

Sygn. akt V Ua 24/15

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 17 grudnia 2015 r.

Sąd Okręgowy – Sąd Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Legnicy

w składzie następującym:

Przewodniczący SSO Andrzej Marek (spr.)

Sędziowie SSO Krzysztof Głowczyński, SSO Jacek Wilga

Protokolant star. sekr. sądowy Ewa Sawiak

po rozpoznaniu w dniu 17 grudnia 2015 r. **w Legnicy**

na rozprawie

sprawy z odwołania S. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w L.

o zasiłek chorobowy

na skutek apelacji wnioskodawcy

od wyroku Sądu Rejonowego w Legnicy IV Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 23 września 2015 r.

sygn. akt IV U 342/14

oddala apelację.

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 23 września 2015 r. Sąd Rejonowy w Legnicy oddalił odwołanie wnioskodawcy S. S. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w L. z dnia 3 września 2014 r., znak (...), zobowiązującej go do zwrotu nienależnie pobranego zasiłku chorobowego wraz z odsetkami w łącznej kwocie 4.363,28 zł. za okresy: od 13 listopada 2013 r. do 29 listopada 2013 r., od 13 stycznia 2014 r. do 3 lutego 2014 r., od 10 lutego 2014 r. do 3 marca 2014 r., od 17 kwietnia 2014 r. do 25 kwietnia 2014 r., od 12 maja 2014 r. do 26 maja 2014 r. i od 24 czerwca 2014 r. do 1 lipca 2014 r., oraz odmawiającej mu prawa do zasiłku chorobowego za okres od 2 lipca 2014 r. do 21 lipca 2014 r.

W uzasadnieniu Sąd pierwszej instancji stwierdził, że materiał dowodowy zgromadzony w sprawie dawał podstawy do przyjęcia za organem rentowym, iż wnioskodawca będąc na zwolnieniu lekarskim w okresach wskazanych w decyzji prowadził jednocześnie pozarolniczą działalność gospodarczą jako pośrednik finansowy i ubezpieczeniowy, zawierając umowy ubezpieczeń na rzecz agencji (...) S.A. w W.. Sąd ustalił, iż ubezpieczony zawarł jedną umowę ubezpieczenia dnia 13 listopada 2013 r., po dwie umowy w dniu 13 i 14 stycznia 2014 r., po jednej dnia 20 i 28 stycznia 2014 r., cztery w lutym w dniach 14, 19 i 20 lutego 2014 r., dwie od 23 do 24 kwietnia 2014 r., dwie 13 maja 2014 r., po jednej w dniu 13 i 15 maja 2014 r., dwie kolejne dnia 23 maja 2014 r., po jednej dnia 27 i 30 czerwca 2014 r. oraz jedną 2 lipca 2014 r. Część tych umów było wznowionymi polisami ubezpieczeń samochodowych. Sąd nie dał wiary wnioskodawcy, że w okresie jego absencji chorobowej wszelkie czynności agencyjne wykonywał za niego brat K. S., skoro jednocześnie

pracował we W. na umowę o pracę, na pełen etat w systemie 12-godzinnym, prowadził własną działalność, a biuro wnioskodawcy jest oddalone od jego miejsca zamieszkania o 90 km. Nadto brat ubezpieczonego w niektórych okresach spornych także pozostawał niezdolny do pracy z powodu choroby. Powołując się na zasady doświadczenia życiowego Sąd nie dał też wiary wnioskodawcy, że większość z polis podpisywanych w czasie pobierania przez niego zasiłku chorobowego były polisami wznowieniowymi, zawieranymi automatycznie, bez jakiegokolwiek aktywności ze strony wnioskodawcy, wskazując, że także w tym wypadku agenci ubezpieczeniowi zabiegają o ponowienie ubezpieczenia. Sąd wskazał, że wiarygodność wnioskodawcy podważa nadto znacznie fakt, iż z jego wyjaśnień wynika, że był w swoim miejscu pracy podczas kontroli inspektora ZUS dnia 9 lipca 2014 r., a w toku tej kontroli nie wylegitymował się, podając następnie organowi rentowemu różne wytłumaczenia swojej jednoczesnej nieobecności w tym czasie w miejscu swojego zamieszkania.

Powyższe okoliczności, zdaniem Sądu Rejonowego potwierdziły, że działania wnioskodawcy w spornych okresach wyczerpywały przesłanki utraty prawa do świadczenia z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (dz. U. z 2010 r., Nr 77, poz. 512 ze zm.).

Wyrok powyższy zaskarżył w całości apelacją wnioskodawca S. S., zarzucając:

1. naruszenie przepisów prawa materialnego poprzez niezastosowanie artykułu 28 pkt 1. ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych, z treści którego jasno wynika, że jeżeli posiadacz pojazdu mechanicznego nie później niż na 1 dzień przed upływem okresu 12 miesięcy, na który umowa ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych została zawarta, nie powiadomi na piśmie zakładu ubezpieczeń o jej wypowiedzeniu uważa się, że została zawarta kolejna umowa na kolejne 12 miesięcy. Takie brzmienie przepisu gwarantuje ciągłość ubezpieczenia i zgodnie z przepisem nie wymaga żadnej aktywności ze strony konsumenta w szczególności kontaktu z agentem;

2. błąd w ustaleniach faktycznych przyjętych za podstawę orzeczenia tj. art.233 k.p.c. polegający na :

- uznaniu, że K. S. nie mógł podpisać w imieniu skarżącego umów ubezpieczenia z uwagi na świadczenie pracy w systemie 12-godzinnym oraz fakt zamieszkiwania we W. tj miejscowości oddalonej o 90 kilometrów, a ponadto prowadzeniu własnej działalności gospodarczej, podczas gdy, jak wynika z przedłożonych przez zakłady ubezpieczeń pism, na konto skarżącego zaliczona jedynie kilka umów. Wymagałoby to od świadka K. S. średnio dwu - trzykrotnego w miesiącu stawiania się w biurze, a posiadał on pełnomocnictwo do prowadzenia działalności w imieniu ubezpieczonego i po podpisaniu umowy z ubezpieczonym rozpoczął systematyczne szkolenia organizowane dla przyszłych agentów ubezpieczeniowych,

- uznaniu, że z uwagi na pokrywanie się zwolnień ubezpieczonego i świadczącego pracę na podstawie umowy o dzieło K. S.. K. S. w rzeczywistości nie podpisywał umów w imieniu ubezpieczonego, podczas gdy po zestawieniu okresów zwolnień, ustalić można, że okresy korzystania ze zwolnień zajął w dwóch terminach maju i lipcu, przy czym w tym czasie firmy ubezpieczeniowe wskazały, że ubezpieczony zawarł umowę w maju, która stanowiła automatyczne wznowienia, nie wymagające udziału samego agenta.

W oparciu o powyższe zarzuty ubezpieczony domagał się zmiany zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołania, ewentualnie uchylenia zaskarżonego wyroku i przekazania sprawy Sądowi I instancji do ponownego rozpoznania.

Sąd Okręgowy zważył:

Apelacja nie była zasadna.

Podniesione przez skarżącego zarzuty nie są zasadne, a prawidłowość rozstrzygnięcia Sądu I instancji nie budzi wątpliwości.

Sąd Okręgowy w pełni podziela, uznając za własne, ustalenia faktyczne i ocenę prawną poczynione przez Sąd Rejonowy w przedmiotowej sprawie. W szczególności Sąd II instancji nie dopatrywał się błędów w ustaleniach odnośnie dokonywania przez wnioskodawcę czynności agenta ubezpieczeniowego w czasie pobierania zasiłku chorobowego, uznając, że zostały poczynione w oparciu o prawidłowo przeprowadzone dowody, ocenione w sposób logiczny i zgodny z zasadami doświadczenia życiowego.

Godzi się przypomnieć, że ocena wiarygodności mocy dowodów przeprowadzonych w danej sprawie wyraża istotę sądenia w części obejmującej ustalenie faktów, ponieważ obejmuje rozstrzygnięcie o przeciwnych twierdzeniach stron na podstawie własnego przekonania sędziego, powziętego w wyniku bezpośredniego zetknięcia ze świadkami, stronami, dokumentami i innymi środkami dowodowymi. Powinna odpowiadać regułom logicznego rozumowania wyrażającym formalne schematy powiązań między podstawami wniosku i wnioskami oraz uwzględniać zasady doświadczenia życiowego, wyznaczające granice dopuszczalnych wniosków i stopień prawdopodobieństwa ich występowania w danej sytuacji. Jeżeli z określonego materiału dowodowego sąd wyprowadza wnioski logicznie poprawne i zgodne z doświadczeniem życiowym, to ocena sądu nie narusza reguł swobodnej oceny dowodów (art. 233 § 1 k.p.c.) i musi się ostać, choćby w równym stopniu, na podstawie tego materiału dowodowego, dawały się wysnuć wnioski odmienne.

Zdaniem Sądu Okręgowego apelacja nie wykazuje, że wnioski wywiedzione przez Sąd pierwszej instancji odnośnie zaistnienia przesłanek utraty prawa do zasiłku chorobowego nie znajdują oparcia w zebranych materiale dowodowym. Sąd Rejonowy dokonał wnikliwych ustaleń, a w pisemnych motywach zaskarżonego orzeczenia uzasadnił swoje stanowisko w sposób rzetelny i racjonalny.

Biorąc pod uwagę z jednej strony liczbę polis wystawianych w spornych okresach za pośrednictwem firmy ubezpieczonego, ich charakter, typowy sposób obsługi klienta przez zawarciem umowy ubezpieczeniowej znany powszechnie, a z drugiej strony zaangażowanie brata ubezpieczonego we własną pracę, działalność gospodarczą oraz samą odległość jego miejsca zamieszkania i pracy od siedziby biura wnioskodawcy, Sąd Okręgowy podzielił stanowisko Sądu Rejonowego, że materiał dowodowy nie daje podstaw do uznania, że wszelkie czynności wykonywane w spornych okresach na rzecz ubezpieczonego wykonywał w jego zastępstwie brat K. S.. Przeczy takiemu stwierdzeniu także fakt, iż w maju i w lipcu 2015 r. pozostawał on równocześnie z wnioskodawcą na zwolnieniu lekarskim, a nadto okoliczność, iż sam skarżący w toku postępowania przyznał, że dnia 13 i 14 i 28 stycznia 2014 r. zawierał samodzielnie nowe polisy. Całokształt okoliczności dotyczących kontroli inspektora ZUS w dniu 9 lipca 2014 r., zwłaszcza treść sporządzonej na tę okoliczność notatki, zeznania inspektora i wyjaśnienia wnioskodawcy złożone w toku postępowania sądowego, wskazują z kolei na to, że skarżący w tym dniu został zastany (w obecności klienta) przy wykonywaniu czynności związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą. Nie sposób też pominąć, że schorzenia wnioskodawcy - czego nie kwestionował - nie uniemożliwiały mu poruszania się, nie wymagały ciągłego leżenia czy pozostawania w domu. O tym, że fizycznie skarżący był zdolny do pobytu poza miejscem zamieszkania, nawet kilkugodzinnego, potwierdził świadek A. S. – ojciec wnioskodawcy, wspólnie z nim zamieszkujący.

Wreszcie Sąd Okręgowy podziela stanowisko Sądu Rejonowego, iż zasady doświadczenia życiowego wykluczają przyjęcie, że tzw. polisy wznovione w spornych okresach były zawierane na rzecz wnioskodawcy bez jakiegokolwiek aktywności z jego strony. Rozwijając rozważania w tej spornej kwestii i przechodząc jednocześnie do oceny stawianego w apelacji zarzutu niezastosowania art. 28 ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczeń Komunikacyjnych, Sąd Okręgowy stoi na stanowisku, że treść tego przepisu nie przesądza w żaden sposób o zakresie czynności związanych z przedłużaniem polis ubezpieczeniowych, jakie w praktyce wykonuje agent ubezpieczeniowy. Przepis ten reguluje jedynie skutki braku jakiegokolwiek aktywności osoby ubezpieczonej i/lub agenta działającego w jej imieniu, w celu zawarcia polisy na kolejny okres obowiązkowego ubezpieczenia. Tym samym zarzut jego naruszenia okazał się chybiony. Oczywistym jest natomiast, co istotne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy, iż wznovienie polis obowiązkowych OC następuje z korzyścią dla agenta, który zawarł polisę pierwotną, która ma być wznoviona. W tym celu niewątpliwie agenci ubezpieczeniowi podejmują właściwe czynności negocjacyjne z dotychczasowym klientem, celem przedłużenia ubezpieczenia na kolejny okres

u ubezpieczyciela, którego reprezentują. Co więcej, zazwyczaj do takich czynności agenci ubezpieczeniowi są zobowiązani przez reprezentowane towarzystwa ubezpieczeniowe. Nie umknęło uwadze Sądu Okręgowego, iż wnioskodawca na mocy § 2 ust. 1 lit. i) umowy o współpracy w zakresie pośrednictwa w zawieraniu umów ubezpieczeń majątkowych i osobowych z dnia 26 marca 2012 r. (k. 7 i nast.) był także zobowiązany właśnie do „obsługi ubezpieczających związanej z odnawianiem i kontynuacją umów ubezpieczenia”.

Z tych powodów, Sąd Okręgowy uznał, że w spornych okresach objętych zaskarżoną decyzją czynności dokonywane przez wnioskodawcę stanowiły wykonywanie pracy zarobkowej, bowiem polegały na osobistym świadczeniu pracy w zakresie pośrednictwa w zawieraniu umów ubezpieczeniowych. Tym samym, na podstawie art. 17 ust. 1 ustawy zasiłkowej wnioskodawca utracił za powyższy okres prawo do zasiłku chorobowego. W konsekwencji nie było podstaw do zmiany zaskarżonego wyroku.

Wobec powyższego apelacja wnioskodawcy podlegała oddaleniu (art. 385 k.p.c.).

SSO Krzysztof Głowczyński SSO Andrzej Marek SSO Jacek Wilga