

Sygn. akt: XU-562/13

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 07 listopada 2013r.

Sąd Rejonowy dla Wrocławia-Śródmieścia X Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych we W.

w składzie:

Przewodniczący: SSR Barbara Bonczar

Protokolant: Grażyna Mazurkiewicz

po rozpoznaniu na posiedzeniu jawnym w dniu 07 listopada 2013r. we W.

sprawy z odwołania **A. P. (1)**

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

z dnia 14 czerwca 2013r. znak: (...)

w sprawie **A. P. (1)**

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W.

o zasiłek chorobowy

oddala odwołanie.

Sygn. akt X U 562/13

UZASADNIENIE

Ubezpieczona, A. P. (2), wniosła odwołanie od decyzji organu rentowego, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., z dnia 4 czerwca 2012 r. znak (...) odmawiającej jej prawa do wypłaty zasiłku chorobowego za okres od 24 kwietnia 2013 r. do 11 maja 2013 r. i domagała się jej zmiany poprzez przyznanie jej prawa do zasiłku chorobowego za okres sporny.

W uzasadnieniu odwołania ubezpieczona podniosła, iż od dnia 1 lutego 2013 r. za pomocą dokumentu (...) została wyrejestrowana przez Panią U. B. - Biuro (...), które prowadzi jej sprawy - z ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego, po czym z dniem 1 lutego 2013 r. została ponownie zarejestrowana bez dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, abym od 1 marca 2013 r. mogła zostać zgłoszona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego Biuro (...) miało obowiązek najpierw zgłosić jej wyrejestrowanie z obowiązkowych ubezpieczeń, a następnie dokonać zgłoszenia łącznie do wszystkich ubezpieczeń, tj. obowiązkowych emerytalnego i rentowego oraz do dobrowolnego chorobowego. Dokumentem zgłoszeniowym (...) z dnia 8 marca 2013 r. ponownie została zgłoszona o objęcie ją dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 marca 2013 r. Obowiązek ubezpieczeniowy, o którym mowa w art. 36 ust. 4 ustawy systemowej powstał w dniu 1 marca 2013 r. w związku z czym dochowała 7 dniowego terminu określonego w w/w przepisie.

Pani U. B., która dokonywała zgłoszenia, po telefonicznej rozmowie z pracownikiem ZUS została pouczona, iż termin złożenia dokumentu zgłoszeniowego (...) o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wynosi 7 dni.

Prawdą jest, że w miesiącu styczniu składka została odprowadzona w niewłaściwej wysokości. Niemniej jednak, pismem z dnia 13 czerwca 2013 r. złożyła do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wnioski o przywrócenie terminu do zapłaty składki za miesiąc styczeń 2013 r., który został rozpatrzony pozytywnie. W konsekwencji należy uznać, że dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało dopiero z końcem tego miesiąca. Mimo, iż w lutym 2013 r. nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu to w marcu 2013 r. Biuro (...) złożyło dokument zgłoszeniowy (...) o ponowne objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym w ustawowym terminie i opłaciła składkę w należytej wysokości. Organ rentowy uznał jednak, że składka za marzec 2013 r. została uiszczona w zbyt niskiej wysokości, ponieważ nadpłata powstała w lutym 2013 r. (która miała zostać zaliczona na poczet składki marcowej) została dokończona na poczet niedopłat z 2011 roku. Konsekwencją powyższego była niedopłata składki za marzec 2013 r.

Ubezpieczona nadmieniła, iż nie była świadoma, że posiada jakiegokolwiek zadłużenie wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych z tytułu opłacania składek w 2011 r., w związku z czym nie miała świadomości, iż składka na ubezpieczenie społeczne za miesiąc marzec 2013 r. nie została opłacona w pełnej wysokości. Nigdy nie była informowana o niedopłatach, zaś Zakład Ubezpieczeń Społecznych nigdy nie podjął żadnych kroków mających na celu wyegzekwowanie zaległości.

W związku z faktem, że wyraziła dostateczną wolę objęcia wszystkimi rodzajami ubezpieczeń społecznych od dnia 1 marca 2013 r., i uiszczała składkę w odpowiedniej wysokości (znajdując się w usprawiedliwionym przekonaniu, że nadpłata składki z lutego 2013 r. została przekazana na poczet składki za marzec 2013 r.), powinna zostać objęta ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 marca 2013 r.

W konsekwencji, organ winien był przyznać jej prawo do zasiłku w okresie określonym w zaskarżonej decyzji.

Ubezpieczona wskazała, iż art. 14 ustawy systemowej reguluje sposób przystąpienia i ustania dobrowolnego ubezpieczenia emerytalnego, rentowego i chorobowego w każdej z odmian ubezpieczenia dobrowolnego. We wszystkich przypadkach do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia niezbędny jest wniosek ubezpieczonego, a objęcie ubezpieczeniem następuje zasadniczo od dnia wskazanego we wniosku, jednak nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został złożony, W przypadku, gdy we wniosku ubezpieczony nie wskazuje terminu przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia, należy przyjąć, że powstaje ono od dnia złożenia wniosku. Wyjątek od powyższej reguły dotyczy dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, w przypadku którego istnieje dodatkowy warunek, by wniosek został zgłoszony w terminie określonym w art. 36 ust. 4 ustawy, czyli 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia emerytalnego i rentowego. Zmiana taka została wprowadzona do art. 14 z dniem 1 stycznia 2003 r. na mocy ustawy zmieniającej, przez dodanie nowego ustępu 1a. Jej celem było ujednoczenie daty objęcia wszystkimi rodzajami ubezpieczenia społecznego.

Należy bowiem mieć na uwadze, że osoby przystępujące do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego muszą mieć tytuł do obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowych, w których zgłoszenie do ubezpieczenia następuje najpóźniej w terminie 7 dni od powstania obowiązku ubezpieczenia. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe powstaje z kolei - co do zasady - od dnia złożenia wniosku, czyli przed powyższą zmianą istniała różnica 6 dni w datach początkowych poszczególnych ubezpieczeń, gdyż emerytalne i rentowe powstawało z datą wsteczną w porównaniu z datą zgłoszenia do ubezpieczeń, a chorobowe dopiero od daty złożenia wniosku objęcie nim. Tak więc należało umożliwić wcześniejsze obejmowanie tym ubezpieczeniem, aby nie występowały kilkudniowe różnice w terminach objęcia ubezpieczeniem emerytalnym i rentowym oraz ubezpieczeniem chorobowym. Stąd właśnie powyższa zmiana pozwalająca na objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym za okres wsteczny, umożliwiającą powstanie wszystkich rodzajów ubezpieczenia z tą samą datą w przypadku jednoczesnego zgłoszenia do ubezpieczeń emerytalnego i rentowych oraz złożenia wniosku o objęcie ubezpieczeniem chorobowym w ciągu 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczeń emerytalnego i rentowych (k. 3-8).

*

Organ rentowy – Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział we W., w odpowiedzi na odwołanie ubezpieczonej, wniósł o jego oddalenie, z uwagi na brak podstaw prawnych do jego uwzględnienia.

W uzasadnieniu swojego stanowiska organ rentowy zarzucił, iż z posiadanej dokumentacji wynika, że na zwolnieniu lekarskim ubezpieczona przebywała od 24 kwietnia 2013 r. do 11 maja 2013 r., natomiast dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym została objęta ponownie od dnia 1 kwietnia 2013 r.

Prawo do zasiłku chorobowego za powyższy okres nie przysługuje, ponieważ nie upłynął 3-miesięczny nieprzerwany okres ubezpieczenia chorobowego i nie ma możliwości zaliczenia do okresu wyczekiwania poprzednich okresów ubezpieczenia, gdyż ubezpieczenie to ustało w miesiącu styczniu 2013 r. w związku z opłaceniem należnej składki za ten miesiąc po ustawowym terminie płatności oraz w miesiącu lutym 2013 r., w związku z opłaceniem bez ubezpieczenia chorobowego.

Ponadto, pomimo ponownego zgłoszenia do ubezpieczenia chorobowego od dnia 8 marca 2013 r. ubezpieczenie ustało w okresie od 8 marca 2013 r. do 31 marca 2013 r. w związku z opłaceniem należnej składki za ten miesiąc po ustawowym terminie płatności.

Organ rentowy nadmieniał, że w piśmie z 7 sierpnia 2013 r. wyjaśnił ubezpieczonej, że rozpoczęła prowadzenie pozarolniczej działalności gospodarczej od 4 maja 2010 r. Działalność ta jest prowadzona do nadal. Ubezpieczona z tego tytułu podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w następujących okresach: od 1 czerwca 2012 r. do 31 stycznia 2013 r. oraz od 8 marca 2013 r. do nadal.

Pismami z 18 czerwca 2013 r. oraz z 22 lipca 2013 r. wyrażono zgodę na opłacenie po terminie składek dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące: czerwiec 2012 r., styczeń 2013 r. oraz marzec 2013 r.

W dniu 8 marca 2013 r. skarżąca dokonała wyrejestrowania z obowiązkowych ubezpieczeń od dnia 1 marca 2013 r., wskazując kod „600” - inne przyczyny wyrejestrowania, a następnie z tym samym dniem dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Zgodnie z obowiązującymi przepisami ubezpieczona została objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 8 marca 2013 r. - tj. od dnia wpływu dokumentu do Zakładu, a nie od dnia wskazanego we wniosku.

W powyższej sytuacji nie zachodzi przesłanka, że zgłoszenia do ubezpieczeń wnioskodawczyni mogła dokonać 7 dnia, gdyż nie było to zgłoszenie pierwszorazowe od daty powstania obowiązku ubezpieczeń społecznych. Zgłoszenie to zostało dokonane w związku ze zmianą schematu podlegania ubezpieczeniom społecznym (tj. wolą przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego), zaś obowiązek ubezpieczeń powstał od 04 maja 2010 r. i trwa nieprzerwanie.

Pomimo wyrażenia zgody na opłacenie po terminie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiące czerwiec 2012 r., styczeń 2013 r. oraz marzec 2013 r., brak jest podstaw do zmiany zaskarżonej decyzji (k. 10-11).

Sąd Rejonowy ustalił następujący stan faktyczny:

Ubezpieczona, A. P. (2) od 4 maja 2010 r. prowadzi działalność gospodarczą i z tego tytułu podlegała między innymi dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało z dniem 31 stycznia 2013 r. na skutek dobrowolnej rezygnacji ubezpieczonej z tego ubezpieczenia. W lutym 2013 r. ubezpieczona nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Następnie w dniu 8 marca 2013 r. ubezpieczona dokonała wyrejestrowania z obowiązkowych ubezpieczeń społecznych od dnia 1 marca 2013 r., a równocześnie w tym samym dniu dokonała zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń oraz do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dnia 1 marca 2013 r.

Dowody:1) zeznania świadka U. B. k. 19 (płyta CD),

2) przesłuchanie ubezpieczonej A. P. (1) k. 19 (płyta CD),

W czerwcu 2013 r. powódka złożyła podania o przywrócenie terminu płatności składnika dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc styczeń i marzec 2013 r.

Organ rentowy wyraził zgodę na opłacenie składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc styczeń i marzec 2013 r. po terminie.

Dowód: akta zasiłkowe strony pozwanej.

Decyzją z dnia 14 czerwca 2013 r. znak (...) na podstawie 83 ust. 1 pkt 4, art. 14 ust. 1, 1a, 2 i 2a oraz art. 36 ust. 4 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych w zw. z art. 1 ust. 1, art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, organ rentowy odmówił ubezpieczonej prawa do zasiłku chorobowego za okres od 24 kwietnia 2013 r. do 11 maja 2013 r.

Dowód: decyzja organu rentowego z 14.06.2013 r. (w aktach ZUS w sprawie zasiłku chorobowego).

W oparciu o powyższe ustalenia faktyczne, Sąd zważył co następuje:

Odwołanie jako bezzasadne, nie zasługiwało na uwzględnienie.

Zgodnie z art. 1 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. (tj. z 2010 r. Nr 77, poz. 512 ze zm.) o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zw. dalej ustawą chorobową, świadczenia pieniężne na warunkach i w wysokości określonych ustawą przysługują osobom objętym ubezpieczeniem społecznym w razie choroby i macierzyństwa określonym w ustawie z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 i Nr 218, poz. 1690), zwanym dalej "ubezpieczonymi".

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy chorobowej, ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 90 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego - jeżeli jest ubezpieczony dobrowolnie.

Natomiast według art. 4 ust. 2 ustawy chorobowej, do okresów ubezpieczenia chorobowego, o których mowa w ust. 1, wlicza się poprzednie okresy ubezpieczenia chorobowego, jeżeli przerwa między nimi nie przekroczyła 30 dni lub była spowodowana urlopem wychowawczym, urlopem bezpłatnym albo odbywaniem czynnej służby wojskowej przez żołnierza niezawodowego.

Okolicznością bezsporną było, iż ubezpieczona z własnej inicjatywy wyrejestrowała się z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z dniem 31 stycznia 2013 r. i w okresie od 1-28 lutego 2013 r. nie podlegała temu ubezpieczeniu.

Ponadto, z przeprowadzonego postępowania dowodowego wynika, iż w dniu 8 marca 2013 r. ubezpieczona złożyła deklaracje (...) wyrejestrując ją z ubezpieczeń z dniem 1 marca 2013 r. i równocześnie złożyła deklarację (...) zgłaszającą ją ponownie do ubezpieczeń społecznych, w tym również do dobrowolnego ubezpieczenia społecznego wskazując datę powstania obowiązku ubezpieczeń z dniem 1 marca 2013 r. Jednakże w przypadku ubezpieczonej nie mogła zostać ona objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia wskazanego we wniosku, tj. od 1 marca 2013 r., ale od 8 marca 2013 r., w związku z czym doszło do przerwania okresu dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego na okres dłuższy niż 30 dni (od 1 lutego 2013 r. do 7 marca 2013 r.), a więc w celu uzyskania prawa do świadczenia chorobowego musiał upłynąć 90-dniowy okres wyczekiwania liczony od 8 marca 2013 r.

Natomiast za niezasadny należy uznać podnoszony przez ubezpieczoną zarzut, iż obowiązek ubezpieczeniowy powstał z dniem 1 marca 2013 r. w związku z tym, iż złożyła ona deklarację w dniu 8 marca 2013 r.

W świetle art. 14 ust. 1 ustawy z dnia 13 października 1998 r. (Dz. U. nr 137, poz. 887 ze zm.) 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.

Natomiast art. 14 ust. 1a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych stanowi, iż 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).

W przypadku ubezpieczonej nie możemy mówić, iż zgłoszenie zostało dokonane w terminie 7 dni od dnia powstania obowiązku ubezpieczeniowego, w związku z czym powinna zostać objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia wskazanego we wniosku, tj. z dniem 1 marca 2013 r. albowiem obowiązek ubezpieczeniowy powstał z dniem 4 maja 2010 r. i trwał nieprzerwanie przez cały okres. W zaistniałej sytuacji ubezpieczona mogła zostać objęta dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym najwcześniej w dniu 8 marca 2013 r., czyli w dniu złożenia wniosku, gdyż zgłoszenia do ubezpieczenia zostały dokonane w związku ze zmianą schematu podlegania ubezpieczeniom społecznym, a nie w ogóle z powstaniem obowiązku ubezpieczeniowego.

Ponadto należy wskazać, iż nawet jeżeli obowiązek ubezpieczeniowy miał powstać z dniem 1 marca 2013 r., to 7-dniowy termin do złożenia wniosku mijał w dniu 7 marca 2013 r., tymczasem deklaracja została złożona w dniu 8 marca 2013 r. a więc po terminie.

Natomiast kwestia nieopłacenia składek na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w terminie (za czerwiec 2012 r., styczeń 2013 r. oraz marzec 2013 r.), w ustalonym stanie faktycznym nie miała większego znaczenia i fakt wyrażenia zgody przez organ rentowy na ich opłacenie po terminie nie mógł w żaden sposób wpłynąć na dokonane rozstrzygnięcie.

Oceniając zebrany w sprawie materiał dowodowy, Sąd dał wiarę przedstawionym w sprawie dowodom z akt sprawy organu rentowego, jako że żadna ze stron w toku postępowania nie podważyła skutecznie ich autentyczności i wiarygodności.

Oceny zeznań świadka U. B. oraz ubezpieczonej A. P. (1), Sąd dokonał w kontekście całego zebranego w sprawie materiału dowodowego. Sąd dał wiary tym zeznaniom albowiem były one jasne, spójne i logiczne. Jednakże nie mogły one stanowić podstawy rozstrzygnięcia, albowiem interpretacja prawna przepisów prawa leży w gestii Sądu.

Mając powyższe na uwadze, Sąd na mocy przepisu art. 477¹⁴ § 1 k.p.c. oddalił odwołanie ubezpieczonego, nie znajdując podstaw do jego uwzględnienia.