

Sygn. akt III AUa 217/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 29 czerwca 2017 r.

Sąd Apelacyjny w Gdańsku - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Małgorzata Gerszewska (spr.)
Sędziowie:	SSA Iwona Krzeczowska - Lasoń SSA Lucyna Ramlo
Protokolant:	sekr.sądowy Agnieszka Makowska

po rozpoznaniu w dniu 29 czerwca 2017 r. w Gdańsku

sprawy E. Ł.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o ustalenie obowiązku ubezpieczenia

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 20 września 2016 r., sygn. akt VI U 586/16

1. zmienia zaskarżony wyrok i oddala odwołanie

2. zasądza od E. Ł. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. kwotę 120,00 (sto dwadzieścia. 00/100) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za pierwszą instancję oraz kwotę 240,00 (dwieście czterdzieści 00/100) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za instancję odwoławczą.

SSA Lucyna Ramlo SSA Małgorzata Gerszewska SSA Iwona Krzeczowska – Lasoń

Sygn. akt III AUa 217/17

UZASADNIENIE

Decyzją z dnia 26 listopada 2015 r. organ rentowy stwierdził, że E. Ł., jako osoba prowadząca działalność gospodarczą podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu chorobowemu od 30 czerwca 2015 r. do 31 października 2015 r.

Odwołując się od powyższej decyzji, zarzucając organowi rentowemu naruszenie przepisów art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1 i art. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz innych przepisów k.p.c. i Konstytucji RP, ubezpieczona wniosła

o jej zmianę poprzez stwierdzenie, że podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 12 czerwca 2015 r.

W odpowiedzi na odwołanie pozwany wniósł o jego oddalenie.

Wyrokiem z dnia 20 września 2016 r. Sąd Okręgowy w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych zmienił zaskarżoną decyzję i ustalił, że odwołująca, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 12 czerwca 2015 r. do dnia 29 czerwca 2015 r. oraz zasądził od pozwanego na rzecz wnioskodawczynie kwotę 360 zł tytułem kosztów zastępstwa prawnego, wskazując następujące motywy rozstrzygnięcia:

Wnioskodawczynie do dnia 11 czerwca 2015 r., jako osoba prowadząca działalność gospodarczą korzystała z urlopu rodzicielskiego i podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Od 13 czerwca 2014 r. do 11 czerwca 2015 r. E. Ł. pobierała zasiłek macierzyński z tytułu urodzenia dziecka. Następnie, po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego, tj. w dniu 12 czerwca 2015 r. złożyła wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i ubezpieczeniem społecznym.

W trakcie trwania urlopu rodzicielskiego odwołująca zaszła w kolejną ciążę i lekarz ginekolog wystawił jej zwolnienie lekarskie od 12 czerwca 2015 r. Zwolnienie lekarskie wraz z wypełnionym drukiem ZUS Z-b3 zostało złożone w oddziale ZUS.

W kolejnym piśmie powiadomiono ubezpieczoną, że nie zgłosiła się w terminie 7 dni, licząc od zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego do ubezpieczenia chorobowego, ponieważ taki wniosek należy złożyć na formularzu ZUS ZUA. Po otrzymaniu takiej informacji ubezpieczona ponownie udała się do siedziby organu rentowego składając formularz ZUS ZUA w dniu 30 czerwca 2015 r. Natomiast w dniu 3 lipca 2015 r. ubezpieczona złożyła deklarację rozliczeniową za czerwiec 2015 r., w której zadeklarowała podstawę wymiaru składek w wysokości 870,98 zł i opłaciła składkę na ubezpieczenie społeczne w wysokości 276,72 zł. Wysokość składki obejmowała błędnie okres od 1 do 12 czerwca 2015 r. Po złożeniu wniosku o wypłatę zasiłku chorobowego organ rentowy zweryfikował podstawę wymiaru składki na ubezpieczenie chorobowe za czerwiec 2015 r., ponieważ powinna ona wynosić 1504,42 zł, a składka należna za ten miesiąc to 477,95 zł. Pismem z dnia 24 lipca 2015 r. organ rentowy poinformował ubezpieczoną, że nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu z uwagi na nieopłacenie składki w pełnej wysokości. W tym samym piśmie poinformowano ubezpieczoną, że w przypadku uregulowania zaległości organ rentowy w uzasadnionych przypadkach może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie. Ubezpieczona taki wniosek złożyła w dniu 27 lipca 2015 r. i opłaciła resztę brakującej składki w kwocie 201,23 zł.

Organ rentowy wyraził zgodę na opłacenie składki na ubezpieczenie chorobowe za czerwiec 2015 r. po terminie.

Istotę sporu stanowiło ustalenie początkowej daty podlegania ubezpieczeniu chorobowemu wnioskodawczynie wobec braku zgłoszenia wniosku na prawidłowym druku ZUS ZUA przed 30 czerwca 2015 r., albowiem w dniu 12 czerwca 2016 r. ubezpieczona złożyła jedynie druk ZUS 2b-3 (dotyczący przyznania zasiłku chorobowego) z pominięciem druku ZUS ZUA. Ubezpieczona zapłaciła całą należną składkę za czerwiec 2015 r. na ubezpieczenie chorobowe w wysokości 477,95 zł.

Analizując trafność decyzji pozwanego Sąd Okręgowy, powołując się na treść art. 14 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, wskazał, że objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje po złożeniu wniosku (na druku ZUA) i w myśl art. 36 ust. 4 ustawy o sus takiego zgłoszenia należy dokonać w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia, czyli - w tym wypadku – najpóźniej do 19 czerwca 2015 r. Tymczasem ubezpieczona złożyła wniosek dopiero w dniu 30 czerwca 2015 r., przy czym już wcześniej wykazała wolę objęcia takim ubezpieczeniem składając druk 2b-3.

Ponadto - jak ustalił Sąd Okręgowy - w przypadku ubezpieczonej pomimo opłacenia składek po terminie, bo dopiero w dniu 3 lipca 2015 r. nie została ona wyłączona z ubezpieczeń społecznych, ponieważ organ rentowy przywrócił jej termin do opłacenia składek.

Sąd podkreślił, że - zgodnie z poglądem prezentowanym przez pozwanego - do dobrowolnego ubezpieczenia można przystąpić w drodze tzw. dorozumianego wniosku, który przejawia się tym, że ubezpieczony pomimo, że nie przekazał do ZUS odpowiednio wypełnionego zgłoszenia podlega tym ubezpieczeniom.

W ocenie Sądu, taka sytuacja miała miejsce w analizowanej sprawie, albowiem ubezpieczonej przywrócono termin do opłacenia składki za czerwiec 2015 r. i składki te zostały opłacone, a skoro tak, to brak formalnego wniosku nie może niweczyć możliwości objęcia ubezpieczeniem społecznym. Składki te zostały zaliczone na poczet ubezpieczenia chorobowego za czerwiec 2015 r. i nie zostały zwrócone jako nienależne. Sądowi znane są poglądy orzecznictwa, gdzie prezentowane jest stanowisko, iż przepisy ustawy o sus nie przewidują możliwości objęcia dobrowolnymi ubezpieczeniami chorobowymi w trybie dorozumianym (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Gdańsku z 13 lutego 2013 r. III AUa 1390/12 i wyrok Sądu Najwyższego z 8 sierpnia 2001 r. I IOKW 518/00) przy czym zapadały one na tle nieco odmiennych stanów faktycznych. Sąd podziela natomiast odmienny podgląd zawarty w wyroku Sądu Najwyższego z 16 sierpnia 2005 r. (II UK 376/04) który stwierdził: złożenie wniosku o kontynuowanie ubezpieczenia nie jest warunkiem nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego, jeżeli wola podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została ujawniona w sposób wyraźny.

W ocenie Sądu, skoro już samo wyrażenie zgody przez organ rentowy na opłacenie po terminie sprawia, że pomimo, iż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie wygasa, to identycznie dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie powinno wygasnąć w rozpatrywanej sprawie. Co prawda nie chodzi tu o kontynuację ubezpieczenia lecz o jego powstanie, jednak wobec osób będących po rocznych urlopach rodzicielskich szczególnie indywidualnie należy odnieść się do każdej sytuacji.

Z powyższych przyczyn dokonano zmiany decyzji na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c.

Apelację od wyroku wywiódł pozwany zaskarżając go w całości i zarzucając mu:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj.: art. 11 ust. 2, art. 14 ust. 1, la, art. 36 ust. 1, 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych polegające na objęciu przez Sąd E. Ł. dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od 12 czerwca 2015 r. do 29 czerwca 2015 r., pomimo niezrealizowania sytuacji określonej w art. 14 ust. la w/w ustawy,
2. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzekania, polegający na przyjęciu przez Sąd orzekający, że wyrażenie zgody przez organ rentowy na opłacenie składek na ubezpieczenie po terminie sprawiło, że pomimo, iż składka nie została uiszczona w prawidłowej wysokości w terminie, to dobrowolne ubezpieczenie chorobowe odwołującej nie wygasło i nie została ona wyłączona z ubezpieczeń społecznych, podczas gdy w związku z uregulowaniem ostatecznie przez wnioskodawczynię składki za czerwiec 2015 r. w prawidłowej wysokości Zakład uznał, iż podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, ale dopiero od dnia 30 czerwca 2015 r., tj. od daty zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, zatem to z uwagi na brak wniosku odwołującej w dniu 12 czerwca 2015 r. została wyłączona z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 12 czerwca 2015 r. do 29 czerwca 2015 r.,
3. naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj. art. 233 § 1 k.p.c. poprzez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów oraz niewszechstronną, dowolną, niezgodną z zasadami doświadczenia życiowego ocenę zebranego w sprawie materiału dowodowego.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty pozwany wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania oraz zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

W uzasadnieniu apelacji pozwany w sposób wyczerpujący zaprezentował argumentację mającą na celu potwierdzenie zasadności postawionych zarzutów.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje

Apelacja pozwanego skutkowałą zmianą zaskarżonego wyroku i oddaleniem odwołania.

Sąd Okręgowy, dysponując prawidłowo zgromadzonym i pełnym materiałem dowodowym, dokonał jego nieprawidłowej oceny, co z kolei skutkowało błędnymi ustaleniami faktycznymi oraz nieprawidłową subsumcją prawną, która stała się podstawą do wydania zaskarżonego orzeczenia.

Przystępując do rozpoznania apelacji przypomnieć należy, że zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2009 r., Nr 205, poz. 1585 ze zm.) obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnym i rentowym podlegają osoby fizyczne, które na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej są osobami prowadzącymi pozarolniczą działalność.

Dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 (art. 11 ust. 2 ustawy systemowej).

Sposób przystąpienia i ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego reguluje art. 14 powołanej ustawy, który w ustępie 1 stanowi, że objęcie dobrowolnie ubezpieczeniami emerytalnym, rentowymi i chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tymi ubezpieczeniami, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony, z zastrzeżeniem ust. 1a. W myśl art. 14 ust. 1a objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 ustawy czyli siedmiu dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Zgodnie z art. 14 ust. 2 ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe, o których mowa w ust. 1, ustają:

- 1) od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;
- 2) od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie - w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność i osób z nimi współpracujących, duchownych oraz osób wymienionych w art. 7; w uzasadnionych przypadkach Zakład, na wniosek ubezpieczonego, może wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie, z zastrzeżeniem ust. 2a;
- 3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Z powołanego przepisu, mającego charakter bezwzględnie obowiązującego, wynika, że do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia niezbędny jest wniosek ubezpieczonego. W przypadku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wymagany jest dodatkowy warunek, by wniosek został zgłoszony w terminie 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowych (art. 36 ust. 4 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych).

Zarówno w orzecznictwie Sądu Najwyższego, jak i sądów powszechnych ugruntowana jest już wykładnia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, iż opóźnienie w opłaceniu składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe powoduje ustanie ubezpieczenia, dobrowolny tytuł ubezpieczenia społecznego ustaje zatem z mocy prawa od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie należnej na to ubezpieczenie składki. Ustawodawca wyraźnie uznał, że nieopłacenie przez ubezpieczonego w terminie należnej składki stanowi jego rezygnację z tego rodzaju ubezpieczenia. Wydanie decyzji przez organ rentowy nie jest w tej materii konieczne - decyzja taka ma bowiem charakter jedynie deklaracyjny nie zaś konstytutywny. Ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi, w tym chorobowym, wymaga złożenia przez zainteresowanego nowego wniosku. Przepis art. 14

ustawy systemowej, jak wcześniej podkreślono, ma charakter bezwzględnie obowiązujący i jakakolwiek odmienna interpretacja nie jest dopuszczalna. Za przystąpienie do dobrowolnego ubezpieczenia w tym chorobowego, czy też za jego kontynuację (po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia) nie może zostać uznane samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne. Ustawodawca wymaga, czego zdaje się nie zauważać wnioskodawczyni, dla skutecznego objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem złożenia przez zainteresowanego stosownego wniosku, i to wniosku wyraźnego, jednoznacznego. Wystarczającym nie jest zatem opłacanie składek przez zainteresowanego oraz przyjmowanie ich przez organ rentowy (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003/10/257, wyrok Sądu Apelacyjnego w Poznaniu z dnia 30 października 2012 r., III AUa 550/12; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r., III AUa 895/12, LEX nr 1254426 - które Sąd Apelacyjny w niniejszym składzie w pełni podziela).

Zwrócić należy również uwagę na wyrok Sądu Najwyższego z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, OSNP 2013/5-6/68, że ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą po ustaniu tytułu podlegania temu ubezpieczeniu w wyniku stwierdzenia przez organ rentowy zaprzestania prowadzenia tej działalności, wymaga zgłoszenia pisemnego wniosku przez ubezpieczonego (art. 11 ust. 1 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej). W motywach rozstrzygnięcia Sąd Najwyższy wskazał, że na gruncie przepisów ustawy systemowej nie można przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, gdyż brak do tego podstaw. Do stosunków ubezpieczenia społecznego - jako stosunków regulowanych prawem publicznym - nie ma zastosowania art. 60 k.c., zgodnie z którym wola osoby dokonującej czynności prawnej może być wyrażona przez każde zachowanie się tej osoby, które ujawnia jej wolę w sposób dostateczny. Przepis ten reguluje składanie oświadczeń woli per facta condudentia w stosunkach cywilnych (regulowanych prawem prywatnym). Nie ma podstaw do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego do wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym. Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony przepis oraz inne przepisy Kodeksu cywilnego. Nie jest również czynnością prawa pracy, jak np. umowa o pracę, do której można byłoby na podstawie art. 300 k.p. stosować odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego. Wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, nie jest wystarczające samo opłacanie przez zainteresowanego składek na to ubezpieczenie oraz przyjmowanie tych składek przez organ rentowy. Osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlega ubezpieczeniu chorobowemu na zasadzie dobrowolności, a objęcie tym ubezpieczeniem realizuje się przez zgłoszenie stosownego wniosku (art. 11 ust. 2 i art. 36 ust. 5 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych). Nie oznacza to jednak, że przedmiotowy wniosek, a konkretnie zawarte w nim oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia chorobowego, stanowi czynność prawną (zdarzenie prawne) rodzącą i kreującą stosunek cywilnoprawny (por. wyrok Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2007 r., II UK 106/07, LEX nr 346189).

E. Ł. - jak ustalił Sąd I instancji - w okresie od 13 czerwca 2014 r. do 11 czerwca 2015 r. podlegała - zgodnie z art. 9 ust. 1c ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych - obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego, w konsekwencji czego nie mogła być wówczas zgłoszona do obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowych z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego E. Ł. - wbrew ustaleniom Sądu I instancji - nie dokonała w terminie 7 dni od dnia 12 czerwca 2015 r. zgłoszenia na druku ZUS ZUA do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, albowiem nawet jeśli - jak podnosiła w odwołaniu od decyzji z dnia 26 listopada 2015 r. - we wskazanej dacie udała się do organu rentowego celem ponownego zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, to jednak nie dokonała tego na stosownym formularzu, podczas gdy - jak wynika z powołanego wyżej orzecznictwa Sądu Najwyższego - taki warunek jest konieczny, albowiem wola ubezpieczonego musi być wyrażona w sposób wyraźny i jednoznaczny. Wykładnia językowa art. 11 ust. 2 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej wskazuje bowiem na konieczność złożenia przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku, jako warunku objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Samo opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia, czy też wyrażenie woli podlegania ubezpieczeniu poprzez poinformowanie o powyższym urzędnika, nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego. Nie można bowiem przyjąć dorozumianego oświadczenia zainteresowanego o

objęcie go dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym (por. wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 18 maja 2016 r. sygn. akt III AUa 1704/15). Dokument o objęciu dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być czytelny, wyraźny i niebudzący żadnych wątpliwości, a nadto powinien być złożony na piśmie. Zasada ta obowiązuje także w sytuacji, kiedy zainteresowany ustnie składa deklarację o objęciu go ubezpieczeniem. Bowiern i tak na końcu ma ona formę pisemną (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 9 lipca 2015 r. sygn. akt I UK 376/14, LEX nr 1750110, Gazeta Prawna 2015/132/7).

Mając na uwadze obowiązujące przepisy prawa oraz orzecznictwo sądowe uznać należy, że trafnie organ rentowy zarzucił w wywiedzonej apelacji naruszenie przez Sąd Okręgowy przepisów ustawy systemowej, obejmując wnioskodawczynię dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 12 czerwca 2015 r. do 29 czerwca 2015 r. pomimo niezastnienia sytuacji określonej w art. 14 ust. 1a powołanej ustawy z dnia 13 października 1998 r. Przepisy w tej materii są bowiem skonstruowane jednoznacznie - z treści art. 14 ust. 1 ustawy systemowej w sposób oczywisty wynika, że nie jest możliwe objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym bez pisemnego, jednoznacznego wniosku oraz od daty wcześniejszej, aniżeli data, w której wniosek został zgłoszony.

Sąd Apelacyjny dostrzega oczywiście, że w orzecznictwie sądowym pojawiają się poglądy, w myśl których złożenie wniosku o objęcie ubezpieczeniem społecznym nie jest warunkiem nawiązania stosunku ubezpieczenia społecznego, jeżeli wola podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej została ujawniona w sposób wyraźny (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 3 lutego 1989 r., II URN 299/99, niepublikowany i z dnia 16 sierpnia 2005 r., I UK 376/04, OSNP 2006 nr 11-12, poz. 195, OSP 2007 nr 7-8, poz. 95, z glosą I. Sierockiej oraz wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z 3 listopada 2000 r., III AUa 774/00, OSA 2001 nr 2, poz. 5), jednakże uznaje, że nie są one przekonujące, jeśli zważyć, że zarówno art. 11 ust. 2, jak i art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej wyraźnie uzależniają podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu od złożenia wniosku, który winien jednoznacznie potwierdzać zamiar podlegania takiemu ubezpieczeniu.

Dodatkowo, jak zasadnie wskazał pozwany, należy wyraźnie oddzielić w niniejszej sprawie kwestię opłacenia przez odwołującą składki po terminie i wyrażenia przez organ rentowy na to zgody oraz kwestię złożenia wniosku o objęcie ubezpieczeniami. Sąd I instancji upatruje w przywróceniu terminu do uiszczenia składki poparcia dla swojej argumentacji o niewylączeniu E. Ł. z ubezpieczeń społecznych, podczas, gdy odnosi się to tylko do okresu od 30 czerwca 2015 r. W związku z nieopłaceniem składek za czerwiec 2015 r. we właściwej wysokości i terminie, Zakład poinformował ubezpieczoną pismem z dnia 24 lipca 2015 r., że nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 30 czerwca 2015 r. W dniu 27 lipca 2015 r. wnioskodawczyni zwróciła się z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc czerwiec 2015 i uregulowała brakującą kwotę należnych składek. Zakład wyraził zgodę na opłacenie składki po terminie, jednak pomimo faktu, iż w deklaracji ZUS DRA ubezpieczona zadeklarowała podstawę wymiaru składek na obowiązkowe ubezpieczenia społeczne i dobrowolne ubezpieczenie chorobowe od dnia 12 czerwca 2015 r., to na mocy art. 14 ust. 1 i 1a ustawy systemowej dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu podlegała dopiero od dnia 30 czerwca 2015 r., tj. od dnia złożenia zgłoszenia do ubezpieczeń. A zatem, z uwagi na brak wniosku odwołującej w dniu 12 czerwca 2015 r. zasadnie - zaskarżoną decyzją ZUS z dnia 26 listopada 2015 r. - została ona wyłączona z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 12 czerwca 2015 r. do 29 czerwca 2015 r.

Mając na uwadze zaprezentowane ustalenia i rozważania, Sąd Apelacyjny, na mocy art. 386 § 1 k.p.c., orzekł, jak w punkcie 1 sentencji.

W punkcie 2 wyroku Sąd Apelacyjny, zgodnie z art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w zw. z § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2015, poz. 1804 - w brzmieniu obowiązującym na dzień złożenia odwołania) zasądził od E. Ł. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych kwotę 120 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za pierwszą instancję oraz - zgodnie z art. 98 § 1 i § 3 k.p.c. w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 2 pkt 1 powołanego rozporządzenia (w brzmieniu obowiązującym na dzień złożenia apelacji) - kwotę 240,00 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za II instancję.

Wartość przedmiotu zaskarżenia wskazana została przez skarżącego w piśmie z dnia 16 czerwca 2017 r.(36,86 zł) i nie była kwestionowana przez wnioskodawczynię.

SSA Małgorzata Gerszewska SSA Lucyna Ramlo SSA Iwona Krzczowska-Lasoń