

Sygn. akt III AUa 494/17

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 12 września 2017 r.

Sąd Apelacyjny we Wrocławiu III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie:

Przewodniczący: SSA Monika Kiwiorska-Pająk (spr.)

Sędziowie: SSA Irena Różańska-Dorosz

SSO del. Izabela Głowacka-Damaszko

Protokolant: Robert Purchalak

po rozpoznaniu w dniu 12 września 2017 r. we Wrocławiu

na rozprawie

sprawy z wniosku **E. C.**

przeciwko **Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w O.**

o ubezpieczenie społeczne

na skutek apelacji E. C.

od wyroku Sądu Okręgowego w Opolu Sądu Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

z dnia 21 grudnia 2016 r. sygn. akt V U 1417/16

I. oddala apelację;

II. zasądza od wnioskodawczyni na rzecz strony pozwanej kwotę 240 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

UZASADNIENIE

Wyrokiem z dnia 21 grudnia 2016r. Sąd Okręgowy w Opolu oddalił odwołanie E. C. od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w O. z dnia 13.06.2016r. ustalającej, że wnioskodawczyni E. C. podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 24.07.2013r. do 30.06.2014r.; od 01.08.2014r. do 17.02.2016r. i od 18.03.2016r. oraz nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 10.07.2013r. do 23.07.2013r.; od 01.07.2014r. do 31.07.2014r. – od 18.02.2016 r. do 17.03.2016r. i zasądził od wnioskodawczyni na rzecz organu rentowego koszty zastępstwa procesowego w kwocie 360zł.

Swoje rozstrzygnięcie Sąd Okręgowy oparł na następujących ustaleniach faktycznych:

Decyzją z dnia 13.06.2016r. nr (...) ZUS Oddział w O. ustalił, że wnioskodawczyni E. C. podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 24.07.2013r. do 30.06.2014r.; od 01.08.2014r. do 17.02.2016r. i od 18.03.2016r. oraz nie podlegała dobrowolnie ubezpieczeniu

chorobowemu, jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą od 10.07.2013r. do 23.07.2013r.; od 01.07.2014r. do 31.07.2014r. – od 18.02.2016. do 17.03.2016r.

W uzasadnieniu decyzji organ rentowy podał, że w związku z wnioskiem wnioskodawczynie o ustalenie okresów ubezpieczenia chorobowego dobrowolnego, wszczęto postępowanie wyjaśniające i ustalono, że wnioskodawczynie - płatnik składek prowadzi działalność gospodarczą od dnia 10.07.2013r. Zobowiązana jest do opłacania składek w terminie do 10-tego dnia każdego miesiąca za miesiące poprzednie. Trzykrotnie występowała z wnioskiem o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie, na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe i wnioski zostały pozytywnie rozpatrzone. Wnioskodawczynie zadeklarowała podstawę wymiaru składek na ubezpieczenie społeczne za miesiące: od 08/2014r. do 11/2014r. w wysokości 9300zł, po czym wystąpiła o zasiłek chorobowy i zasiłek macierzyński za okres: od 06.11.2014r. do 17.02.2016r. oraz złożyła wniosek o wypłatę zasiłków chorobowych za okres: od 18.02.2016r. do 29.06.2016r. Po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego wnioskodawczynie dokonała zgłoszenia siebie jako płatnika składek do obowiązkowych ubezpieczeń społecznych, w tym do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, dopiero w dniu 18.03.2016r. Wnioskodawczynie złożyła wniosek o zasiłek chorobowy od dnia 18.02.2016r. tj. od następnego dnia po zakończeniu zasiłku macierzyńskiego. Za miesiąc: 02/2016r. wnioskodawczynie złożyła deklarację rozliczeniową z podstawą wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne w kwocie 9300zł, po terminie - 09.04.2016r. i dokonała spóźnionych wpłat. Wnioskodawczynie ponownie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu podlega od dnia 18.03.2016r. tj. od dnia złożenia wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem. Za miesiące: 03/2016r. i 04/2016r. składka na ubezpieczenie społeczne od wysokich podstaw wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne została opłacona w terminie.

Wnioskodawczynie E. C. ma 27 lat, z zawodu jest księgową, prowadzi działalność gospodarczą, a to działalność finansową - punkt bankowy. Wnioskodawczynie zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od 10.07.2013r. ale, w związku ze spóźnieniem się ze złożeniem dokumentów, została nim objęta od 24.07.2013r. i podlegała do 30.06.2014r.

Następnie wnioskodawczynie wyrejestrowała się z ubezpieczenia i po 30 dniach ponownie się zarejestrowała, bo, jak przyznała, chciała mieć wyższą podstawę wymiaru. Ponownie zgłosiła się do ubezpieczenia społecznego i dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od dn. 01.08.2014r., zgłaszając podstawę wymiaru składek w kwocie 9.300zł. Podlegała temu ubezpieczeniu do dn. 17.02.2016r., z tym, że wnioskodawczynie od dn. 06.11.2014r. przebywała na zasiłku chorobowym a następnie macierzyńskim.

Od 18.03.2016r. wnioskodawczynie zgłosiła się ponownie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W trakcie poprzedniego okresu podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu wnioskodawczynie trzykrotnie spóźniała się ze składkami, jak twierdzi były to takie spóźnienia jak przelewy 10-go, a bank zaksięgował 11-go danego miesiąca. Wnioski o przywrócenie terminu były przez ZUS uwzględniane.

Wnioskodawczynie urodziła dziecko w dn. 19.02.2015r. i do 17.02.2016r. była na urlopie macierzyńskim. W listopadzie 2016r. wnioskodawczynie urodziła drugie dziecko.

Wnioskodawczynie twierdzi, że nie została poinformowana, że powinna zarejestrować się i wyrejestrować, aby otrzymać zasiłek. Składkę, w związku z wnioskiem złożonym w marcu 2016r. opłaciła 09.04.2016r. za luty i za marzec i objęto ją ubezpieczeniem od 18.03.2016r. Będąc na urlopie macierzyńskim opłacała składkę zdrowotną. W ZUS nie powiedziano jej, że zostanie wyrejestrowana z ubezpieczeń.

Zdaniem ZUS niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu za okresy: od 10.07.2013r. do 23.07.2013r. oraz od 18.02.2016r. do 17.03.2016r. jest wynikiem nieterminowego złożenia dokumentów zgłoszeniowych przez Ubezpieczoną, a niepodleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie: od 01.07.2014r. do 31.07.2014r. jest wynikiem złożenia przez Ubezpieczoną takiej dokumentacji.

Wnioskodawczyni odwołała się od decyzji ZUS odmawiających jej prawa do zasiłku chorobowego od dn. 18.02.016r. i następnych, sprawy zawisły w Sądzie Rejonowym Sądzie Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Opolu i prowadzone są pod sygn. VU 321/16. Obecnie sprawa jest zawieszona.

Sąd Okręgowy uznał odwołanie za nieuzasadnione wskazując, że zgodnie z art. 14 ustawy systemowej:

„1. 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.

1a. 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.

2. 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, 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;

3) od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom.

2a. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, jeżeli za część miesiąca został pobrany zasiłek, ubezpieczenie chorobowe ustaje od dnia następującego po dniu, za który zasiłek ten przysługuje.

3. Za okres opłacania składek uważa się także okres pobierania wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy wskutek choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną oraz zasiłków.

Ponadto art. 11 ustawy systemowej stanowi, że obowiązkowo ubezpieczeniu chorobowemu podlegają osoby wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 1, 3 i 12./ ust. 1/, a dobrowolnie ubezpieczeniu chorobowemu podlegają na swój wniosek osoby objęte obowiązkowo ubezpieczeniami emerytalnym i rentowymi, wymienione w art. 6 ust. 1 pkt 2 / osoby wykonujące pracę nakładczą;/ pkt 4 /osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, zwane dalej "zleceniobiorcami", oraz osobami z nimi współpracującymi, z zastrzeżeniem ust. 4; pkt 5 /osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osobami z nimi współpracującymi; (...)/ ust.2 /.

Z przytoczonego przepisu art. 14 ustawy systemowej wynika, że objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym wymaga złożenia stosownego wniosku, a wywołuje ono skutek od dnia w nim wskazanego, nie wcześniej jednak niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony. Do ustania tego ubezpieczenia dochodzi natomiast m.in. wtedy, jeżeli składka na to ubezpieczenie nie została opłacona w terminie lub od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom. Ponieważ jest to ubezpieczenie dobrowolne organ rentowy nie ma nie tylko obowiązku, ale i prawa przypominać ubezpieczonemu o potrzebie złożenia wniosku o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem, a nadto nie jest możliwe przystąpienie do tego ubezpieczenia w inny sposób, np. jedynie poprzez opłacanie składek. Istotne też jest, że zgłoszenie się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wywołuje skutek dopiero od daty jego złożenia w sposób wyraźny i skutecznie – odpowiednio sformułowanego i przy posiadaniu obowiązkowego ubezpieczenia społecznego.

Przytoczone w odwołaniu przez wnioskodawczynię obowiązki organu rentowego nie są sporne ale dotyczą sytuacji, gdy organ rentowy ma obowiązek dokonania pouczeń strony, przypomnienia o obowiązkach, poinformowania o prawach ubezpieczonego, czyli głównie dotyczą ubezpieczeń obowiązkowych, a nie ubezpieczenia dobrowolnego.

Organowi rentowemu nie są zazwyczaj znane plany ubezpieczonej po wyczerpaniu okresu urlopu macierzyńskiego, co do kontynuacji ubezpieczenia.

Wnioskodawczyni była skutecznie zgłoszona do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, potem to ubezpieczenie i ubezpieczenie społeczne przerwała na okres jednego miesiąca, aby mieć prawo do zmiany wysokości podstawy wymiaru. Ponownie skutecznie zgłosiła się do obowiązkowego ubezpieczenia społecznego i do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego, opłacała składki z tego tytułu i korzystała z nabytych uprawnień.

Jednakże po wykorzystaniu urlopu macierzyńskiego wnioskodawczyni zgłosiła się do ubezpieczenia dopiero w marcu 2016r., miesiąc po ustaniu ubezpieczenia i fakty te winny być niesporne w świetle zgromadzonego materiału dowodowego.

W ocenie Sądu Okręgowego brak jest podstaw do objęcia wnioskodawczyni dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia następnego po ustaniu dotychczasowego ubezpieczenia.

Apelację od powyższego wyroku złożyła wnioskodawczyni zaskarżając wyrok w całości i zarzucając:

1) Naruszenie przepisów postępowania, które miało wpływ na wynik sprawy, tj. art.233§1k.p.c. przez brak wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego i dokonania jego oceny z pominięciem istotnej części tego materiału, a tym samym ustalenie błędnego stanu faktycznego poprzez:

- uznanie, iż wnioskodawczyni zgłosiła się do ubezpieczenia dopiero w marcu 2016r., miesiąc po ustaniu ubezpieczenia, a tym samym przyjęcie przez Sąd I instancji, iż przez miesiąc nie podejmowała ona jakichkolwiek działań w tym zakresie, gdy tymczasem już z chwilą dowiedzenia się o tym, że nie podlega ubezpieczeniu odwołująca udała się do ZUS, aby wyjaśnić sytuację, tego samego dnia złożyła druk ZUS ZUA. Przerwa miesięczna wynikała zatem nie z opieszałości, czy zaniedbania, ale z faktu braku jakiejkolwiek informacji o tym, że ubezpieczenie wygasło i zobowiązana jest do ponownego złożenia wniosku w określonym terminie,

- uznanie, że wnioskodawczyni wskazała jedynie na to, że ZUS nie poinformował jej o ustaniu ubezpieczenia, przy jednoczesnym braku wskazania czy dowiadywała się ona o to czy i kiedy ubezpieczenie ustaje oraz czy ZUS ją o tym błędnie pouczył, gdy tymczasem zarówno z przytoczonych w odwołaniu okoliczności, jak i zeznań skarżącej wynika, iż pomimo wielokrotnych wizyt w ZUS i osobistym kontakcie z pracownikiem organu, który posiadał bieżący wgląd do wszystkich spraw odwołującej nie została ona w jakikolwiek sposób pouczona o jej prawach oraz ujemnych konsekwencjach na skutek nie podjęcia określonych działań, jednocześnie sama ubezpieczona wielokrotnie wskazywała, że przekonana była, iż ubezpieczenie ma charakter ciągły, w tym stanie rzeczy nie mogła dowiadywać się o to, czy i kiedy ubezpieczenie ustaje oraz zostać błędnie pouczoną przez ZUS,

- uznanie, iż brak podjęcia wskazanych działań przez wnioskodawczynię wynikało z jej własnego błędnego przekonania pomimo, iż jak twierdzi Sąd, przepisy regulujące te kwestie były jej znane, gdy tymczasem wielokrotnie podkreślała, że jest laikiem i o takich zapisach ustawowych dowiedziała się dopiero od pracownika ZUS po upływie ustawowego terminu na dokonanie określonej czynności,

2) obrazę przepisów prawa materialnego tj.

- art.8 i 9 Kodeksu postępowania administracyjnego przez ich niezastosowanie poprzez stwierdzenie, iż organ rentowy ma obowiązek dokonania pouczenia strony, przypomnienia o obowiązkach, poinformowania o prawach ubezpieczonego głównie w przypadku podlegania ubezpieczeniom obowiązkowym, a nie ubezpieczeniu dobrowolnemu, gdy tymczasem zgodnie z zasadą pogłębiania zaufania obywateli i zasadą informowania stron organy administracji publicznej, jakim jest ZUS, są obowiązane do należytego i wyczerpującego informowania stron o okolicznościach faktycznych i prawnych, które mogą mieć wpływ na ustalenie ich praw i obowiązków, będących przedmiotem postępowania administracyjnego, jednocześnie czuwają one również nad tym, aby strony i inne osoby, uczestniczące w postępowaniu nie poniosły szkody z powodu niezajomości prawa.

W oparciu o tak sformułowane zarzuty apelująca wniosła o zmianę zaskarżonego wyroku w całości i ustalenie, że wnioskodawczyni podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 18.02.2016r. do dnia 17.03.2016r. ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku w całości i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi I instancji oraz zasądzenie na rzecz wnioskodawczyni kosztów postępowania odwoławczego.

Organ rentowy wniósł o oddalenie apelacji i zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych.

Sąd Apelacyjny zważył, co następuje.

apelacja nie zasługiwała na uwzględnienie. Sąd Apelacyjny w całości podziela ustalenia faktyczne, jak i ocenę prawną dokonaną przez Sąd pierwszej instancji i stwierdza, że zaskarżony wyrok jest orzeczeniem trafnym i odpowiadającym obowiązującym przepisom prawa.

Sporną kwestią było zagadnienie podlegania przez wnioskodawczynię dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, przy czym w okolicznościach tej sprawy rozstrzygnięcia wymagało, czy wnioskodawczyni podlegała temu ubezpieczeniu od 18 lutego 2016r., czy też od 18 marca 2016r.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (t.j. Dz. U. 2015.121) 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: osoby wykonujące pracę nakładczą; osoby wykonujące pracę na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia albo innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, oraz osoby z nimi współpracujące, osoby prowadzące pozarolniczą działalność oraz osoby z nimi współpracujące, osoby wykonujące odpłatnie pracę, na podstawie skierowania do pracy, w czasie odbywania kary pozbawienia wolności lub tymczasowego aresztowania i duchowni.

W świetle art. 14 ust. 2 pkt 3 ustawy dobrowolne ubezpieczenia emerytalne i rentowe oraz chorobowe ustają od dnia ustania tytułu podlegania tym ubezpieczeniom. W przypadku wnioskodawczyni, datę ustania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wyznacza data początkowa pobierania zasiłku macierzyńskiego. Z brzmienia przepisu 11 ust. 2 ustawy wynika bowiem, że nie stanowi on podstawy do objęcia dobrowolnie ubezpieczeniem chorobowym w okresie pobierania zasiłku macierzyńskiego.

Z art. 9 ust. 1c ustawy wynika, że osoby prowadzące działalność gospodarczą, 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.

Zgodnie z art. 14 ust. 1 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.

Ponowne objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą po ustaniu tytułu podlegania temu ubezpieczeniu, wymaga zgłoszenia pisemnego wniosku przez ubezpieczonego, co wynika z art. 11 ust. 1 oraz art. 14 ust. 1 i 1a ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych i co znajduje potwierdzenie również w wyroku Sądu Najwyższego z dnia 29 marca 2012 r., sygn. I UK 339/11 (OSNP 2013/5-6/68).

Sąd Okręgowy słusznie przyjął, że wnioskodawczynie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym po zakończeniu okresu pobierania zasiłku macierzyńskiego mogła zostać objęta dopiero od dnia 18 marca 2016r., a nie od 18 lutego 2016r., tak jak chciałaby tego apelująca. Chcąc uzyskać objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym od dnia 18 lutego 2016r., czyli od dnia następnego po dniu 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 w istocie było bezsporne, że wnioskodawczynie w tym terminie wniosku nie złożyła. Zgłoszenia do ubezpieczeń społecznych obowiązkowych i do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wnioskodawczynie dokonała w dniu 18 marca 2016r., a więc po upływie ustawowego terminu. Skutkowało to objęciem jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od daty zgłoszenia wniosku, a więc od dnia 18 marca 2016r. W sprawie nie ulega również wątpliwości, że nie została z tego tytułu opłacona w ustawowym terminie składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe. Wnioskodawczynie argumentując, iż nie została właściwie pouczona przez organ rentowy o ustaniu ubezpieczenia z momentem rozpoczęcia pobierania zasiłku macierzyńskiego i konieczności złożenia odrębnego wniosku w terminie 7 dni od daty zakończenia pobierania tego zasiłku dla zachowania ciągłości ubezpieczenia w istocie domaga się przywrócenia terminu do złożenia tego wniosku. W ocenie Sądu jednak termin ten jako termin prawa materialnego nie podlega przywróceniu.

Wnioskodawczynie jako osoba prowadząca profesjonalną działalność gospodarczą winna była dopełnić formalności związanych z reaktywacją ubezpieczenia chorobowego po okresie zasiłku macierzyńskiego, które ma charakter dobrowolny i którego nie można domniemywać. Należy przy tym zwrócić uwagę, że w kwestiach związanych z tym ubezpieczeniem, wbrew twierdzeniom apelacji, wnioskodawczynie nie jest zupełnym laikiem, co wykazała dokonując wyrejestrowania z ubezpieczenia, a następnie ponownie zgłaszając się do ubezpieczenia z odpowiednio wyższą zadeklarowaną podstawą wymiaru składek. Zabieg ten miał na celu zabezpieczenie odpowiednio wysokiego świadczenia związanego z macierzyństwem, czemu wnioskodawczynie nie zaprzecza. Posiadając świadomość co do uprawnień w zakresie świadczeń, wnioskodawczynie jako osoba prowadząca działalność gospodarczą powinna również znać zakres swoich obowiązków w tym zakresie i ewentualnie uzyskać odpowiednie informacje w organie rentowym.

Podnosząc zarzut naruszenia prawa materialnego wnioskodawczynie podkreśliła, że na organie rentowym jako organie administracji publicznej spoczywa obowiązek dbałości nie tylko o realizację interesu prawnego ale i słusznym interesów ubezpieczonych, którym powinien udzielać wszelkich niezbędnych informacji czuwać nad tym by nie poniosły szkody z uwagi na niezajomość prawa, zaś Sąd działania te powinien oceniać przez pryzmat przepisów art. 8-9 k.p.a. Ze stanowiskiem tym zgodzić się nie można. Uszło uwadze apelującej, że po wniesieniu odwołania od decyzji organu rentowego i przeniesieniu sprawy na drogę postępowania sądowego staje się ona sprawą cywilną w rozumieniu art. 1 k.p.c. i podlegającą rozpoznaniu według przepisów tego kodeksu nie zaś w oparciu o przepisy postępowania administracyjnego. Rzeczą Sądu jest wyjaśnienie okoliczności faktycznych oraz podstaw prawnych rozpoznanego roszczenia (zobowiązania). Przepisy kodeksu postępowania administracyjnego w postępowaniu sądowym nie znajdują zastosowania. Sąd Okręgowy przepisów art. 8-9k.p.a. nie stosował (bo nie mógł) a zatem ich nie naruszył. Zauważyć, należy, że wady decyzji wynikające z naruszeń przepisów postępowania przed organem rentowym pozostają zasadniczo poza zakresem jego rozpoznania .

W ocenie Sądu Apelacyjnego w rozpoznawaniu sprawie Sąd Okręgowy nie naruszył przepisów kodeksu postępowania cywilnego art. 233, dokonał bowiem wszechstronnej oceny zebranego materiału dowodowego i poddał go ocenie prawnej.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny na mocy art. 385 k.p.c. apelację oddalił.

Sąd Apelacyjny na podstawie art. 98 § 1 i 3 k.p.c. oraz art. 108 § 1k.p.c. w związku z § 10 ust. 1 pkt 2 w związku z § 2 pkt 1 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 22.10.2015 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych (Dz.U. poz. 1804) zasądził od ubezpieczonej na rzecz pozwanego kwotę 240 zł tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego w postępowaniu apelacyjnym.

SSO del. Izabela Głowacka-Damaszko SSA Monika Kiwiorska-Pajak SSA Irena Różańska-Dorosz

R.S.