

sygn. akt VII Ua 53/21

# WYROK

## W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

27 września 2021 r.

**Sąd Okręgowy Warszawa-Praga w Warszawie VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w następującym składzie:**

**Przewodniczący: SSO Małgorzata Kosicka**

**po rozpoznaniu 27 września 2021 r. na posiedzeniu niejawnym w Warszawie**

odwołania D. J.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddziału w W.

z 14 lipca 2020 r., nr (...)

i z 21 sierpnia 2020 r., nr (...)

o zasiłek chorobowy

na skutek apelacji organu rentowego

od wyroku Sądu Rejonowego dla Warszawy Pragi-Południe w Warszawie

z 22 kwietnia 2021 r., sygn. akt VI U 441/20

**I. oddala apelację;**

**II. zasądza od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddziału w W. na rzecz D. J. 240 zł (dwieście czterdzieści złotych) tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w instancji odwoławczej.**

**M. K.**

## UZASADNIENIE

22 kwietnia 2021 r. Sąd Rejonowy dla Warszawy Pragi-Południe w Warszawie wydał wyrok w sprawie z odwołania D. J. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddziału w W. z 14 lipca 2020 r. znak: (...) oraz z 21 sierpnia 2020 r. znak: (...), sygn. akt VI U 441/20, na podstawie którego zmienił zaskarżone decyzje w ten sposób, że przyznał odwołującej D. J. prawo do zasiłku chorobowego za okres od 13 grudnia 2019 r. do dnia 26 maja 2020 r. (pkt 1) oraz zasądził od organu rentowego na rzecz odwołującej koszty zastępstwa procesowego w wysokości 360 zł (pkt 2).

Sąd ten ustalił, że decyzją z 14 lipca 2020 r. nr: (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddziału w W. odmówił D. J. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 13 grudnia 2019 r. do 12 maja 2020 r. W uzasadnieniu podał, że nie podlegała ona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 19 października 2020 r. Z kolei decyzją z 21 sierpnia 2020 r. nr: (...) Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddziału w W. odmówił D. J. prawa do zasiłku chorobowego za okres od 13 maja 2020 r. do 26 maja 2020 r. W uzasadnieniu podał, że nie przystąpiła do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą.

Od obu powyższych decyzji D. J. złożyła odwołania wskazując, że po zakończeniu korzystania z urlopu macierzyńskiego z dniem 13 grudnia 2019 r. następnego złożyła stosowny wniosek o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Organ rentowy wniósł o oddalenie odwołań

podając, że po zakończeniu korzystania z zasiłku macierzyńskiego z dniem 13 grudnia 2019 r. odwołująca się nie przystąpiła ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, a dokumenty celem objęcia obowiązkowymi ubezpieczeniami ZUS sporządził z urzędu.

Sąd rejonowy ustalił, że odwołująca się w okresie od 19 października 2019 r. do 13 grudnia 2019 r. korzystała z zasiłku macierzyńskiego w związku z urodzeniem dziecka, które zmarło 19 października 2019 r. W tym czasie opłacała tylko składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Odwołująca prowadzi pozarolniczą działalność gospodarczą i z tego tytułu podlega obowiązkowo do ubezpieczeń społecznych: emerytalnego, rentowego, wypadkowego, zdrowotnego, oraz na swój wniosek dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym.

14 grudnia 2019 r. biuro księgowe obsługujące odwołującą się sporządziło dokument ZUS P ZUA zgłaszając odwołującą do ubezpieczeń jako osobę prowadzącą pozarolniczą działalność gospodarczą. W dokumencie tym odwołująca wnosiła o objęcie jej od 14 grudnia 2019 r. ubezpieczeniami społecznymi: obowiązkowo -emerytalnym, rentowym, wypadkowym, a także dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Wniosek został wypełniony 14 grudnia 2019 r. i tego samego dnia przez platformę PUE ZUS wysłany.

Odwołująca składki na ubezpieczenia społeczne, w tym ubezpieczenie chorobowe opłacała we właściwej wysokości i terminie, nie posiada zaległości w stosunku do organu rentowego z tych tytułów.

Powyższy stan faktyczny sąd rejonowy ustalił na podstawie dokumentów złożonych do akt sprawy oraz zeznań świadka A. G. oraz D. J. którym dał wiarę w całości. Brak było podstaw do odmowy tym osobom wiarygodności ponieważ zeznawały spójnie, logicznie i ich zeznania były potwierdzone dokumentami oraz nie budziły zastrzeżeń sądu. Żadna ze stron nie wnosiła o uzupełnianie materiału dowodowego.

W tak ustalonym stanie faktycznym sąd rejonowy stwierdził, że odwołanie od obu decyzji podlegało uwzględnieniu. Kwestia ustaleń i rozważań sądu sprowadzała się do ustalenia czy odwołująca się złożyła we właściwym terminie dokumenty zgłaszające ją do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego po okresie kiedy została wyłączona z ubezpieczeń społecznych (w tym dobrowolnego chorobowego) na okres pobierania zasiłku macierzyńskiego. Poza sporem jest, że w okresie kiedy odwołująca pobiera zasiłek macierzyński została wyłączona z ubezpieczeń społecznych, w tym dobrowolnego chorobowego. Objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenie stosownego wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem.

Odwołująca się w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego (od 19 października 2019 r. do 13 grudnia 2019 r.) nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, taki skutek braku ubezpieczenia wynika bowiem z ustawy. Kwestię tę przesądził Sąd Najwyższy w uchwale z dnia 11 lipca 2019 r., sygn. akt III UZP 2/19, w której jednoznacznie orzekł, że rozpoczęcie pobierania zasiłku macierzyńskiego przez osobę prowadzącą pozarolniczą działalność, która uprzednio została objęta dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym powoduje ustanie ubezpieczenia chorobowego (art. 9 ust. 1c w związku z art. 14 ust. 2 pkt 3 w związku z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych). Sąd rejonowy podzielił ten pogląd. Tym samym, aby uzyskać zasiłek chorobowy za okres po zakończeniu pobierania zasiłku macierzyńskiego odwołująca powinna się zgłosić do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Zgodnie bowiem z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych 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. Zgodnie z kolei z art. 14 ust. 1a tej ustawy objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku tylko wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych zostanie dokonane zgodnie z art. 36 ust. 4 albo 4b, czyli jeśli zostanie dokonane w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia, którą to datą w przypadku odwołującej się jest data zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego, czyli dzień 13 grudnia 2019 r.

Jak wynika z ustaleń sądu, odwołująca się zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z dniem 14 grudnia 2019 r., a więc z zachowaniem tego 7-dniowego terminu. Oznacza to, że odwołująca zgodnie ze swoim wnioskiem została objęta ubezpieczeniem chorobowym od dnia 14 grudnia 2019 r. czyli od dnia następnego po dniu zakończenia korzystania z zasiłku macierzyńskiego. Organ rentowy zatem nie wykazał, że odwołująca (lub obsługujące ją biuro księgowo) złożyli dokumenty o zgłoszeniu do ubezpieczenia społecznego - dobrowolnego chorobowego z przekroczeniem 7-dniowego terminu. Pozwany nie wykazał okoliczności przez siebie podnoszonej, że odwołująca nie składała takich dokumentów i organ rentowy musiał utworzyć dokumenty z urzędu. W aktach organu rentowego oraz aktach sprawy brak jest dowodu na sporządzanie dokumentów przez organ rentowy z urzędu. Ponadto z wydruku konta płatnika D. J. nie wynika, aby takie dokumenty były tworzone z urzędu. Oznacza to tym samym, że odwołująca się podlegała do ubezpieczenia chorobowego od dnia 14 grudnia 2019 r.

Biorąc pod uwagę, że niezdolność do pracy powstała w okresie kiedy odwołująca miała tytuł do ubezpieczenia chorobowego, sąd rejonowy przyznał jej prawo do zasiłku chorobowego za okres od 13 grudnia 2019 roku do 26 maja 2020 roku.

Apelację od powyższego wyroku złożył Zakład Ubezpieczeń Społecznych (...) Oddział w W., zaskarżając rozstrzygnięcie sądu rejonowego w całości. Organ rentowy zarzucił skarżonemu wyrokowi:

1. naruszenie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie błędu w ustaleniach faktycznych i przyjęcie, że wniosek objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym został złożony przez płatnika 14 grudnia 2019 r., podczas gdy płatnik przesłała elektronicznie dokument ZUS ZUA zgłoszenie do ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, od 14 grudnia 2019 r. dopiero w dniu 30 lipca 2020 r.;
2. naruszenie art. 1 ust. 1 w zw. z art. 32 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 6 ust. 1 ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa i przyznanie D. J. prawa do zasiłku opiekuńczego za okres od 13 grudnia 2019 r. do 26 maja 2020 r., mimo że odwołująca wówczas nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

W oparciu o powyższe organ rentowy wniósł o zmianę wyroku w całości i oddalenie odwołań oraz zasądzenie kosztów procesu. W ocenie organu rentowego, dokonane w sprawie ustalenia są błędne. Z zeznań A. G. wynika jedynie, że dokument zgłoszeniowy ZUS ZUA został sporządzony przez biuro księgowo 14 grudnia 2019 r., brak natomiast informacji kiedy został złożony. Z kolei wydruk z czerwca 2019 r. jest jedynie informacją, że 14 grudnia 2019 r. jest datą zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych, bez informacji, czy dokonano również zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Organ rentowy wskazał przy tym, że w lutym 2020 r. uporządkował zapisy na koncie ubezpieczonej w zakresie podlegania ubezpieczeń. Dokument zgłoszeniowy do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wpłynął w formie elektronicznej dopiero 30 lipca 2021 r., tj. po obowiązującym terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia (apelacja k. 42-44 a.s.).

W odpowiedzi na apelację D. J. wniosła o jej oddalenie jako bezzasadnej oraz zasądzenie na jej rzecz kosztów procesu. Wskazała, że dokumenty zgłoszeniowe do ubezpieczeń społecznych, w tym do ubezpieczenia chorobowego, zostały sporządzone i wysłane przez biuro księgowo odwołującej 14 grudnia 2019 r. za pośrednictwem systemu (...), a ponadto odwołująca składała deklaracje rozliczeniowe i uiszczała składki na ubezpieczenia (odpowiedź na apelację k. 58-61 a.s.).

### **Sąd okręgowy zważył, co następuje:**

Apelacja jest nieuzasadniona.

Na wstępie wskazać należy, że spór w niniejszej sprawie dotyczył kwestii prawa D. J. do zasiłku chorobowego. Przepisy art. 4 ust. 1 oraz art. 6 ust. 1 ustawy z dnia

25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 1133) określają warunki nabycia prawa do zasiłku chorobowego, przewidując, że ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli podlega obowiązkowo temu ubezpieczeniu oraz, że zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Zasadniczą przesłanką prawa do zasiłku chorobowego jest więc ziszczenie się ryzyka ubezpieczeniowego (powstanie niezdolności do pracy z powodu choroby) w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Inaczej rzecz ujmując, prawo do zasiłku chorobowego nabywa ten, kto stał się niezdolny do pracy w okresie podlegania ubezpieczeniu chorobowemu (zob. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 14 października 2014r., II UK 40/14).

Na podstawie skarżonych decyzji organ rentowy odmówił przyznania odwołującej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 13 grudnia 2019 r. do dnia 26 maja 2020 r., uznając, że odwołująca w tym czasie nie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu. Ostatecznie spór koncentrował się na rozważeniu, czy odwołująca po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego w dniu 13 grudnia 2019 r. terminowo złożyła wniosek o objęcie ubezpieczeniem chorobowym. Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. z 2021r., poz. 423) osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą podlegają ubezpieczeniu chorobowemu dobrowolnie, na swój wniosek. Natomiast w myśl art. 14 ww. ustawy, objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem 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. Z kolei zgodnie z art. 14 ust. 2 ustawy, dobrowolne ubezpieczenia chorobowe ustają:

- od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został złożony;
- 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;
- od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

Okres podlegania obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu i chorobowemu w przypadku osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą – w myśl art. 13 pkt 4 ustawy – trwa od dnia rozpoczęcia wykonywania działalności do dnia zaprzestania wykonywania tej działalności, z wyłączeniem okresu, na który wykonywanie działalności zostało zawieszona na podstawie przepisów o swobodzie działalności gospodarczej.

Na podstawie skarżonych decyzji z 14 lipca 2020 r. znak: (...) oraz z 21 sierpnia 2020 r. znak: (...) organ rentowy odmówił odwołującej prawa do zasiłku chorobowego kolejno za okres od 13 grudnia 2019 r. do 12 maja 2020 r. oraz od 13 maja 2020 r. do 26 maja 2020 r. Podstawą tych decyzji było przyjęcie, że odwołująca jako osoba prowadząca działalność gospodarczą nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z uwagi na brak zgłoszenia do tego ubezpieczenia w stosownym terminie. Rozpoznając sprawę sąd rejonowy ustalił i zważył, że taki wniosek został przez odwołującą złożony 14 grudnia 2019 r. i jako złożony w terminie przewidzianym w ustawie skutkował objęciem jej ubezpieczeniem chorobowym. Sąd okręgowy podzielił powyższą konstatację stanowiącą podstawę skarżonego rozstrzygnięcia. W ocenie sądu okręgowego, sąd I instancji w sposób prawidłowy dokonał analizy materiału dowodowego, poczynił ustalenia w zakresie stanu faktycznego oraz zastosował przepisy, skutkiem czego zaskarżony wyrok zawiera trafne i odpowiadające prawu rozstrzygnięcie. Sąd okręgowy podziela dokonane przez

sąd rejonowy ustalenia faktyczne i aprobuje argumentację prawną przedstawioną w motywach zaskarżonego wyroku, przyjmując ustalenia i oceny tego sądu za własne w myśl art. 387 § 2<sup>(1)</sup> pkt 1 i 2 k.p.c.

Przed wszystkim sąd okręgowy nie znalazł żadnych podstaw do uwzględnienia zarzutu naruszenia przez sąd rejonowy art. 233 k.p.c. Zgodnie z utrwalonymi poglądami orzecznictwa przepis ten narzuca sądy obowiązek stosowania takiego rozumowania przy analizie materiału dowodowego, który jest zgodny z wymogami wyznaczonymi przepisami prawa procesowego, doświadczeniem życiowym oraz regułami logicznego myślenia; sądy są obowiązane rozważyć materiał dowodowy w sposób bezstronny, racjonalny i wszechstronny jako całość, dokonując wyboru określonych środków dowodowych i wając ich moc oraz wiarygodność, a także odnosząc je do pozostałego materiału dowodowego. Podniesienie skutecznego zarzutu naruszenia przez sąd swobodnej oceny dowodów wymaga więc udowodnienia, że powyższe okoliczności nie zachodzą. W szczególności skarżący powinien wskazać, w jaki sposób sąd naruszył kryteria przy ocenie konkretnych dowodów, uznając brak ich wiarygodności i mocy dowodowej lub niesłusznie im je przyznając, względnie wskazać jakie dowody wskazujące na fakty istotne dla rozstrzygnięcia zostały przez sąd pominięte. Nieprawidłowości te powinny mieć charakter obiektywny, to jest niezależny od indywidualnych doświadczeń życiowych

i poglądów stron (por. Sąd Najwyższy m.in. w orzeczeniach: z 10 czerwca 1999 r., II UKN 685/98 z 23 stycznia 2001 r., IV CKN 970/00; z 12 kwietnia 2001 r., II CKN 588/99; z 10 stycznia 2002 r., II CKN 572/99). W ocenie sądu okręgowego, przeprowadzona przez sąd rejonowy ocena dowodów spełnia wymogi, o których mowa powyżej. Zgromadzony w sprawie materiał dowodowy uprawniał bowiem sąd rejonowy do przyjęcia, że D. J. zgłosiła wniosek o objęcie ubezpieczeniem chorobowym 14 grudnia 2019 r. Sąd rejonowy poddał analizie zaoferowane przez stronę dowody z dokumentów, a ponadto przesłuchał świadek A. G. oraz odwołującą na okoliczność zgłoszenia jej do ubezpieczenia chorobowego. Z powyższych dowodów wynika, że po zakończeniu okresu zasiłku macierzyńskiego, 13 grudnia 2019 r. odwołująca zwróciła się do swojej księgowej o zgłoszenie jej do ubezpieczeń, w wyniku czego księgowa 14 grudnia 2019 r. sporządziła stosowny dokument na druku (...) P (...), obejmujący zgłoszenie odwołującej do ubezpieczeń społecznych, w tym chorobowego. Sąd nie podzielił przy tym zarzutu, że załączony do odwołania wydruk zrzutu ekranu („print screen”, k. 7 a.s.) przedstawia jedynie datę sporządzenia wspomnianego wyżej dokumentu. Wydruk stanowi bowiem zrzutu ekranu z komputera biura księgowej obsługującej odwołującą, obrazującego kartotekę odwołującej w systemie (...). Z jego treści wynika, że 14 grudnia 2019 r. doszło do zgłoszenia odwołującej z kodem „510”. Powyższe znajduje potwierdzenie w zeznaniach świadek A. G., księgowej odwołującej, która przedstawiła zasady działania systemu (...) i wyjaśniła, że wspomniany wyżej wydruk zrzutu ekranu potwierdza wysłanie dokumentu. Należy przy tym zgodzić się ze stanowiskiem sądu rejonowego co do tego, że organ rentowy nie przedstawił dowodów potwierdzających, iż odwołująca nie złożyła dokumentów o zgłoszeniu do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z przekroczeniem 7-dniowego terminu. Powyższej konstatacji nie zmieniała również powołana w apelacji okoliczność uporządkowania zapisów na koncie ubezpieczonej i wytworzonych w związku z tym dokumentów. Są to dokumenty stworzone przez organ rentowy w oparciu o posiadane informacje dotyczące płatnika i nie odnoszą się do powoływanych przez stronę wątpliwości i twierdzeń w zakresie terminowości zgłoszenia.

Podzielając stanowisko sądu rejonowego w powyższym zakresie, sąd okręgowy zwrócił również na inny aspekt powyższego zgłoszenia. Mianowicie z racji obowiązkowego uczestnictwa w ubezpieczeniu społecznym osób prowadzących działalność gospodarczą nie jest konieczne składanie wniosku o ponowne objęcie tym ubezpieczeniem przez osoby,

które kończą okres zasiłku macierzyńskiego. Z tej perspektywy, nawet gdyby przyjąć stanowisko sądu rejonowego w powyższym zakresie za niezasadne, zgłoszenie odwołującej do ubezpieczeń społecznych z dniem 14 grudnia 2019 r. – czego też organ rentowy nie kwestionował – należy interpretować jako wyrażenie przez odwołującą woli objęcia również ubezpieczeniem chorobowym. Wolę odwołującej w tym zakresie potwierdza również fakt realizacji spoczywającego na niej obowiązku fiskalnego związanego z uczestnictwem

w systemie ubezpieczeń w charakterze płatnika składek. Rozpoznając sprawę sąd okręgowy uzupełnił przy tym postępowanie dowodowe i oparł się na zestawieniu obejmującym uiszczone przez odwołującą składki w okresie od grudnia 2019 r. do czerwca 2020 r., przedłożonym przez organ rentowy. Zestawienie to potwierdza, że odwołująca po zakończeniu okresu zasiłku macierzyńskiego, począwszy od grudnia 2019 r., opłacała składki na ubezpieczenie

społeczne, w tym ubezpieczenie chorobowe. Powyższe stwierdzenie znajduje również odzwierciedlenie w załączonej do repliki na apelację deklaracji rozliczeniowej ZUS P DRA, w której wyszczególniono również kwoty składek na ubezpieczenie chorobowe.

W tym stanie rzeczy za niezasadny należało uznać zarzut naruszenia prawa materialnego. Przede wszystkim należało zwrócić uwagę, że wbrew treści zarzutu, a o czym była mowa na wstępie rozważań, sąd rejonowy nie przyznał odwołującej prawa do zasiłku opiekuńczego, lecz zasiłku chorobowego. Tym samym nietrafnie organ rentowy przytoczył w treści zarzutu art. 32 ust. 1 pkt 1 ustawy zasiłkowej jako przepis dotyczący pierwszego z wymienionych wyżej świadczeń, co do którego prawo nie było przedmiotem sporu w niniejszej sprawie. Niezależnie od powyższych uwag sąd rejonowy prawidłowo zastosował art. 6 ust. 1 pkt 1 ustawy zasiłkowej stwierdzając, że odwołującej przysługuje prawo do zasiłku chorobowego w spornym okresie. Powyższa konstatacja była bowiem konsekwencją prawidłowych ustaleń sądu rejonowego w zakresie faktu zgłoszenia odwołującej do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego 14 grudnia 2019 r., co z kolei dawało podstawy faktyczne do przyjęcia, że w spornym okresie podlegała ubezpieczeniu chorobowemu. Skoro zaś zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy zasiłkowej zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego, a taka sytuacja miała miejsce w przypadku odwołującej, to w konsekwencji należało przyjąć, że prawo do spornego świadczenia i za sporny okres jej przysługuje.

Mając na uwadze powyższe okoliczności sąd okręgowy uznał, że brak podstaw do zmiany zaskarżonego wyroku. Biorąc powyższe pod uwagę sąd okręgowy na podstawie art. 385 k.p.c. oddalił apelację Zakładu Ubezpieczeń Społecznych jako niezasadną, o czym orzekł w punkcie 1 sentencji wyroku.

O kosztach postępowania sąd okręgowy orzekł w punkcie 2 sentencji wyroku na podstawie art. 98 § 1 i 2 k.p.c., zasądając od organu rentowego na rzecz odwołującej się 240 zł tytułem kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym, której wysokość została ustalona na podstawie § 9 ust. 2 w zw. z § 10 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz. U. z 2018r. poz. 265 ze zm.).