



Sygn. akt II UK 188/11

WYROK
W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 18 kwietnia 2012 r.

Sąd Najwyższy w składzie :

SSN Jolanta Strusińska-Żukowska (przewodniczący)

SSN Halina Kuryło

SSN Zbigniew Korzeniowski (sprawozdawca)

w sprawie z wniosku M. S. i M. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych o podleganie ubezpieczeniu społecznemu,

po rozpoznaniu na posiedzeniu niejawnym w Izbie Pracy, Ubezpieczeń

Społecznych i Spraw Publicznych w dniu 18 kwietnia 2012 r.,

skargi kasacyjnej wnioskodawców od wyroku Sądu Apelacyjnego z dnia 29 czerwca 2010 r., [...],

I. oddała skargę kasacyjną,

II. radcy prawnemu K. S. przyznaje od Skarbu Państwa - Sądu Apelacyjnego kwotę 120 (sto dwadzieścia) zł tytułem wynagrodzenia za nieopłaconą pomoc prawną udzieloną skarżącym z urzędu w postępowaniu kasacyjnym, którą należy podwyższyć o stawkę od towarów i usług.

UZASADNIENIE

Sąd Apelacyjny wyrokiem z 29 czerwca 2010 r. oddalił apelacje skarżących M. S. i M. S. od wyroku Sądu Okręgowego z 1 grudnia 2009 r., którym oddalono odwołanie M. S. od decyzji pozwanego z 14 czerwca 2005 r. i oddalono niemal w całości odwołanie M. S. od decyzji pozwanego z 27 września 2005 r., jako że Sąd Okręgowy zmienił ją tylko co do daty końcowej podlegania przez nią obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym (do 30 kwietnia 2005 r. w miejsce „do nadal”). Decyzja pozwanego z 14 czerwca 2005 r. stwierdzała, że skarżący, jako współpracujący z żoną M. S. przy prowadzonej przez nią pozarolniczej działalności gospodarczej, podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 13 września 1999 r. do 3 marca 2003 r. i od 9 maja 2003 r. do 31 maja 2003 r., a nie podlegał temu ubezpieczeniu od 4 marca do 8 maja 2003 r. i od 1 czerwca 2003 r. do nadal. Skarżący w odwołaniu żądał zmiany decyzji przez ustalenie, że dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu podlegał od 4 marca do 8 maja 2003 r. i od 1 czerwca 2003 r. do nadal. Z kolei decyzja pozwanego z 27 września 2005 r. stwierdzała, że skarżąca podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym z tytułu pozarolniczej działalności gospodarczej od 1 stycznia do 30 czerwca 1999 r. i od 1 września 1999 r. do nadal, natomiast dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu podlegała od 13 września 1999 r. do 15 grudnia 2002 r. i od 9 maja 2003 r. do 31 maja 2003 r., a nie podlegała temu ubezpieczeniu od 1 stycznia do 12 września 1999 r., od 16 grudnia 2002 r. do 8 maja 2003 r. i od 1 czerwca 2003 r. do nadal. Skarżąca w odwołaniu żądała ustalenia, że nie podlegała obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym w styczniu 1999 r. oraz w lipcu i w sierpniu 1999 r., natomiast odnośnie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego żądała ustalenia, że podlegała temu ubezpieczeniu od 16 grudnia 2002 r. do 8 maja 2003 r. oraz od 1 czerwca 2003 r. do 30 kwietnia 2005 r.

Sąd Okręgowy ustalił, że skarżąca od 5 września 1990 r. do 1 maja 2005 r. prowadziła działalność gospodarczą a skarżący współpracował przy prowadzeniu tej działalności. W lipcu i w sierpniu 1999 r. zawiesiła działalność. Wyrejestrowania z ubezpieczeń dokonała od 1 lipca 1999 r. Ponownie ubezpieczeniom społecznym obowiązkowym podlegała od 1 września 1999 r. Zgłoszenie skarżącego do

ubezpieczeń zostało złożone 13 września 1999 r. Od 1 maja 2005 r. nastąpiło wyrejestrowanie z ubezpieczeń społecznych. Skarżący korzystali z licznych zwolnień lekarskich. Skarżąca zasiłek chorobowy otrzymywała od 23 października 2000 r. do 15 grudnia 2002 r. Przed upływem zasiłku chorobowego 26 listopada 2002 r. wystąpiła o jego przedłużenie ponad 6 miesięcy (po 15 grudnia 2002 r.). Pozwany decyzją z 13 lutego 2003 r. odmówił jej dalszego zasiłku chorobowego i Sąd oddalił jej odwołanie. Po wydaniu tej decyzji skarżąca opłacała składki w zaniżonej wysokości z uwzględnieniem roszczenia o zasiłek chorobowy, w związku z czym powstało uchybienie w płatności składek w miesiącach od grudnia 2002 r. do marca 2003 r., od czerwca 2003 r. do marca 2004 r. i od czerwca 2004 r. do stycznia 2005 r. Pozwany odmówił skarżącemu prawa do zasiłku chorobowego za okres ponad 270 dni, tj. od 4 marca 2003 r. Skarżąca opłaca składki w zaniżonej wysokości na ubezpieczenie chorobowe męża (skarżącego) z uwzględnieniem jego roszczenia o zasiłek chorobowy, pomimo iż 3 marca 2003 r. wyczerpał maksymalny okres pobierania zasiłku chorobowego. Powstały niedopłaty składek.

W apelacji skarżący rozszerzyli żądania odwołań, skarżąca żądała orzeczenia, iż podlegała dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 lutego 1999 r. do nadal, a skarżący iż podlegał temu ubezpieczeniu od 13 września 1999 r. do nadal.

Sąd Apelacyjny zwrócił w pierwszej kolejności uwagę na niedopuszczalność rozszerzania żądań (odwołań) w postępowaniu apelacyjnym (art. 383 k.p.c.). Niedopuszczalne było zatem żądanie skarżącej ustalenia podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od 1 lutego 1999 r. Spór odnośnie do tego ubezpieczenia dotyczył okresów od 16 grudnia 2002 r. do 8 maja 2003 r. oraz od 1 czerwca 2003 r. do 30 kwietnia 2005 r. co do skarżącej i od 4 marca 2003 r. do 8 maja 2003 r. oraz od 1 czerwca 2003 r. do nadal co do skarżącego. Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe zależało od opłacania należnej składki (art. 14 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych), co nie spełniło się, gdyż wobec bezspornego w sprawie braku opłacenia należnej składki skarżąca od 16 grudnia 2002 r. nie podlegała temu ubezpieczeniu aż do 8 maja 2003 r. Dopiero 9 maja 2003 r. zgłosiła się do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego i opłaciła składkę w należnej wysokości. Od czerwca 2003 r.

ponownie zaprzestała uiszczać składkę na to ubezpieczenie, a zatem ustało od 1 czerwca 2003 r. Również co do skarżącego nie była opłacana należna składka na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, co było bezsporne, zatem od 4 marca 2003 r. nie podlegał temu ubezpieczeniu do 8 maja 2003 r. Został zgłoszony do ubezpieczenia od 9 maja 2003 r. z należną składką, jednak od czerwca 2003 r. składka nie była uiszczana. Ustalenia faktyczne zostały dokonane na podstawie wystarczającego materiału dowodowego, w szczególności w zakresie uiszczania składek zostały dokonane na podstawie rozliczeń sporządzonych przez stronę pozwaną w toku postępowania. Sąd Okręgowy dysponował wystarczającą dokumentacją, niezaprzeczoną przez odwołujących. Nie zachodziła konieczność dowodu z zeznań świadków. Rozstrzygnięcie nie wymagało prowadzenia dowodu z opinii biegłego, jako że zgromadzony materiał w sposób czytelny wskazywał na okoliczności istotne w sprawie. Korzystanie z usług biura rachunkowego nie zwalniało pozwanych od odpowiedzialności za prawidłowe wykonanie obowiązków w zakresie podlegania ubezpieczeniom społecznym.

Skarga kasacyjna zarzuciła naruszenie prawa materialnego i procesowego. W zakresie pierwszego nieprawidłową wykładnię art. 14 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i przyjęcie, że opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe w zaniżonej wysokości wywołało skutek wskazany w art. 14 ust. 2 pkt 2 tej ustawy, a tym samym uznanie, że odwołujący nie podlegali dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w spornych okresach, które to naruszenie miało wpływ na treść zaskarżonego wyroku, gdyż przy prawidłowej interpretacji wskazanego przepisu Sąd Apelacyjny powinien apelację uwzględnić i zmienić zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego uwzględniając odwołania. W zakresie prawa procesowego zarzuty odniesiono do: 1) art. 232 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. poprzez ich niezastosowanie i niedopuszczenie przez Sąd Apelacyjny z urzędu dowodu z rozliczenia konta ubezpieczonych (odwołujących się) za 2003 r. oraz zaniechanie zobowiązania organu rentowego do przedłożenia tego rozliczenia, które to naruszenie miało wpływ na wynik postępowania, gdyż na podstawie przedstawionego rozliczenia Sąd Apelacyjny ustaliłby, iż odwołujący M. S. podlegał dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od 4 marca 2003 r. do 8 maja 2003 r. oraz od 1 czerwca 2003 r. do 30 kwietnia 2005 r.; 2) art. 217 § 2 k.p.c.

w związku z art. 227 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. poprzez ich niewłaściwe zastosowanie i uznanie za zasadne niedopuszczenie przez Sąd pierwszej instancji dowodu z zeznań świadka J. M., które to naruszenie spowodowało ustalenie przez Sądy pierwszej i drugiej instancji błędnego stanu faktycznego, a tym samym skutkowało nieuwzględnieniem odwołania i oddaleniem apelacji; 3) art. 227 § 1 k.p.c. w związku z art. 278 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 § 1 k.p.c. poprzez uznanie za zasadne oddalenie przez Sąd Okręgowy wniosku odwołujących o przeprowadzenie dowodu z opinii biegłego sądowego z zakresu księgowości, które to uchybienie miało wpływ na treść zaskarżonego wyroku, gdyż przy prawidłowym zastosowaniu tych przepisów i przeprowadzeniu dowodu z opinii biegłego Sąd Apelacyjny dokonałby innych ustaleń dotyczących stanu faktycznego, na których podstawie uwzględniłby apelacje i zmieniłby zaskarżony wyrok Sądu Okręgowego uwzględniając wniesione odwołania.

We wniosku o przyjęcie skargi kasacyjnej do rozpoznania wskazano, że jest oczywiście uzasadniona wobec rażącego naruszenia przepisów prawa materialnego i przepisów postępowania. Ponadto w sprawie występuje istotne zagadnienie prawne polegające na potrzebie dokonania interpretacji pojęcia „należnej składki” w rozumieniu art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, albowiem istnieją poważne wątpliwości czy pod tym pojęciem należy rozumieć wyłącznie składkę uiszczoną w terminie i w pełnej wysokości, czy także składkę uiszczoną w terminie, ale w zaniżonej wysokości.

Skarżący wnieśli o uchylenie wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

W ocenie zarzutów skargi decyduje w pierwszej kolejności właściwe rozumienie prawa materialnego, gdyż od niego zależy wynik sprawy i ono stanowi też odniesienie dla pytania, czy naruszenie przepisów postępowania mogło mieć istotny wpływ na wynik sprawy (art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c.).

Skarga nie kwestionuje rozstrzygnięcia w zakresie okresów podlegania obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym, lecz koncentruje się na okresach podlegania dobrowolnym ubezpieczeniom chorobowym.

Dobrowolne ubezpieczenie chorobowe zależy od wniosku i od uiszczenia należnej składki. Te warunki są swoiste i różniące to ubezpieczenie od ubezpieczeń społecznych obowiązkowych, które powstają z mocy ustawy w związku z określoną pracą (działalnością).

Kluczowe znaczenie ma odpowiedź na pytanie czy przepis art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej warunkował powstanie dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego od opłacenia pełnej składki, albo czy wystarczyło uiścić część składki, aby korzystać z tego ubezpieczenia. W ocenie składu decyduje tu zgodnie z treścią przepisu składka „należna”, co oznacza, że dla zachowania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie wystarczyła część składki. Problem ujawnił się już na początku obowiązywania ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, gdyż niewielka nawet część składki legitymowała do pozostawania w tym ubezpieczeniu, gdy w istocie chodziło o realne opłacanie składek w pełnej wysokości i w terminie, skoro od tego miało zależeć dobrowolne wszak ubezpieczenie chorobowe określonej tylko grupy ubezpieczonych. Przy istniejących wątpliwościach 30 grudnia 1999 r. nastąpiła zmiana ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych i przyjęto regulację, zgodnie z którą dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustaje od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego, za który nie opłacono w terminie składki należnej na to ubezpieczenie (art. 14 ust. 2 pkt 2). Określenie „składki należnej” nie jest więc przypadkowe, gdyż odnoszący się do składki przymiotnik oznacza, że chodzi o należną składkę, czyli pełną składkę a więc nie wystarcza jej część. Należna składka to ta, która powinna być zapłacona, tak jak wartość należna czy należna opłata od pisma (art. 126² § 1 k.p.c.). Jeżeli składka nie była należna, a więc mniejsza niż należna, to dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustawało z mocy ustawy. Organ rentowy nie wydawał wówczas decyzji o ustaniu tego ubezpieczenia. Po wtóre z tego samego przepisu wynika, że prócz należnej składki, znaczenie miał też wniosek o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym. Jeżeli więc doszło do ustania z mocy ustawy dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wobec nieopłacenia w terminie składki należnej na to ubezpieczenie,

to kolejny okres ubezpieczenia zależał od kolejnego wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem, przy czym ubezpieczenie nie mogło powstać wcześniej niż od dnia, w którym wniosek został zgłoszony.

Tak rozumiane prawo materialne (art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych) wskazuje, że w sprawie o podleganie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu znaczenie ma wniosek o objęcie tym ubezpieczeniem i opłacenie w terminie należnej składki na to ubezpieczenie. Nie jest więc uprawnione stanowisko skarżących, że „opłacenie przez nich składek w niepełnej wysokości, nie jest wystarczające do uznania, że zaistniały podstawy do ustania podlegania przez nich dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu, albowiem podstawą taką może być wyłącznie nieopłacenie w ogóle składki, bądź też opłacenie składki w pełnej wysokości, ale po upływie terminu do zapłaty”.

Zarzuty procesowe skargi kwestionują brak dostatecznego wyjaśnienia sprawy i nie są zasadne. Przede wszystkim skarżący wpierw niezasadnie odwołują się do propozycji wykładni, według której dla dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego wystarcza składka w niepełnej wysokości a następnie niezasadnie twierdzą, że „wszystkie składki zostały zapłacone w ustawowym terminie, również za okres, w którym rzekomo nie podlegali ubezpieczeniu”. Z ich argumentacji zdaje się wynikać, że nie powinno być braku należnej składki w spornych okresach, gdyż wcześniej była nadpłata w składkach. W sprawie nie ustalono jednak – wbrew twierdzeniom skargi, iż „za styczeń 2003 roku powstała nadpłata” składek. Niezależnie od braku takiego ustalenia, to stanowisko o nadpłacie musiałoby wskazać podstawę prawną do zaliczania nadpłaty składek z innego okresu na sporne okresy (miesiące), gdyż nie mieści się to w zakresie regulacji przepisu art. 14 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych, a Sąd Najwyższy nie rozpoznaje sprawy tak jak sąd powszechny, lecz tylko skargę kasacyjną w granicach jej zarzutów (art. 398¹³ § 1 k.p.c.), które w zakresie prawa materialnego poprzestają jedynie na niezasadnym zarzucie naruszenia art. 14 tej ustawy. Niemniej w aspekcie ewentualnej nadpłaty składek z poprzedniego okresu ubezpieczenia, to kwestia ta sprowadza się tylko do ustaleń stanu faktycznego, dla którego granicę stanowi dwuinstancyjne postępowanie przed sądem powszechnym (art. 398¹³ § 2 k.p.c.). Również w sprawach z zakresu ubezpieczeń społecznych

proces jest kontradictoryjny. Przedmiot sprawy nie był skomplikowany, wymagał tylko wykazania, że składka należna (pełna) na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe została uiszczona w terminie. Sporne okresy to niepodleganie temu ubezpieczeniu przez skarżącą od 16 grudnia 2002 r. do 8 maja 2003 r. i od 1 czerwca 2003 r. do 30 kwietnia 2005 r., a przez skarżącego od 4 marca do 8 maja 2003 r. i od 1 czerwca 2003 r. do 30 kwietnia 2005 r. Należy więc zauważyć, że temporalnie okresy niepodlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu dotyczą wpieryw czasu po zakończeniu przez skarżących korzystania z zasiłków chorobowych, czyli po 15 grudnia 2002 r. (po 180 dniach zasiłku) przez skarżącą i po 3 marca 2003 r. (po 270 dniach) przez skarżącego i ponownie ubezpieczeniu temu nie podlegali od 1 czerwca 2003 r. do końca działalności 30 kwietnia 2005 r. To zestawienie okresów niepodlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu wynika z potrzeby podkreślenia, że już na początku postępowania pozwany wskazał, że negatywne dla skarżących decyzje w zakresie ubezpieczenia chorobowego wynikały ze stwierdzenia braku opłacenia składek na to ubezpieczenie w należytym wysokości. Wszak wyraźnie podał pozwany w uzasadnieniu decyzji z 27 września 2005 r., że skarżąca utraciła ubezpieczenie chorobowe po 180 dniach zasiłku chorobowego, czyli po 15 grudnia 2002 r., gdyż płaciła składki w zaniżonej wysokości, tzn. z uwzględnieniem roszczenia o zasiłek chorobowy, do którego ona ani skarżący nie nabyli prawa. Na koncie była niedopłata składek i decyzja to wyraźnie artykułowała. Brak było należytym składki w grudniu 2002 r., w styczniu, w lutym, w marcu i potem od czerwca 2003 r. Ten stan faktyczny przedstawiony w decyzji pozwanego został potwierdzony w postępowaniu sądowym. Skoro nie była uiszczona składka należna w tym miesiącach, to dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustawało z mocy prawa, również w odniesieniu do skarżącego, który po 3 marca 2003 r. nie miał już zasiłku chorobowego i nie miał opłaconej należytym składki za marzec 2003 r., zatem również jego dobrowolne ubezpieczenie chorobowe ustało od 4 marca 2003 r. z mocy art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych. Postępowanie sądowe obejmowało wiele rozpraw i wymianę wielu pism procesowych. Pozwany przedstawił kilka zestawień dotyczących składek uiszczonych przez skarżących i ich rozliczenia. Nie różniły się one co do

zasadniczych faktów, czyli braku należytej (pełnej) składki na ubezpieczenie chorobowe w wskazanych miesiącach. Przedmiot sporu nie był więc skomplikowany, gdyż twierdzenia pozwanego skarżący mogli podważyć przedstawiając dowody uiszczenia należnych składek. Skarżący nie przedstawili dokumentów źródłowych dotyczących wpłat należytej składki. Brak takich dowodów nie pozwalał podważyć twierdzeń pozwanego. Zwłaszcza, że domagali się rozliczenia składek za 2003 r., w którym wszak skarżący utracili ubezpieczenie chorobowe już na początku roku, choć skarżąc wcześniej, bo już od 15 grudnia 2002 r., a skarżący od 3 marca 2003 r. i potem nie mieli tego ubezpieczenia od 1 czerwca 2003 r. Jeżeli nawet należałoby ograniczyć rozliczenie składek tylko do 2003 r., to skarżący dowodami źródłowymi mogli łatwo wykazać, że opłacono należne składki na ubezpieczenie chorobowe, skoro utrata tego ubezpieczenia dotyczyła pierwszych miesięcy tego roku (2003). Z tych przyczyn nie jest zasadny zarzut naruszenia art. 232 k.p.c. przez niedopuszczenie z urzędu dowodu z rozliczenia konta ubezpieczonych za 2003 r., gdyż rozliczenie takie nie było niczym szczególnym i skarżący sami mogli go dokonać już w postępowaniu przed sądem pierwszej instancji, pomijając to, że zwrot o dowodzie „z rozliczenia konta ubezpieczonych” ma swój mankament, jako że postępowanie dowodowe oparte jest na określonym reżimie, wymagającym nie tylko oznaczenia faktu podlegającego stwierdzeniu lecz i środka dowodowego (art. 236 k.p.c.). Tu zaś zarzut jest zbyt ogólny co do faktu i środka. Z tych samych przyczyn nie można podzielić zarzutu naruszenia art. 227 § 1 w związku z art. 278 § 1 k.p.c., gdyż w sprawie nie były wymagane wiadomości specjalne dla jej rozstrzygnięcia, czyli do stwierdzenia opłacenia składki w terminie i w należytej wysokości. Opinia biegłego wymaga jest do problemu istniejącego w zakresie wiedzy specjalnej, a nie do ustalenia opłacania składek i ich rozliczenia, zwłaszcza gdy znaczenie dla ustania ubezpieczenia ma nieopłacenie składki w należytej wysokości już tylko za jeden miesiąc. Niezależnie od tego, dowód z opinii księgowego powinien bazować na dokumentach źródłowych o wpłatach składek, których nie przedstawiono. Pozwany sporządził zestawienie składek na podstawie posiadanej dokumentacji, która nie była niedostępna stronom i Sądowi. Nie jest zasadny zarzut naruszenia art. 217 § 2 k.p.c. w związku z art. 227 § 1 k.p.c. w związku z art. 391 §

1 k.p.c. przez „uznanie za zasadne niedopuszczenie przez Sąd I instancji dowodu z zeznań świadka J. M.”, gdyż skarżący korzystając z pośrednictwa biura rachunkowego nie byli zwolnieni z obowiązku prawidłowego opłacania składek dla zachowania czy uzyskania dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. Bez takich dowodów trudno aby świadek podał inne wypłaty składek, w innych wysokościach i w innych terminach. Tak mogło to zostać ocenione w zaskarżonym wyroku i w tym znaczeniu można przyjąć, że pominięcie tego dowodu nie miało istotnego wpływu na wynik sprawy (art. 398³ § 1 pkt 2 k.p.c.). Wszak skarżący nie twierdzą, iż pośredniczące biuro zaprzestało regulowania należnych składek, spór zaś wynika z tego, że według dokumentów pozwanego składki nie były opłacone w należytej wysokości i w tym zakresie decydujące znaczenie Sądy mogły przypisywać dokumentom źródłowym dotyczącym wpłat składek, które powinni posiadać skarżący.

Ustalony stan faktyczny sprawy wiąże w ocenie zarzutów naruszenia prawa materialnego (art. 398¹³ § 2 k.p.c.). W skardze nie było zarzutów odnoszących się do braku ubezpieczenia chorobowego po 31 maja 2003 r. W tym zakresie pozwany stwierdził ustanie tego ubezpieczenia wobec nieopłacenia należytej składki od czerwca 2003 r. Jeżeli składka była w maju 2003 r., to po ustaniu ubezpieczenia w czerwcu 2003 r. następny okres dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego zależał od kolejnego wniosku o objęcie tym ubezpieczeniem oraz od opłacenia składki.

Z tych motywów orzeczono jak w sentencji, stosownie do art. 398¹⁴ k.p.c.

O kosztach nieopłaconej pomocy prawnej orzeczono z uwzględnieniem stawki określonej w przepisach § 11.2, § 12.4 pkt 1 i § 15 pkt 1 rozporządzenia z 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych.

/km/