

Sygn. akt III AUa 2167/17

## WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 1 marca 2018 r.

### **Sąd Apelacyjny w Katowicach**

Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący	SSA Marek Procek (spr.)
Sędziowie	SSA Tadeusz Szweda SSA Jolanta Pietrzak
Protokolant	Elżbieta Szewczyk

po rozpoznaniu w dniu 1 marca 2018r. w Katowicach

sprawy z odwołania K. Ś.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

o podleganie ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R.

od wyroku Sądu Okręgowego - Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Katowicach z dnia 14 września 2017r. sygn. akt X U 141/17

**1. zmienia zaskarżony wyrok w punkcie 1 częściowo i oddala odwołanie w zakresie dotyczącym stwierdzenia, że ubezpieczona jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 4 kwietnia 2016r. do 31 maja 2016r.;**

**2. oddala apelację w pozostałym zakresie;**

**3. znosi między stronami koszty zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.**

/-/SSA T.Szweda /-/SSA M.Procek /-/SSA J.Pietrzak

Sędzia Przewodniczący Sędzia

Sygn. akt III AUa 2167/17

## UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 14 września 2017r. Sąd Okręgowy - Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Katowicach w punkcie 1 zmienił decyzję Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w R. z dnia 6 grudnia 2016r. i stwierdził, że ubezpieczona K. Z.-Ś., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 4 kwietnia 2016r. do dnia 31 maja 2016r. oraz od dnia 1 lipca 2016r. do 31 lipca 2016r., natomiast w punkcie 2 oddalił odwołanie w pozostałym zakresie.

Sąd Okręgowy ustalił, iż K. Ś., ur. (...), od dnia 1 kwietnia 2014r. prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą pod firmą (...), zajmując się działaniami marketingowymi prowadzonymi w Internecie, tworzeniem stron internetowych.

Po rozpatrzeniu wniosku ubezpieczonej z dnia 18 lutego 2016r. w sprawie wyrażenia zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące 10/2014, 02-03/2015, 05-07/2015, 09-12/2015 oraz 02/2016, organ rentowy nie wyraził zgody.

Ubezpieczona w kwietniu 2016r. wyrejestrowała się z ubezpieczeń i następnie zarejestrowała ponownie, bowiem za wcześniejsze okresy nie płaciła składek w terminie i jej ubezpieczenie wygasło.

Dnia 4 kwietnia 2016r. ubezpieczona złożyła zgłoszenie obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 kwietnia 2016r.

Kolejno, dnia 6 lipca 2016r. zgłosiła wyrejestrowanie z ubezpieczeń społecznych i zgłoszenie do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego od dnia 4 lipca 2016r.

Decyzją z dnia 15 września 2016r. organ rentowy odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku macierzyńskiego za okres od 4 lipca 2016r. do 2 lipca 2017r., zgodnie z art. 1 ust. 1 i art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa. W uzasadnieniu organ rentowy podał, że z posiadanej dokumentacji wynika, iż ubezpieczona nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 lipca 2016r., gdyż za lipiec 2016r. nie została opłacona należna składka na to ubezpieczenie w ustawowym terminie. Organ rentowy zaznaczył, że ubezpieczona urodziła dziecko 4 lipca 2016r., czyli w okresie kiedy nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu.

Dnia 25 sierpnia 2016r. ubezpieczona złożyła wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące kwiecień 2016r. i lipiec 2016r.

Ubezpieczona w kwietniu opóźniła się z zapłatą składki z uwagi na opóźnienie kontrahenta w zapłacie za usługę. Nie posiadała wolnych środków na opłatę składek, bowiem wszystkie pieniądze przeznaczała na leczenie niepłodności i podtrzymanie ciąży.

Organ rentowy odmówił ubezpieczonej zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za kwiecień 2016r. i lipiec 2016r. W uzasadnieniu wskazał, że ubezpieczona została zgłoszona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego m.in. w okresie od 1 marca 2016r. do 3 lipca 2016r. W okresie od 4 lipca 2016r. dokonała zgłoszenia wyłącznie do ubezpieczenia zdrowotnego. Składki na ubezpieczenie społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące kwiecień 2016r., maj 2016r., lipiec 2016r. nie zostały opłacone w obowiązującym terminie płatności. Ponadto, za miesiąc lipiec 2016r. składka na ubezpieczenie społeczne, w tym na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, została opłacona w zaniżonej wysokości.

Następnie, na wniosek ubezpieczonej, organ rentowy wydał w dnia 6 grudnia 2016r. zaskarżoną decyzję, stwierdzając, że ubezpieczona nie podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 kwietnia 2016r. do 31 maja 2016r. i od 1 lipca 2016r. do 31 lipca 2016r.

Sąd Okręgowy ustalił nadto, iż poczynszy od marca 2015r., ubezpieczona leczyła się w klinice (...) w K. z tytułu niepłodności. Poddana została kosztownemu leczeniu, które opłacała samodzielnie. Przyjmowała szereg leków, jak również wykonywała zlecane jej badania. Dnia 1 kwietnia 2015r. poniosła wydatek z tytułu wykonanych badań w kwocie 631 zł, dnia 8 kwietnia 2015r. - w kwocie 1.120 zł, dnia 9 kwietnia 2015r. - w kwocie 180 zł, dnia 22 kwietnia 2015r. - w kwocie 280 zł, dnia 24 kwietnia 2015r. - w kwocie 160 zł, dnia 16 października 2015r. - w kwocie 120 zł, dnia 16 października 2015r. - w kwocie 200 zł, dnia 2 listopada 2015r. - w kwocie 200 zł, dnia 20 listopada 2015r. - w kwocie 450 zł, dnia 8 grudnia 2015r. - w kwocie 240 zł. Przedstawiła paragon z tytułu zakupu leków z dnia 25 września 2015r. na kwotę 2.629,30 zł, z dnia 30 października 2015r. - na kwotę 678,77 zł, z dnia 23 października 2015r. - na kwotę 218,98 zł, z dnia 14 października 2015r. - na kwotę 98,55 zł, z dnia 16 października 2015r. - na kwotę 697,44 zł, z dnia 18 listopada 2015r. - na kwotę 334,16 zł, z dnia 14 listopada 2015r. - na kwotę 511 zł, z dnia 9 listopada 2015r. - na kwotę 654,78 zł. Od mementu, kiedy była w ciąży, początkowo dwa razy w miesiącu, a następnie raz w miesiącu, ponosiła koszty wizyt kontrolnych w wysokości 150 zł oraz dodatkowych płatnych badań.

W dniu 4 lipca 2016r. ubezpieczona urodziła córkę (na tydzień przed planowanym terminem). W związku z powyższym, nie wiedziała w jakiej wysokości opłacić składkę. Kiedy otrzymała informację od księgowej o wysokości składki, niezwłocznie ją opłaciła. Kontaktowała się także z organem rentowym. Podkreśliła, że gdy otrzymała decyzję organu rentowego o odmowie przyznania prawa do zasiłku macierzyńskiego, ponownie zgłosiła się do ubezpieczeń, bowiem musiała prowadzić działalność gospodarczą, z uwagi na brak środków do życia. Podniosła, że z uwagi na zagrożoną ciążę, znaczne środki pieniężne przeznaczala na zakup leków podtrzymujących ciążę. Po pierwszej wizycie u lekarza wydała ponad 2 tys. zł na zakup leków. We wcześniejszym okresie leczyła się z powodu niepłodności, co również pochłaniało znaczne koszty. Ciąża ubezpieczonej, jako ciąża *In vitro*, od samego początku była zagrożona. Wydatki związane z ciążą spowodowały nieterminowość w opłacaniu składek. Mimo opóźnień, wszystkie składki zostały przez ubezpieczoną uiszczone.

Składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych (w tym chorobowe) za kwiecień 2016r. zostały opłacone w całości w dniu 11 maja 2016r., składki (w tym chorobowe) za maj 2016r. zostały częściowo opłacone w dniu 10 czerwca 2016r. oraz częściowo w dniu 25 sierpnia 2016r., składki (w tym chorobowe) za lipiec 2016r. zostały opłacone w dniu 22 sierpnia 2016r. oraz częściowo w dniu 12 września 2016r.

Według Sądu Okręgowego, istotę sporu w niniejszej sprawie stanowiła ocena, czy organ rentowy postąpił słusznie odmawiając ubezpieczonej wyrażenia zgody na opłacenie składek na ubezpieczenie chorobowe po terminie, a w konsekwencji, czy prawidłowa jest decyzja stwierdzająca, że ubezpieczona nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 1 kwietnia 2016r. do 31 maja 2016r. oraz od 1 lipca 2016r. do 31 lipca 2016r.

Zatem, Sąd ten, przywołując treść art. 6 ust. 1 pkt 5, art. 12 ust. 1, art. 13 pkt 4, art. 14 ust. 1, ust. 1a i ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017r. poz. 1778 - dalej jako ustawa systemowa), stwierdził, że wniosek ubezpieczonej z dnia 25 sierpnia 2016r. o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, zasługiwał na akceptację. Zdaniem Sądu Okręgowego, opóźnienie ubezpieczonej w opłaceniu składek na ubezpieczenie chorobowe nie było znaczne, zaś argumentacja przedstawiona przez ubezpieczoną na uzasadnienie wniosku, zasługuje na uwzględnienie. Ubezpieczona, poczynszy od marca 2015r., ponosiła wysokie koszty leczenia

bezpłodności. Przedstawiła zgromadzone paragony, jak i faktury, wskazujące na bardzo drogie leczenie. Kolejno, będąc już w ciąży, ponosiła koszty jej utrzymania, kosztownych leków utrzymujących ciążę, badań, jak również wizyt lekarskich. Ubezpieczona przed organem rentowym wskazywała również, iż opóźnienie w opłacaniu składek wynikało także z opóźnień kontrahenta w zapłacie zobowiązań. Z uwagi na trudną sytuację życiową, w tym finansową, nie była w stanie

w należyтым terminie opłacić składek. Zbiegło się to również z dniem jej porodu. Dnia 4 lipca 2016r. urodziła wyczekiwane dziecko, zaś ciąża ubezpieczonej od samego początku była zagrożona.

Sąd ten zauważył przy tym, iż brak zgody organu rentowego na opłacenie składek po terminie spowodował ujemne skutki dla ubezpieczonej, w tym odmowę przyznania jej zasiłku macierzyńskiego. Z uwagi na brak środków do życia, ubezpieczona zamiast zajmować się dzieckiem i pobierać zasiłek macierzyński, musiała podjąć działalność gospodarczą.

Zatem, Sąd Okręgowy zmienił zaskarżoną decyzję stwierdzając, że ubezpieczona, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, podlega dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 4 kwietnia 2016r. do 31 maja 2016r. oraz od 1 lipca 2016r. do 31 lipca 2016r., o czym orzekł w pkt 1 wyroku. W pozostałej części - w punkcie 2 wyroku - odwołanie oddalił, zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej, wskazując, iż odwołująca się podnosiła, iż podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 kwietnia 2016r., wniosek zgłosiła natomiast dnia 4 kwietnia 2016r., a więc mogła zostać objęta tym ubezpieczeniem dopiero od dnia zgłoszenia wniosku.

Mając powyższe na względzie, na mocy art. 477<sup>14</sup> § 1 i 2 k.p.c. Sąd orzekł, jak w sentencji wyroku.

W apelacji od zaprezentowanego rozstrzygnięcia organ rentowy zarzucając Sądowi pierwszej instancji naruszenie art. 233 k.p.c. przez przekroczenie granic swobodnej oceny dowodów i dokonanie jej w sposób nieszczechronny oraz naruszenie art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych, poprzez niewłaściwe przyjęcie, że okoliczności sprawy uzasadniają wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, a tym samym, że odwołująca podlega, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie wskazanym w wyroku, wniósł o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania w całości, względnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania oraz o zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Zdaniem apelującego, Sąd pierwszej instancji, dokonując oceny dowodów, nie nadał żadnego znaczenia bardzo istotnej okoliczności, że odwołująca, która miała prawo do korzystania z preferencyjnej podstawy wymiaru składek (525 zł miesięcznie) w okresie od października 2015r. do czerwca 2016r. zadeklarowała podstawę wymiaru w kwocie 6.000 zł miesięcznie (podstawę wymiaru podano w piśmie procesowym z 25 sierpnia 2017r.), a następnie od lipca 2016r. - tzw. podstawę urzędową (2.433 zł, od 01/2017 – 2.557,80 zł). Tak znaczące i całkowicie dobrowolne podwyższenie podstawy wymiaru, dokonane zostało przez odwołującą w okresie największych wydatków związanych z leczeniem niepłodności, co bez wątpienia podważa ustalenia Sądu Okręgowego, jakoby ponoszenie tych wydatków stanowiło usprawiedliwienie dla nieopłacenia składek ubezpieczeniowych w terminie. Według skarżącego, wadliwie przeprowadzona ocena dowodów doprowadziła do poczynienia wadliwych ustaleń faktycznych, a w konsekwencji naruszenia art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy z 13 października 1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych przez niewłaściwe przyjęcie, że okoliczności sprawy uzasadniają wyrażenie zgody na opłacenie składki po terminie, a tym samym, że odwołująca podlega, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie wskazanym w wyroku, podczas, gdy w rzeczywistości odwołująca nie wykazała przesłanek usprawiedliwiających wyrażenie zgody na opłacanie składek po terminie i podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w tym okresie.

Ubezpieczona wniosła o oddalenie apelacji oraz o zwrot kosztów zastępstwa procesowego.

**Sąd Apelacyjny ustalił i zważył, co następuje:**

Przyjmując ustalenia poczynione przez Sąd pierwszej instancji, jako własne, uznał, że apelacja zasługuje jedynie na częściowe uwzględnienie.

Wbrew zarzutom apelacji, Sąd pierwszej instancji przeprowadził wnikliwe postępowanie dowodowe, ustalając, iż ubezpieczona, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą, nie opłaciła w terminie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za kwiecień, maj i lipiec 2016r. Nie ulega również wątpliwości, iż ubezpieczona - w następstwie zapłodnienia *In vitro* - w dniu 4 lipca 2016r. urodziła dziecko, zaś sam poród odbył się na tydzień przed planowanym terminem.

W świetle poczynionych przez Sąd Okręgowy ustaleń, częściowo zasadny okazał się zarzut wadliwej subsumcji, czyli podstawienie ustalonego stanu faktycznego pod abstrakcyjny stan faktyczny zawarty w normie prawnej art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej.

Wspomnieć przy tym trzeba, iż naruszenie prawa materialnego przez jego błędną wykładnię polega na wadliwym określeniu treści norm prawnych wynikających z przepisów prawa materialnego, natomiast naruszenie prawa materialnego przez jego niewłaściwe zastosowanie może mieć postać błędnej subsumcji. (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 2 kwietnia 2003r., I CKN 160/01).

Zatem, rozstrzygnięcie niniejszego sporu wymagało przeprowadzenia wykładni art. 14 ust. 2 ustawy systemowej. Przypomnieć zatem należy, iż zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej, 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, który przewiduje, że 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 (czyli w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia). Z kolei art. 14 ust. 2 ustawy systemowej stanowi, że dobrowolne 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. Jednocześnie, w uzasadnionych przypadkach Zakład Ubezpieczeń Społecznych może, na wniosek ubezpieczonego, wyrazić zgodę na opłacenie składki po terminie.

W tym kontekście, należy wskazać za Sądem Najwyższym, iż organ rentowy został wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, czyli uznania, że mimo nieopłacenia składki w terminie, ubezpieczenie nie ustało. W ustawie systemowej nie zostały określone przesłanki wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie tej zgody. Przyznana organowi rentowemu kompetencja powinna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, wyposażony w uprawnienie wyrażania zgody na opłacenie składki po terminie, powinien ujawnić, jakimi przesłankami kierował się odmawiając jej, a jego decyzja podlega merytorycznej ocenie sądu (por. postanowienie Sądu Najwyższego z 14 listopada 2007r., II UK 65/07). Użyte w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej określenie „może” nie oznacza pełnej dowolności. Nie ma przy tym znaczenia, czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje odrębną decyzję, czy też rozstrzyga daną kwestię, jako przesłankę wydania decyzji o określonej treści (np. o niepodleganiu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu). W tym drugim przypadku, w razie poddania decyzji kontroli sądowej,

badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia. Sąd ubezpieczeń społecznych, w ramach kontroli zapadłej decyzji, nie jest związany ustaleniami faktycznymi Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i dokonuje samodzielnych ustaleń w zakresie stanu faktycznego oraz ocenia zasadność wniosku złożonego przez ubezpieczonego (płatnika składek).

Podstawowego więc znaczenia nabiera dookreślenie okoliczności, które powinny być brane pod uwagę przy rozstrzyganiu określonego stanu faktycznego. Niewątpliwie należy brać pod uwagę przebieg samego ubezpieczenia chorobowego. Skoro ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą ma dobrowolny charakter i jego powstanie uzależnione jest od woli samego ubezpieczonego, a warunkiem trwania tegoż ubezpieczenia jest terminowe opłacanie należnych z tego tytułu składek, to dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku nie pozostaje bez wpływu na ocenę zasadności żądania płatnika składek. W tej mierze Sąd Apelacyjny zauważył, że opóźnienia

w płatności składek na ubezpieczenie chorobowe za kwiecień i maj 2016r. ubezpieczona, jako profesjonalny podmiot, który prowadzi na własne ryzyko pozarolniczą działalność gospodarczą, nie mogła tłumaczyć wysokimi kosztami leczenia, które powstały znacznie wcześniej, gdyż w okresie leczenia niepłodności oraz w początkowym okresie ciąży. Opóźnienia nie tłumaczy również chwilowy brak środków, ponieważ ubezpieczona miała pełną świadomość konsekwencji, jakie pociąga za sobą opóźnienie w zapłaceniu takich składek, bowiem już w lutym 2016r. wystąpiła z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie za wcześniejsze okresy.

Tak więc, rację ma skarżący organ rentowy, podnosząc, iż splot powyższych argumentów prowadzi do stwierdzenia, że składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące kwiecień i maj 2016r. zostały opłacone po terminie, a po stronie wnoszącej wniosek nie istniały przeszkody do uregulowania należności w terminie.

W takim układzie zdarzeń faktycznych w postępowaniu przed Sądem pierwszej instancji doszło do niewłaściwego zastosowania treści art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej.

Mając na uwadze przedstawione okoliczności, Sąd Apelacyjny, na podstawie art. 386 § 1 k.p.c., orzekł reformatoryjnie, jak w punkcie 1 wyroku.

Bezpodstawne okazały się natomiast zarzuty dotyczące rozstrzygnięcia Sądu pierwszej instancji odnoszące się do składek za lipiec 2016r.

Otóż bowiem, należy powtórzyć za Sądem Najwyższym, iż - na tle art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej - również osobom prowadzącym pozarolniczą działalność gospodarczą mogą przydarzyć się sytuacje, których w żaden sposób nie można przewidzieć, czy też są całkowicie niezależne od woli konkretnego podmiotu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia

6 sierpnia 2015r., III UK 233/14). Ogólnie, jako przyczyny uzasadniające wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie wskazać można okoliczności, które obiektywnie wyjaśniają, że zapłata składek w terminie była niemożliwa, albo niezapłacenie ich w terminie było niezależne od woli ubezpieczonego, a samo niezapłacenie składek w terminie nie było spowodowane tylko zaniedbaniem (brakiem staranności) ubezpieczonego (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 19 stycznia 2016r., I UK 35/15).

Przenosząc powyższe rozważania na grunt niniejszej sprawy, uznać należy, iż przedwczesny poród jest nadzwyczajnym zdarzeniem w życiu każdej kobiety i wiąże się - co oczywiste - z czasowym oderwaniem od spraw życia codziennego. W kontekście niniejszej sprawy uwzględnić także należy, iż poród ten nastąpił w dniu 4 lipca 2016r. i na zrozumienie zasługuje twierdzenie wnioskodawczyni, że nie wiedziała w jakiej wysokości ma zapłacić składkę. Zauważyć przy tym wypada, iż organ rentowy przyjmuje, że K. Z.-Ś. była objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w czerwcu 2016r. Bez wpływu na taka ocenę pozostaje zadeklarowana przez ubezpieczoną wysokość podstawy wymiaru składki.

Reasumując tę część rozważań, Sąd drugiej instancji uznał, że apelacja w opisanym zakresie jest bezzasadna i na mocy art. 385 k.p.c. orzekł, jak w punkcie 2 wyroku.

O kosztach procesu w postępowaniu apelacyjnym rozstrzygnął na podstawie art. 100 k.p.c.

/-/SSA T.Szweda /-/SSA M.Procek /-/SSA J.Pietrzak

Sędzia Przewodniczący Sędzia

JR