

Sygn. akt III AUa 1673/14

WYROK

W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 27 maja 2015 r.

Sąd Apelacyjny - III Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych w Gdańsku

w składzie:

Przewodniczący:	SSA Grażyna Horbulewicz (spr.)
Sędziowie:	SSA Barbara Mazur SSA Lucyna Ramlo
Protokolant:	stażysta Sylwia Gruba

po rozpoznaniu w dniu 27 maja 2015 r. w Gdańsku

sprawy G. R.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

o ubezpieczenie chorobowe

na skutek apelacji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B.

od wyroku Sądu Okręgowego w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych z dnia 12 czerwca 2014 r., sygn. akt VI U 271/13

I. oddala apelację;

II. zasądza od pozwanego Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. na rzecz wnioskodawczynie G. R. kwotę 120,00 (sto dwadzieścia 00/100) złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego za II instancję.

III AUa 1673/14

UZASADNIENIE

Wnioskodawczynie G. R. odwołała się od decyzji Zakładu Ubezpieczeń społecznych oddział w B. z dnia 30 listopada 2012 roku, którą to decyzją organ rentowy stwierdził, iż ubezpieczona podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu jako osoba prowadząca działalność gospodarczą w okresie od 1.01.2009 roku do 27.04.2012 roku oraz od 1 08. 2012 roku.

Z treści decyzji wynikało, iż ubezpieczona nie podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu od 28.04.2012 roku do 31.07.2012 roku.

Organ rentowy wskazał, iż składki za miesiąc kwiecień i czerwiec 2012 roku nie zostały opłacone,, a składka za maj 2012 roku opłacona po terminie i w zaniżonej wysokości, podobnie składka za miesiąc lipiec 2012 roku.

Ubezpieczona w odwołaniu podała, iż była nieprzerwanie niezdolna do pracy z powodu choroby w okresie od 10.02.2012 roku do 2.07.2012 roku i za okres do 27 kwietnia otrzymała zasiłek chorobowy.

Zwolnienie lekarskie za okres od 28.04.2012 roku do 10.05. 2012 roku zostało wystawione 2 dni po wizycie lekarskiej niezależnie od ubezpieczonej. Ponadto lekarz leczący popełnił jeszcze jeden błąd w dokumentacji medycznej przerywając ciągłość zwolnienia na jeden dzień- 25 maja 2012 roku.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 12 czerwca 2014 roku sygnatura akt VI U 271/13 zmienił zaskarżoną decyzję organu rentowego w ten sposób, że stwierdził, iż G. R. podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu chorobowemu jako osoba prowadząca działalność gospodarczą w okresie od dnia 28 kwietnia 2012 roku do dnia 31 lipca 2012 roku, a ponadto zasądził od organu rentowego na rzecz wnioskodawczyni kwotę 360 złotych tytułem zwrotu kosztów zastępstwa procesowego.

Sąd Okręgowy ustalił, iż prowadząca działalność gospodarczą G. R. podlegała z tego tytułu dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu i opłacała składki na to ubezpieczenie.

W związku z czasową niezdolnością do pracy w 2012 roku korzystała ze zwolnień lekarskich, przy czym jedno z nich zostało wystawione w dniu 2.05.2012 roku przez lekarza Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w K. za okres od dnia 28.04.2012 roku do dnia 24.05.2012 roku.

W dniu 17 sierpnia 2012 roku ubezpieczona skierowała do organu rentowego pismo, w którym wyjaśniła okoliczności wadliwego wystawienia zaświadczenia lekarskiego i wносиła o przywrócenie terminu do opłacenia składek i wypłaty zasiłku za ten okres.

W dniu 24.10.2012 roku Członek Zarządu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w (...) w dniu 24.10.2012 roku nie wyraził zgody na wypłatę zasiłku chorobowego ubezpieczonej z uwagi na wadliwie wystawione zaświadczenie lekarskie w dniu 2 maja 2012 roku. Organ rentowy wydał decyzję o odmowie prawa do zasiłku chorobowego. Ubezpieczona ponowny wniosek o wyrażenie zgody na opłacenie składek po terminie złożyła w dniu 28 września 2012 roku.

Wobec braku zgody na przywrócenie terminu do zapłacenia składki po terminie ubezpieczona została zaskarżoną decyzją wyłączoną z ubezpieczenia chorobowego na podstawie art. 14.ust 2 pkt 2 ustawy z dnia 13.10.1998 roku o systemie ubezpieczeń społecznych / Dz, U z 2009r. Nr 205, poz. 1585 tekst jednolity ze zm./.

Sąd Okręgowy wskazał, iż ubezpieczona nie opłaciła składek w prawidłowej wysokości, bowiem złożony zwolnienie lekarskie oczekiwała na wypłacenie zasiłku chorobowego.

Zasiłek nie został wypłacony z uwagi na błędy formalne, które zawierało zaświadczenie lekarskie.

Sąd Okręgowy oceniając zasadność dokonanej przez organ rentowy odmowy wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie uznał, iż odmowa ta nie była słuszna.

Sąd Okręgowy wskazał, iż w rozpoznawanej sprawie zachodziła uzasadniona sytuacja do przywrócenia terminu do opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne w rozumieniu art. 14. ust.2.pkt 2 powołanej ustawy systemowej.

W apelacji od tego wyroku organ rentowy wskazał, iż zaskarża wyrok w całości zarzucając;

-naruszenie prawa materialnego, w szczególności art. 11 ust 2, art. 14 ust. 1,2 i 2a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, przez niewłaściwe zastosowanie, co skutkowało błędnym uznaniem, że ubezpieczona posiadała prawo do zasiłku chorobowego, tym samym podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu,

-naruszenie prawa procesowego - art. 233 § 1 kpc polegającym na braku wszechstronnego rozważenia materiału dowodowego, poprzez pominięcie faktu odwołania się powódki od decyzji w sprawie o zasiłek chorobowy do Sądu Rejonowego w Bydgoszczy, co skutkowało dokonaniem ustaleń faktycznych sprzecznych z treścią zebranego w sprawie materiału dowodowego.

Powołując się na powyższą podstawę apelacji organ rentowy wnosił o zmianę zaskarżonego wyroku i oddalenie odwołania, ewentualnie o jego uchylenie i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania Sądowi Okręgowemu w Bydgoszczy.

W odpowiedzi na apelację ubezpieczona wnosila o jej oddalenie i zasądzenie od organu rentowego na rzecz ubezpieczonej kosztów zastępstwa procesowego w wysokości sześciokrotnej stawki minimalnej.

W uzasadnieniu swojego stanowiska skarżąca wskazała, iż Sąd Okręgowy w Bydgoszczy VI Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych postanowieniem z dnia 7 lutego 2014 roku zawiesił postępowanie w sprawie o zasiłek chorobowy, na dowód złożyła odpis postanowienia z dnia 7 lutego 2014 roku wydanego w sprawie VI Ua 69/13.

Sad Apelacyjny zważył, co następuje.

Apelacja organu rentowego nie zasługuje na uwzględnienie.

Odnosząc się do zarzutów apelacji przyznać trzeba, iż Sąd Okręgowy w swoich ustaleniach pominął niektóre okoliczności, w tym fakt odwołania się ubezpieczonej od decyzji odmawiających prawa do zasiłku chorobowego, co jednak nie czyni zarzutu naruszenia przepisu art. 233 § 1 trafny.

Przepis art. 233 § 1 k.p.c. reguluje jedynie kwestię oceny wiarygodności i mocy (wartości) dowodowej przeprowadzonych w sprawie dowodów, a nie poczynionych ustaleń faktycznych, czy wyprowadzonych z materiału dowodowego wniosków. Uchybienia w tym zakresie winny się skonkretyzować w zarzucie sprzeczności ustaleń faktycznych z materiałem dowodowym. Zaniechanie zaś wszechstronnego rozważenia zebranego w sprawie materiału, czy też pominięcie przez sąd przy wyrokowaniu określonej okoliczności faktycznej, nawet jeżeli strona uważa ją za okoliczność istotną dla rozstrzygnięcia sprawy - nie stanowi o naruszeniu powyższego przepisu (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 listopada 2003 r., II CK 293/02).

W pierwszej kolejności dla jasności późniejszych rozważań należy uporządkować stan faktyczny sprawy wskazując, iż stosownie do treści art. 382 kpc Sąd II instancji może na podstawie zawartego w aktach sprawy materiału procesowego (protokoły zeznań, dokumenty) uzupełnić ustalenia faktyczne sądu pierwszej instancji.

Przede wszystkim wskazać należy, iż ubezpieczona jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia społecznego od 1 stycznia 2009 roku.

W roku 2012 ubezpieczona była chora od 10 lutego 2012 roku do 2 lipca 2012 roku. Za okres do 27 kwietnia 2012 roku otrzymała prawo do zasiłku chorobowego /okoliczność bezsporna/.

W dniu 30 kwietnia 2012 roku ubezpieczona zgłosiła się do lekarza leczącego Pani T. T. gdzie uzyskała kolejne zwolnienie lekarskie na okres od 28 kwietnia 2012 roku do 10 maja 2012 roku.

Zwolnienie lekarskie zostało wystawione z datą 2 maja 2012 roku, co stanowiło podstawę odmowy wypłaty zasiłku chorobowego i wyłączenia z ubezpieczenia chorobowego z dniem 28 kwietnia 2012 roku/ dowód pismo karta 52 akt / sądowych/ w związku z tym, że składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za miesiąc kwiecień 2012 roku nie została zapłacona.

Natomiast składka za maj 2012 roku została zapłacona po terminie i w zaniżonej wysokości, składka za miesiąc lipiec została zapłacona w zaniżonej wysokości .

Organ rentowy nie wyraził zgody na zapłacenie składki po terminie /Decyzja karta 26 akt rentowych/.

W stanie faktycznym sprawy nie ulega wątpliwości, iż sposób płacenia składek na ubezpieczenie chorobowe przez ubezpieczoną zdeterminowany był nieprzerwanym trwaniem choroby i faktem, iż w przekonaniu ubezpieczonej miała prawo do zasiłku chorobowego.

Poza tym wystąpił jeden dzień w zwolnieniu lekarskim również wynikający z wadliwego sposobu wystawienia zwolnienia przez lekarza leczącego-dotyczy to 25 maja 2012 roku, co spowodowało opłacenie składki po terminie.

Dane te znajdują potwierdzenie w treści zaświadczenia znajdującego się na karcie 3 akt rentowych.

Dla jasności rozważań istotne też jest wskazanie, że 28 kwietnia 2012 roku przypadł w sobotę, kolejny dzień-niedziela ustawowo wolny od pracy, 30 kwietnia 2012 roku- poniedziałek ubezpieczona była u lekarza, który stwierdził dalszą niezdolność do pracy, 1 maja 2012 r. wtorek i 2 maja 2012 r. środa.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych wyrokiem z dnia 22 marca 2013 roku oddalił odwołania ubezpieczonej od decyzji z dnia 30 listopada 2012 roku, i 2 decyzji 4 grudnia 2012 roku dotyczących odmowy prawa do zasiłku chorobowego za okres od 11 maja 2012 roku do 24 maja 2012 roku i od 26 maja 2012 roku do 2 lipca 2012 roku uznając, iż wnioskodawczyni nie podlega ubezpieczeniu chorobowemu. /dowód odpis wyroku koperta 18 akt/.

Sąd Okręgowy w Bydgoszczy postanowieniem z dnia 21 stycznia 2015 roku zawiesił postępowanie /dowód ; odpis postanowienia karta 98 akt sądowych/.

Wyrok Sądu Rejonowego w Bydgoszczy z dnia 22 marca 2013 roku sygn. akt VII U 77/13 nie jest wyrokiem prawomocnym.

W pozostałym zakresie ustalenia dokonane przez Sąd Okręgowy są prawidłowe i Sąd Apelacyjny przyjmuje je za własne.

Nietrafny jest podniesiony w apelacji zarzut naruszenia wskazanych przepisów prawa materialnego.

Sąd Okręgowy w sposób prawidłowy wskazał w uzasadnieniu wyroku przepisy ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych regulujące kwestię podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu społecznemu i przepisy regulujące skutki nieopłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w terminie.

Nie można jednak nie zauważyć, iż niektóre istotne dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy przepisy prawa materialnego Sąd Okręgowy zupełnie pominął.

Sąd Apelacyjny wskazuje zatem, iż

zasady wystawiania zaświadczeń lekarskich określa Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Dz.U.2013.229 j.t.

W myśl § 3. 1. Zaświadczenie lekarskie wystawia się na okres od dnia, w którym przeprowadzono badanie, lub od dnia bezpośrednio następującego po dniu badania.

1a. Zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres rozpoczynający się po dniu badania, nie później jednak niż czwartego dnia po dniu badania, jeżeli:

1) bezpośrednio po dniu badania przypadają dni wolne od pracy,

2) badanie jest przeprowadzane w okresie wcześniej orzeczonej niezdolności do pracy.

2. Zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony w tym okresie niewątpliwie był niezdolny do pracy.

Z powyższego wynika, że gdyby lekarz leczący prawidłowo wystawił zaświadczenie o niezdolności do pracy w dniu badania czyli 30 kwietnia 2012 roku to termin określony w § 3 ust. 2 powołanego wyżej przepisu byłby zachowany. Prawo ubezpieczonej do zasiłku chorobowego nie budziłoby wątpliwości i w konsekwencji byłaby ciągłość ubezpieczenia chorobowego.

W niniejszej sprawie Sąd Apelacyjny nie może przesądzić o prawie do zasiłku chorobowego, a jedynie o podleganiu ubezpieczeniu społecznemu, co wiąże się z obowiązkiem opłacenia składek na ubezpieczenie społeczne. Nie było też możliwe połączenie do wspólnego rozpoznania spraw ubezpieczonej o prawo do zasiłku chorobowego ze sprawą o podleganie ubezpieczeniu chorobowemu z uwagi na właściwość rzeczową odmienną dla spraw dotyczących prawa do zasiłku chorobowego i spraw o podleganie ubezpieczeniom społecznym.

Istotą sporu było ustalenie czy wnioskodawczyni z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, w okresie wskazanym kwestionowaną decyzją, podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu.

Kwestia dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego uregulowana jest w ustawie z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585 z późn. zm.). Stosownie do treści art. 14 ust. 1 i ust. 2 punkt 2 powołanej ustawy, osoby prowadzące działalność gospodarczą podlegają dobrowolnie na swój wniosek ubezpieczeniu chorobowemu, objęcie którym następuje od dnia wskazanego we wniosku, ustaje natomiast między innymi od dnia wskazanego we wniosku o wyłączenie z tych ubezpieczeń, nie wcześniej niż od dnia, w którym wniosek taki został złożony, jak również od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie.

Przepis art. 47 ust. 1 wskazuje terminy uiszczania składek, w tym także składek na dobrowolne ubezpieczenia chorobowe, określając termin dla osób fizycznych opłacających składki wyłącznie dla siebie nie później niż do 10 dnia następnego miesiąca, dla jednostek budżetowych do 5 dnia następnego miesiąca, zaś dla pozostałych płatników - do 15 dnia następnego miesiąca.

Dla rozstrzygnięcia niniejszej sprawy zasadnicze znaczenie ma przypomnienie, że zgodnie z art. 18 ust. 10 ustawy systemowej zmniejszenie podstawy wymiaru składek jest możliwe jedynie w przypadku spełnienia przez ubezpieczonego warunków do przyznania zasiłku chorobowego.

Z okoliczności sprawy, poza już wyżej wskazanymi faktami wynika, że organ rentowy wskazanymi decyzjami z 30 listopada 2012 r. i 4 grudnia 2012 roku odmówił wnioskodawczyni prawa do zasiłku chorobowego.

Wnioskodawczyni składając zaświadczenie lekarskie mogła być przekonana o możliwości dokonania proporcjonalnego zmniejszenia podstawy wymiaru składki, o której stanowi powołany wyżej art. 18 ust. 10 ustawy systemowej. Złożenie zaświadczenia lekarskiego nie jest jednak równoznaczne z uprawnieniem do zasiłku chorobowego. Z treści powołanego przepisu wyraźnie bowiem wynika, że możliwość jego zastosowania uzależniona jest od spełnienia przesłanek do przyznania zasiłku chorobowego. Rozważyć zatem należy, czy przekonanie ubezpieczonej o spełnieniu przesłanek do przyznania prawa do wypłaty zasiłku chorobowego miało podstawy prawne.

Zdaniem Sądu Apelacyjnego, w świetle dokonanych ustaleń faktycznych stanowisko ubezpieczonej w tej kwestii było zasadne.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25.06.1999r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t.j. Dz. U. z 2014r, poz. 159) zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego.

Po myśli art. 53 ust. 1 cyt. ustawy z 25.06.1999r., przy ustalaniu prawa do zasiłków i ich wysokości dowodami stwierdzającymi czasową niezdolność do pracy z powodu choroby... są zaświadczenia lekarskie, wystawione na odpowiednim druku (art. 55 ust. 1), przez upoważnionego przez ZUS lekarza (art. 54 ust. 1).

W myśl § 3 ust. 2 Rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 27.07.1999r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (t.j. Dz. U z 2013r., poz. 229), zaświadczenie lekarskie może być wystawione na okres nie dłuższy niż 3 dni poprzedzające dzień, w którym przeprowadzono badanie, jeżeli jego wyniki wykazują, że ubezpieczony w tym okresie niewątpliwie był niezdolny do pracy.

Bezspornym w sprawie był, że: zaświadczenie lekarskie z wystawione zostało z naruszeniem przepisu § 3 ust. 2 cyt. rozporządzenia.

Ubezpieczona nie miała żadnego wpływu na prawidłowość wystawionego przez lekarza zaświadczenia lekarskiego, w szczególności, kiedy wizyta lekarska miała miejsce w dniu 30 kwietnia 2012 roku, a nie w dniu 2 maja 2012 roku.

Sąd Apelacyjny akcentuje, iż ubezpieczeni nie mają obowiązku znać zasady wystawiania zwolnień lekarskich zatem – nie mogą ponosić konsekwencji nieprawidłowych działań osoby za to odpowiedzialnej – tj. lekarza.

Wadliwe pod względem formalnym zwolnienie lekarskie nie może stanowić podstawy odmowy przyznania powodowi zasiłku chorobowego. Podstawy te sprecyzowane zostały w art. 12, 13, 14, 15, 16 i 17 cyt. ustawy z 25.06.1999r.

O ile organ rentowy chce by osoba odpowiedzialna za prawidłowe wystawienie spornego zaświadczenia lekarskiego poniosła jakiegokolwiek konsekwencje, to winien zastosować art. 60 cyt. ustawy z 25.06.1999r.

Z zeznań świadka T. T. wynikało, że nie świadek nie przypisuje sobie żadnych uchybień w tym zakresie, tylko ogólnie stwierdza, że istniały jakieś błędy formalne.

Stanowisko świadka w tym zakresie nie wniosło nic istotnego do sprawy.

W sposób nieprawidłowy zostało również wystawione kolejne zwolnienie lekarskie za okres po 24 maja 2012 roku. W tym zakresie zasadność przywrócenia terminu do zapłacenia składki na ubezpieczenie społeczne przy uwzględnieniu składki za dzień 25 maja 2015 roku nie powinna budzić jakichkolwiek wątpliwości w świetle art. 14 ust.2 pkt ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Ubezpieczona swoje obowiązki wobec organu rentowego wypełniała prawidłowo i nie może ponosić konsekwencji nieprawidłowości spowodowanych przez lekarza leczącego i wystawiającego zaświadczenie o niezdolności do pracy. Ubezpieczona taki wniosek złożyła w sierpniu 2012 roku i brakującą część składki uiściła.

Stanowisko Sądu Okręgowego w tym zakresie jest prawidłowe i zasługuje na akceptację Sądu Apelacyjnego.

W judykaturze utrwalone jest stanowisko, iż osoba składająca wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym i oczekująca świadczeń od organu rentowego, zobowiązana jest do opłacania składki na to ubezpieczenie w terminie i we właściwej wysokości. Dla zachowania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego konieczne jest zapłacenie składki należnej na to ubezpieczenie. Określenie "składki należnej" nie jest więc przypadkowe, gdyż odnoszący się do składki przymiotnik oznacza pełną składkę, a więc dla zachowania przedmiotowego ubezpieczenia nie wystarczy uiszczenie części składki. Opłacenie składki w niepełnej wysokości jest zatem podstawą dla uznania, że zaistniały przesłanki do ustania podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu z mocy prawa, od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono składki w pełnej wysokości (por. wyrok Sądu Najwyższego z 18 kwietnia 2012 r. sygn. akt II UK 188/11). Jedynie złożenie wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składek

umożliwia ewentualne kontynuowanie ubezpieczenia. Opłacenie składki po ustaniu z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia nie powoduje dalszego trwania ochrony ubezpieczeniowej z wygasłego stosunku ubezpieczenia. Ubezpieczenie to wygasa nawet w sytuacji, gdy osoba zobowiązana nie ponosi winy za nieopłacenie składki.

Wyrażenie przez organ rentowy zgody na opłacenie składki po terminie sprawia natomiast, że pomimo, iż składka nie została uiszczona w terminie, dobrowolne ubezpieczenie nie ustaje.

Przepisy ustawy systemowej dające możliwość korekty deklaracji rozliczeniowej i określające terminy dokonania tych korekt, z uwagi na specyfikę dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego mają, zdaniem tut. Sądu, zastosowanie w sytuacji uwzględnienia przez organ rentowy wniosku o zapłatę składki na to ubezpieczenie po terminie.

Mając powyższe na uwadze Sąd Apelacyjny na podstawie art.385 kpc apelację oddalił.

Orzeczenie o kosztach zastępstwa procesowego znajduje oparcie w art. 98 kpc w zw. z § 13 ust. 1 pkt 2 Rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z 28.09.2002r. w sprawie opłat za czynności adwokatów oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej z urzędu (t.j. Dz. U z 2013r. poz. 461).

Sąd Apelacyjny uznał, iż zasądzenie kosztów zastępstwa procesowego za II instancję w kwocie 120 złotych odpowiada nakładowi pracy pełnomocnika ubezpieczonej.