπιστώνει ότι η αύξηση των ασφαλίσεων που επιβλήθηκε μονομερώς από την καταγγελλόμενη ασφαλιστική εταιρία «ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ» στα εν θέματι ασφαλιστήρια συμβόλαια των ασφαλισμένων της είναι παράνομη και καταχρηστική.

II) Αναγνωρίζει ότι η εταιρία κάνει χρήση καταχρηστικού όρου, από την ακυρότητα του οποίου δημιουργείται κενό στη σύμβαση.

¹² ΕιρΑθ 1642/2008 (Α' Δημοσίευση ΝΟΜΟΣ).

¹³ ΠΠΑ 936/2008, ΕφΑΔ 2010, σελ. 585.

III) Απευθύνει σύσταση προς την καταγγελλόμενη ασφαλιστική εταιρία:

α) να μην προβαίνει στο μέλλον κατά τρόπο μονομερή, παράνομο και καταχρηστικό σε αύξηση των ασφαλίσεων στα εν θέματι συμβόλαια.

β) να συμμορφωθεί με το περιεχόμενο της παρούσας και να άρει την προσβολή συνεπεία της παράνομης επιβολής αύξησης των ασφαλίσεων στα συμβόλαια των καταναλωτών επιστρέφοντας τους το ποσό της αυξήσεως του ασφαλιστρού που εισπράχθηκε από την εφαρμογή καταχρηστικού ΓΟΣ.

γ) να φροντίσει για την πλήρωση του δημιουργούμενου κενού, είτε με κοινή συμφωνία των μερών, είτε με την έκδοση διαπλαστικής δικαστικής απόφασης που θα προσδιορίσει την παροχή.

IV) Καλεί την αναφερόμενη ασφαλιστική εταιρία να του γνωστοποιήσει εγγράφως εντός δέκα (10) ημερών από την παραλαβή της παρούσας, εάν αποδέχεται τα διαλαμβανόμενα στην παρούσα έγγραφη σύσταση.

V) Αποφασίζει ότι σε περίπτωση που η «ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ» δεν αποδεχθεί τα διαλαμβανόμενα στην παρούσα σύσταση, τότε ο «Συνήγορος του Καταναλωτή» θα 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

ΚΟΙΝ:

Γενική Γραμματεία Καταναλωτή
Διεύθυνση Προστασίας Καταναλωτή
Τμήμα Β'
Πλατεία Κάνιγγος
101 81 Αθήνα