

Sygn. akt III AUa 225/17

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 13 lutego 2018 r.

Sąd Apelacyjny w Szczecinie - Wydział III Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Jolanta Hawryszko (spr.)
Sędziowie:	SSA Urszula Iwanowska SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk
Protokolant:	St. sekr. sąd. Katarzyna Kaźmierczak

po rozpoznaniu w dniu 13 lutego 2018 r. w Szczecinie

sprawy M. D.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S.

o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu

na skutek apelacji ubezpieczonej

od wyroku Sądu Okręgowego w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 20 grudnia 2016 r. sygn. akt VI U 1831/16

1. oddała apelację,
2. zasądza od M. D. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. kwotę 270 (dwieście siedemdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego organu rentowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko SSO del. Gabriela Horodnicka

- Stelmaszczuk

Sygn. akt: III AUa 225/17

UZASADNIENIE

Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w S. decyzją z 11 sierpnia 2016 r. stwierdził, że wnioskodawczyni M. D. podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 1 października 2014 r. do 19 maja 2015 r.

i od 18 maja 2016 r. oraz dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą w okresie od 1 października 2014 r. do 19 maja 2015 r. i od 4 czerwca 2016 r., natomiast w okresie od 20

maja 2015 r. do 17 maja 2016 r. nie podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym, wypadkowemu jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą.

W odwołaniu od powyższej decyzji M. D. wniosła o jej uchylenie i stwierdzenie, że podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 18 maja 2016 r.

W odpowiedzi na odwołanie organ rentowy wniosł o jego oddalenie.

Sąd Okręgowy w Szczecinie VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z 20 grudnia 2016 r. oddalił odwołanie oraz zasądził od M. D. na rzecz Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w S. kwotę 120,00 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy ustalił, że M. D. od 1 października 2014 r. zgłosiła się do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych emerytalnego, rentowych i wypadkowego oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej. Deklaracja zgłoszeniowa w tym zakresie (ZUS ZUA) wpłynęła do ZUS w 6 października 2014 r. W okresie od 20 maja 2015 r. do 17 maja 2016 r. M. D. przysługiwało prawo do zasiłku macierzyńskiego i w tym okresie ubezpieczona podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu, rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej podlegała w tym czasie wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu. W dniu 4 czerwca 2016 r. do ZUS wpłynęło zgłoszenie M. D. do obowiązkowych ubezpieczeń emerytalnego, rentowego, wypadkowego i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności gospodarczej. Jako datę objęcia wymienionymi ubezpieczeniami podano dzień 18 maja 2016 r. Decyzją z 28 czerwca 2016r. organ rentowy odmówił M. D. prawa do zasiłku chorobowego za okres nieprzerwanej niezdolności do pracy od 28 maja 2016 r. wskazując, że na dzień powstania niezdolności do pracy ubezpieczona nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. Ubezpieczona odwołała się od powyższej decyzji. W treści odwołania zawarła żądanie wydania decyzji w zakresie okresów podlegania ubezpieczeniu społecznemu i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, wskazując, że z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej podlegała również w czasie pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Po ustaleniu powyższego stanu faktycznego, wskazując na art. 6 ust. 1 pkt 5 i pkt 19, art. 9 ust. 1c, art. 11 ust. 1 i 2, art. 12 ust. 1 oraz art. 14 ust. 2 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2016 r., poz. 963) Sąd Okręgowy uznał, że odwołanie nie zasługiwało na uwzględnienie. Sąd zauważył, że bezspornym w sprawie było, iż ubezpieczona od 1 października 2014 r. prowadzi działalność gospodarczą i z tego tytułu była zgłoszona do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych oraz dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Poza sporem pozostawało także i to, że w trakcie prowadzonej działalności gospodarczej wnioskodawczyni w okresie od 20 maja 2015 r. do 17 maja 2016 r. przebywała na zasiłku macierzyńskim. Nie budzi także wątpliwości, iż w tym samym okresie prowadziła pozarolniczą działalność gospodarczą. Ubezpieczona nie kwestionowała również i tego, że po ustaniu zasiłku macierzyńskiego zgłoszenie dotyczące podlegania jej ubezpieczeniom społecznym i dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej złożyła w ZUS dopiero 4 czerwca 2016 r., a zatem po upływie 18 dni od ustania prawa do zasiłku macierzyńskiego. Spór dotyczył wyłącznie tego, czy w takiej sytuacji organ rentowy prawidłowo przyjął, że w okresie od 18 maja 2016 r. do 3 czerwca 2016 r. ubezpieczona nie podlegała dobrowolnym ubezpieczeniom chorobowym z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Organ rentowy stanął bowiem na stanowisku, że w analizowanym przypadku możliwe było objęcie M. D. tym ubezpieczeniem dopiero od dnia złożenia wniosku, tj. od 4 czerwca 2016 r., natomiast ubezpieczona wskazywała, że ubezpieczeniu temu podlegała nieprzerwanie od dnia podjęcia prowadzenia działalności gospodarczej.

Sąd Okręgowy nie podzielił argumentacji ubezpieczonej w tym zakresie. Zauważył, iż w tego typu stanie prawnym ustawodawca przewidział pierwszeństwo obowiązkowego ubezpieczenia emerytalnego i rentowego z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego. Ustanowił bowiem z przepisie art. 9 ust. 1c ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych normę stanowiącą, iż w przypadku spełniania między innymi przez osoby prowadzące działalność gospodarczą również warunków do objęcia ich obowiązkowymi ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego podlegają one obowiązkowym

ubezpieceniom emerytalnemu i rentowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Jednocześnie w zdaniu drugim podanego przepisu zastrzegł, iż osoby te mogą dobrowolnie na swój wniosek być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowym także z pozostałych – wszystkich lub wybranych tytułów. Powyższa norma w sposób istotny wpływa na rezultat niniejszego postępowania. Powoduje ona, że w okresie, w którym wnioskodawczyni pobierała zasiłek macierzyński nie mogła ona podlegać obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu

i rentowemu z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej. Ta działalność mogła jedynie stanowić dodatkowy tytuł ubezpieczenia emerytalnego i rentowego o charakterze w pełni dowolnym. W konsekwencji przyjąć należało, że w dniu otrzymania zasiłku macierzyńskiego dotychczasowe dobrowolne ubezpieczenie chorobowe z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej ustało. Ustawodawca przyjął bowiem regułę, iż ubezpieczeniu chorobowemu podlegają jedynie osoby podlegające obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu ograniczając dodatkowo jego krąg poprzez wskazanie konkretnych tytułów uprawniających do takiego ubezpieczenia. Przepis art. 11 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych nie wymienia osób podlegających obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego jako uprawnionych do podlegania ubezpieczeniu chorobowemu czy to obowiązkowemu, czy nawet dobrowolnemu. Nadto temu ostatniemu podlegają osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą, ale tylko w przypadku podlegania przez nie obowiązkowym ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowemu z podanego tytułu. Zatem wnioskodawczyni w okresie, gdy podlegała ubezpieczeniu emerytalnemu i rentowemu z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego nie legitymowała się żadnym tytułem umożliwiającym jej podleganie ubezpieczeniu chorobowemu. W takiej sytuacji przedmiotowy okres stanowił czas, w którym wnioskodawczyni nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z jedyne go możliwego tytułu, tj. z tytułu działalności gospodarczej. Dla ponownego podlegania temu ubezpieczeniu

z tytułu prowadzonej działalności pozarolniczej po ustaniu zbiegu tytułów ubezpieczeń (emerytalnego i rentowych) koniecznym więc było ponowne zgłoszenie się do tego ubezpieczenia. Mając to na uwadze Sąd Okręgowy zauważył, że zgłoszenia takiego M. D. dokonała dopiero 4 czerwca 2016 r. Co prawda w zgłoszeniu jako datę objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym podała dzień 18 maja 2016 r., jednakże w tym miejscu Sąd orzekający zaakcentował, że wprawdzie zgodnie z art. 14 ust. 1 ustawy systemowej objęcie dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, jednak nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Jedyny wyjątek od tej zasady przewiduje art. 14 ust. 1a ustawy, w myśl którego objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym następuje od dnia wskazanego we wniosku wówczas, gdy zgłoszenie do ubezpieczenia emerytalnego i rentowego zostanie dokonane w terminie określonym w art. 36 ust. 4 ustawy, tj.

w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia. W analizowanym przypadku zgłoszenie M. D. do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wpłynęło jednak do ZUS po upływie 7 dni od daty powstania obowiązkowego ubezpieczenia z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej (co miało miejsce w dniu 18 maja 2016 r. w związku z ustaniem prawa do zasiłku macierzyńskiego) dlatego też nie może domagać się w sposób skuteczny ustalenia podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 18 maja 2016 r.

Ponadto Sąd I instancji stwierdził, że również zarzucane przez ubezpieczoną niedokonanie przez organ rentowy odpowiednio wcześniej pouczeń o konieczności ponownego przystąpienia do ubezpieczenia chorobowego po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego dla objęcia tym ubezpieczeniem nie może prowadzić do zmiany decyzji. Warunki podlegania dobrowolnie ubezpieczeniu społecznemu (w tym ustania tego ubezpieczenia i objęcia nim) określa ustawa systemowa nie przewidująca w przypadku błędnych pouczeń pracowników organu, braku tych pouczeń czy niewiedzy płatników możliwości przyjęcia innych aniżeli wynikające z art. 14 ustawy systemowej dat początkowych i końcowych okresu ubezpieczenia. Płatnicy składek (a takim płatnikiem jest osoba prowadząca działalność pozarolniczą) mają obowiązek bez wezwań ze strony organu dokonywać zgłoszeń do czy wyrejestrowania z ubezpieczeń, co wynika z art. 36 ustawy systemowej. W myśl art. 36 ust. 3 ww. ustawy obowiązek zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych osób, o których mowa m.in. w art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy, należy do tych osób.

Z powyższym rozstrzygnięciem w całości nie zgodziła się ubezpieczona, która w wywiedzionej apelacji zarzuciła wyrokowi: 1. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 11 ust. 2 w zw. z art. 14 ust. 2 pkt 3 w zw. z art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń

społecznych przez dokonanie błędnej wykładni polegającej na uznaniu, iż zaistniały przesłanki wskazujące na ustanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wobec ubezpieczonej M. D., jako osoby prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą, co skutkowało koniecznością złożenia ponownego wniosku o objęcie M. D. tego rodzaju ubezpieczeniem społecznym począwszy od dnia 18 maja 2016 r., pomimo, iż prowadzona działalność gospodarcza nie została przez nią zawieszona, a tym bardziej zakończona;

2. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 14 ust. 3 w zw. z art. 16 ust. 8 w zw.

z art. 4 ust. 2 lit. m ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych przez dokonanie błędnej wykładni polegającej na przyjęciu, że okres pobierania zasiłku macierzyńskiego nie jest okresem opłacania składek, a tym samym nie jest okresem objęcia ubezpieczonej M. D. dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym, pomimo, iż składki na ubezpieczenia emerytalne i rentowe osób pobierających zasiłek macierzyński finansuje w całości budżet państwa za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych;

3. naruszenie przepisów prawa materialnego, tj. art. 36 ust. 1, 2 i 3 w zw. z art. 6 ust. 5 i 19 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych poprzez dokonanie błędnej wykładni, polegającej na przyjęciu, że to na M. D. jako osobie prowadzącej pozarolniczą działalność gospodarczą spoczywa obowiązek dokonania zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego w dniu następnym po ostatnim dniu za który przysługuje zasiłek macierzyński, pomimo, iż nie istnieje jakikolwiek przepis prawa, który obligowałby ubezpieczoną do dokonania takiej czynności;

4. art. 36 ust. 3 i 5 u.s.u.s. przez błędną wykładnię, to jest przyjęcie, że nie jest możliwe złożenie wniosku o objęcie ubezpieczeniem chorobowym w sposób dorozumiany przez dokonanie wpłaty należności za dany miesiąc celem objęcia ubezpieczeniem chorobowym, co niewątpliwie stanowi „wniosek o objęcie ubezpieczeniem chorobowym”, potwierdzone ugruntowanym orzecznictwem sądów powszechnych.

5. naruszenie przepisów postępowania, mające istotny wpływ na treść wydanego

w niniejszej sprawie orzeczenia, a mianowicie art. 233 § 1 k.p.c. poprzez dokonanie oceny zgromadzonego w toku niniejszego postępowania materiału dowodowego w sposób niekompletny, powierzchowny i sprzeczny z zasadami logiki formalnej w tym całkowicie dowolną jego ocenę, co doprowadziło do dokonania ustaleń faktycznych sprzecznych z zebrany w sprawie materiałem dowodowym przez: - bezpodstawne przyjęcie, iż na ubezpieczonej spoczywa obowiązek dokonania zgłoszenia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego następnego dnia po ostatnim dniu, za który przysługuje zasiłek macierzyński, pomimo, iż płatnikiem składek po zmianie tytułu ubezpieczeń – pobierania zasiłku macierzyńskiego – jest nie M. D., a organ rentowy;

- bezpodstawne przyjęcie, iż skuteczne zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nastąpiło poprzez złożenie przez ubezpieczoną wniosku w dniu 4 czerwca 2016 r., pomimo, iż okoliczność ta była następstwem telefonicznych wytycznych kierowanych do M. D. ze strony organu rentowego;

- bezpodstawne przyjęcie, że wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym powinien zostać złożony na piśmie, tj. w sposób wyraźny i wykluczone jest dorozumiane objęcie tego rodzaju ubezpieczeniem, pomimo, że przepisy ustaw o systemie ubezpieczeń społecznych nie precyzują formy złożenia przez ubezpieczonych wniosku,

- bezpodstawne pominięcie okoliczności, że opłacenie składki za miesiąc maj 2016 r. nie przemawia za chęcią podlegania ubezpieczeniu chorobowemu w sposób dobrowolny przez ubezpieczoną i nie stanowi dorozumianego przystąpienia do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego.

Wskazując na powyższe, apelująca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku poprzez uwzględnienie odwołania skarżącej M. D., zasądzenie od organu rentowego na rzecz skarżącej kosztów procesu za obie instancje, wraz z kosztami zastępstwa procesowego według norm przepisanych, ewentualnie, uchylenie w całości zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji, przy uwzględnieniu kosztów procesu za postępowanie apelacyjne, w tym także kosztów zastępstwa procesowego;

Sąd Apelacyjny rozważył sprawę i uznał, że apelacja ubezpieczonej jest niezasadna.

Sąd Okręgowy dokonał w sprawie prawidłowych ustaleń faktycznych oraz prawidłowej oceny prawnej, które Sąd Apelacyjny w całości aprobuje i podziela. Skarżąca nie zdołała podważyć zasadności stanowiska Sądu I instancji, bowiem

w treści apelacji przedstawiła jedynie własną interpretację przepisów, odmienną od przyjętej przez Sąd Okręgowy, nie znajdującą przy tym potwierdzenia w utrwalonym orzecznictwie sądów powszechnych oraz Sądu Najwyższego.

W rozpoznawanej sprawie kwestią sporną było zagadnienie podlegania przez M. D. dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, przy czym rozstrzygnięcia wymagało, czy wnioskodawczyni podlegała temu ubezpieczeniu już od 18 maja 2016 r. (dzień następny po dniu zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego), czy też od 4 czerwca 2016 r. (dzień złożenia przez ubezpieczoną zgłoszenia do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego

z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej).

Na wstępie przypomnieć należy, że zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1778; dalej jako ustawa systemowa) 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, (a więc m.in. osoby prowadzące pozarolniczą działalność). W świetle art. 14 ust. 2 pkt 3 tej ustawy dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustają od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom. Wobec powyższego przyjęć należy, że w przypadku M. D. datę ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wyznacza data początkowa pobierania zasiłku macierzyńskiego, tj. 20 maja 2015 r. Z brzmienia przepisu 11 ust. 2 ustawy systemowej wynika bowiem, że nie stanowi on podstawy do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego. Ponowne przystąpienie do ubezpieczenia chorobowego staje się zatem możliwe dopiero po wyczerpaniu zasiłku macierzyńskiego (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 7 grudnia 2016 r., II UK 478/15, Lex nr 2198198).

Stosownie do treści art. 9 ust. 1c ustawy systemowej osoby, o których mowa

w art. 6 ust. 1 pkt 2, 4, 5, 8 i 10 (a więc także prowadzące pozarolniczą działalność), spełniające jednocześnie warunki do objęcia ich obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku

w wysokości zasiłku macierzyńskiego, podlegają obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym z tytułu pobierania zasiłku macierzyńskiego lub zasiłku

w wysokości zasiłku macierzyńskiego. Mogą one jednak dobrowolnie, na swój wniosek, być objęte ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi także z pozostałych, wszystkich lub wybranych, tytułów. Okres pobierania zasiłku macierzyńskiego jest okresem składkowym, w świetle art. 6 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach

z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz.U. z 2017 r. poz. 1383).

Zgodnie natomiast z treścią art. 14 ust. 1 cyt. ustawy, 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 ustawy 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, a więc w terminie 7 dni od daty powstania obowiązku ubezpieczenia.

Z jednoznacznego, wyraźnego brzmienia przywołanego przepisu art. 14 ustawy systemowej wynika, że nie jest możliwe objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem,

w tym także chorobowym, od wcześniejszej daty, niż data w której wniosek został zgłoszony oraz że do powstania stosunku prawnego dobrowolnego ubezpieczenia niezbędny jest wniosek ubezpieczonego. Przepis art. 14 ustawy systemowej jest normą bezwzględnie obowiązującą (ius cogens) i jakkolwiek odmienna interpretacja nie jest

w tym zakresie dopuszczalna. Literalna wykładnia przepisu art. 14 ust. 1 prowadzi do wniosku, że w sytuacji ustania tytułu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu (art. 14 ust. 2 ustawy systemowej), ponowne objęcie dobrowolnymi ubezpieczeniami społecznymi wymaga złożenia nowego wniosku przez zainteresowanego. Natomiast samo opłacanie składek na dobrowolne ubezpieczenie społeczne po ustaniu

z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia społecznego. Ustawodawca wymaga, czego zdaje się nie zauważać skarżąca, dla skutecznego objęcia dobrowolnym ubezpieczeniem złożenia przez zainteresowanego stosownego wniosku, i to wniosku wyraźnego, jednoznacznego. Należy zatem stanowczo podkreślić, że wystarczającym nie jest 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, Lex nr 1237567; wyrok Sądu Apelacyjnego w Lublinie z dnia 10 stycznia 2013 r., III AUa 895/12, Lex nr 1254426).

Przenosząc powyższe na grunt rozpoznawanej sprawy, Sąd Apelacyjny uznał, że nie można było podzielić stanowiska prezentowanego przez apelującą, iż do powstania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego osoby prowadzącej działalność gospodarczą wystarcza opłacenie składki, nie jest natomiast konieczne złożenie wniosku o objęcie tego typu ubezpieczeniem. Należy stwierdzić, że okoliczność opłacenia składki przez apelującą nie mogła spowodować objęcia jej ubezpieczeniem chorobowym od 18 maja 2016 r., skoro wniosek o objęcie ubezpieczeniem złożyła w dniu 4 czerwca 2016 r. Wprawdzie we wniosku skarżąca domagała się objęcia ubezpieczeniem od 18 maja 2016 r., jednakże z uwagi na to, że wniosek został złożony po upływie ustawowego terminu nie było to możliwe. Nie można bowiem przystąpić do dobrowolnych ubezpieczeń społecznych

z okresem wstecznym (wyrok Sądu Apelacyjnego w Łodzi z dnia 21 września 2015 r., sygn. akt III AUa 1421/14, LEX nr 1820580, wyrok Sądu Apelacyjnego z dnia 14 maja 2014 r., sygn. akt III AUa 1100/13, LEX nr 1477034).

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, wbrew twierdzeniom skarżącej, nie można również przyjąć koncepcji dorozumianego oświadczenia odwołujących się o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. 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 jego wolę w sposób dostateczny. Przepis ten reguluje składanie oświadczeń woli per facta concludentia w stosunkach cywilnych. Nie ma podstaw do odpowiedniego stosowania przepisów Kodeksu cywilnego do wniosku

o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym. Przystąpienie do ubezpieczenia społecznego nie jest bowiem czynnością prawną prawa cywilnego, do której można stosować wymieniony wyżej przepis oraz inne przepisy Kodeksu cywilnego. Wniosek

o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być wyraźny i jednoznaczny, zatem, jak już wspomniano, nie jest wystarczające samo opłacenie 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 (tak Sąd Najwyższy w uzasadnieniu wyroku z dnia 29 marca 2012 r., I UK 339/11, Lex nr 1289188). Nie oznacza to jednak, że przedmiotowy wniosek,

a konkretnie zawarte w nim oświadczenie o zgłoszeniu do ubezpieczenia chorobowego, stanowi czynność prawną (zdarzenie prawne) kreującą stosunek cywilnoprawny (por. wyrok Sądu Najwyższego z 5 grudnia 2007 r., II UK 106/07, Lex nr 346189).

Przy czym, nie uszło uwadze Sądu Apelacyjnego, że w orzecznictwie pojawiają się niekiedy poglądy, w myśl których możliwe jest ustalenie ubezpieczenia społecznego, jeżeli wola stron podlegania określönemu ubezpieczeniu społecznym została ujawniona

w dostateczny sposób. Niemniej jednak, w ocenie Sądu odwoławczego nie można podzielić tego poglądu z uwagi na to, 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. Ponadto należy zwrócić uwagę, że Sąd Najwyższy

w wyroku z dnia 9 lipca 2015 r., sygn. I UK 376/14, Lex nr 1750110) wskazał, iż dokument o objęciu dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym musi być czytelny, wyraźny i niebudzący żadnych wątpliwości i powinien być złożony na piśmie.

Nie ulega wątpliwości, że M. D., jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność, w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego (od 20 maja 2015 r. do 17 maja 2016 r.) podlegała obowiązkowo ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jedynie

z tytułu pobierania tego zasiłku. W tym okresie organ rentowy odprowadzał składki na ubezpieczenie emerytalno-rentowe wyłącznie od zasiłku macierzyńskiego, stanowiącego podstawę ich wymiaru. Nie będąc w tym okresie objętą przedmiotowym ubezpieczeniem

z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności, odwołująca się nie korzystała

z dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Po zakończeniu okresu pobierania zasiłku, od dnia 18 maja 2016 r. M. D. została włączona do ubezpieczenia emerytalno-rentowego z tytułu prowadzonej pozarolniczej działalności. Od tego dnia mogła ponownie przystąpić do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, niemniej powinna złożyć stosowny wniosek w terminie 7 dni od daty wyczerpania zasiłku macierzyńskiego. Zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych obowiązkowych

i dobrowolnych odwołująca się dokonała w dniu 4 czerwca 2016 r., a więc po upływie ustawowego terminu. Skutkowało to objęciem jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od daty zgłoszenia wniosku, a więc właśnie od dnia 4 czerwca 2016 r., jak słusznie przyjął Sąd Okręgowy, nie zaś od 18 maja 2016 r., tak jak chciałaby tego apelująca. Chcąc uzyskać objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym od dnia 18 maja 2016 r., czyli od dnia następnego po dniu zakończenia pobierania zasiłku macierzyńskiego, odwołująca powinna była złożyć do organu rentowego stosowny wniosek w terminie 7 dni od daty wyczerpania zasiłku macierzyńskiego. Nie ulega wątpliwości, co też zostało prawidłowo ustalone przez Sąd I instancji, że wnioskodawczynie w tym terminie wniosku nie złożyła.

Reasumując, Sąd Apelacyjny uznał zaskarżone orzeczenie za trafne, a zarzuty apelacji za nieuzasadnione. W aktualnym stanie prawnym ustawodawca przyjął pierwszeństwo woli osoby posiadającej tytuł do podjęcia decyzji w przedmiocie podlegania ubezpieczeniu dobrowolnemu i określił jednocześnie pewne zasady czasowe, których niespełnienie nie rodzi powstania uprawnień w żądanym przez nią terminie. W rozpoznawanej sprawie wymogów czasowych w zgłoszeniu wniosku w przedmiocie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wnioskodawczynie niewątpliwie nie spełniła.

Mając powyższe na uwadze, na podstawie art. 385 k.p.c. Sąd Apelacyjny orzekł jak w sentencji. O kosztach postępowania orzeczono na podstawie przepisu art. 98 § 1 k.p.c.

w zw. z art. 108 § 1 k.p.c. w zw. z § 10 ust. 1 pkt 2 w zw. z § 9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 22 października 2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. z 2015 r., poz. 1804).

SSA Urszula Iwanowska SSA Jolanta Hawryszko SSO del. Gabriela Horodnicka - Stelmaszczuk