

Sygn. akt VII U 1168/15

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 3 listopada 2015 r.

Sąd Rejonowy w Bydgoszczy VII Wydział Pracy i Ubezpieczeń Społecznych

w składzie następującym:

Przewodniczący:	SSR Marcin Winczewski
Protokolant:	sekr. sądowy Artur Kluskiewicz

po rozpoznaniu w dniu 3 listopada 2015 r. w Bydgoszczy

sprawy D. S.

przeciwko Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych Oddziałowi w B.

o zasiłek chorobowy

na skutek odwołania D. S.

od decyzji Zakładu Ubezpieczeń Społecznych Oddziału w B.

z dnia 24 lipca 2015 r. nr (...) - (...)

- zmienia zaskarżoną decyzję w ten sposób, że przyznaje ubezpieczonej prawo do zasiłku chorobowego za okres od dnia 10 czerwca 2015 r. do dnia 6 sierpnia 2015 r.;
- zasądza od pozwanego na rzecz ubezpieczonej kwotę 60,00 (sześćdziesiąt) złotych tytułem zwrotu kosztów procesu.

SSR Marcin Winczewski

Sygn. akt VII U 1168/15

UZASADNIENIE

Decyzją nr (...) - (...) z dnia 24 lipca 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 4 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił D. S. prawa do zasiłku chorobowego w okresie od 10 czerwca do 6 sierpnia 2015 r. W uzasadnieniu wskazano, że podlegała ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 czerwca 2015 r.. Przed powstaniem niezdolności do pracy nie miała więc 90-dniowego okresu wyczekiwania.

Odwołanie od powyższej decyzji wniosła D. S., domagając się przyznania prawa do zasiłku chorobowego za okres od 10 czerwca do 6 sierpnia 2015 r. i zasądzenia kosztów zastępstwa procesowego według norm przepisanych. W uzasadnieniu wskazała, że w maju 2015 r. dowiedziała się, że jest w ciąży i będzie musiała samotnie wychowywać dziecko, co jednocześnie uniemożliwi jej prowadzenie działalności gospodarczej. Skutkowało to jej załamaniem

psychicznym, a jej wcześniejsze zaburzenia psychiczne w sposób szczególny uległy wzmocnieniu. Sprawy firmowe i księgowo odeszły więc na dalszy plan. W związku z tym po raz pierwszy od dnia rozpoczęcia działalności gospodarczej, tj. od 1 sierpnia 2010 r. spóźniła się z zapłatą składek na ubezpieczenie, w tym chorobowe. Składka za miesiąc kwiecień, która winna zostać zapłacona do dnia 15 maja 2015 r. została przez nią zapłacona w dniu 19 maja 2015 r. Ubezpieczona podjęła kroki mające doprowadzić do jej ponownego objęcia ubezpieczeniem chorobowym i była przekonana, iż jest nim ponownie objęta od dnia 1 maja 2015 r. – zapłaciła składkę za maj 2015 r. w dniu 2 czerwca 2015 r. i złożyła dodatkowo dokument (...), tj. zgłoszenie do dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego. W tym czasie otrzymała zwolnienie lekarskie, które przedłożyła w organie, jednak odmówiono jej prawa do zasiłku, gdyż pozwany uznał, że podlega ona ponownie dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 czerwca 2015 r. Złożyła więc wniosek o objęcie jej ubezpieczeniem od dnia 1 maja 2015 r., wskazując że opłacenie składki po terminie było incydentem i wyjaśniając przyczyny opóźnienia. Zgodnie z art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, w uzasadnionych przypadkach organ rentowy może ale nie musi wyrazić zgody na wniosek ubezpieczonej. W piśmie odmownym organ nie ujawnił przesłanek, ani nie podał żadnej argumentacji swego stanowiska. W konsekwencji należy uznać, że organ w sposób bezzasadny przyjął, że D. S. podlega ubezpieczeniu chorobowemu dopiero od dnia 1 czerwca 2015 r., gdyż spełnia wszystkie warunki niezbędne do uznania tzw. okresu wyczekiwania jako wypełnionego, a tym samym przysługuje jej zasiłek chorobowy za sporny okres.

W odpowiedzi na odwołanie Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B. wniósł o jego oddalenie, podtrzymując stanowisko wyrażone w zaskarżonej decyzji.

Sąd ustalił, co następuje:

D. S. prowadzi od sierpnia 2010 r. działalność gospodarczą pod nazwą (...) D. S. w R.. Zajmuje się projektowaniem graficznym, głównie w zakresie reklamy i stron internetowych. Zatrudnia jednego pracownika w biurze w G..

Od dnia 16 kwietnia 2010 r. ubezpieczona korzysta z opieki lekarza psychiatry i psychologa oraz psychoterapii w (...) dla Dzieci, (...) i Dorosłych w G., lecząc się na zaburzenia depresyjno-nerwicowe i przyjmując w związku tym z leki. Pod koniec kwietnia 2015 r. dowiedziała się, iż jest w ciąży, a z uwagi na problemy natury osobistej, zmuszona będzie samotnie wychować dziecko. Jednocześnie z uwagi na ciążę zmuszona była niezwłocznie odstawić przyjmowane od dłuższego czasu leki psychiatryczne. Nawarstwienie tych problemów miało zły wpływ na jej stan psychiczny. Z tego względu składkę na ubezpieczenie społeczne, w tym dobrowolne ubezpieczenie chorobowe za kwiecień 2015 r. (płatną do dnia 15 maja 2015 r.) opłaciła z 4-dniowym opóźnieniem, w dniu 19 maja 2015 r. Kolejne składki za maj, czerwiec, lipiec i sierpień 2015 r. opłaciła terminowo i w pełnej wysokości.

W momencie, kiedy dowiedziała się, że ZUS uznaje, iż nie podlega ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 kwietnia 2015 r., za radą swojej księgowej K. S., w dniu 1 czerwca 2015 r. złożyła dokumenty dotyczące wyrejestrowania z ubezpieczenia z dniem 1 kwietnia 2015 r. i zgłoszenia do ubezpieczenia z dniem 1 maja 2015 r., wierząc że czynność ta odniesie skutek. Dnia 29 lipca 2015 r. zwróciła się ponadto do pozwanego z wnioskiem o objęcie ubezpieczeniem chorobowym już od dnia 1 maja 2015 r. W uzasadnieniu wskazała, że od wielu lat płaciła składki w terminie, nigdy nie chorowała i nie pobierała zasiłków, a brak zasiłku pozbawi ją jedynych środków utrzymania. W odpowiedzi ZUS odmówił uwzględnienia wniosku, wskazując że ubezpieczona podlega dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu od dnia 1 czerwca 2015 r., gdyż spóźniła się z opłaceniem składki za kwiecień 2015 r.

D. S. podlegała ubezpieczeniu chorobowemu w okresie od sierpnia 2010 r. i tylko jednokrotnie opłaciła składkę z opóźnieniem – w dniu 17 października 2012 r. opłaciła składkę za wrzesień 2012 r., mimo że termin upływał 2 dni wcześniej.

Niezdolność do pracy ubezpieczonej z powodu ciąży powstała z dniem 10 czerwca 2015 r. i trwała nieprzerwanie do dnia 6 sierpnia 2015 r.

(dowód: zaświadczenie z dnia 14 lipca 2015 r. – k. 11; dokumentacja medyczna – k. 29-53; pismo ZUS z dnia 5 października 2015 r. – k. 25; wniosek z dnia 29 lipca 2015 r. – k. 28; zaświadczenia lekarskie z dnia 9 czerwca 2015 r. i z dnia 7 lipca 2015 r. – k. 5, 9 akt ZUS; przesłuchanie ubezpieczonej – k. 54-55)

Decyzją nr (...) - (...) z dnia 24 lipca 2015 r. Zakład Ubezpieczeń Społecznych Oddział w B., na podstawie art. 4 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa odmówił D. S. prawa do zasiłku chorobowego w okresie od 10 czerwca do 6 sierpnia 2015 r.

(dowód: decyzja z dnia 24 lipca 2015 – k. 11 akt ZUS)

Sąd zważył, co następuje:

Powyższy stan faktyczny Sąd ustalił na podstawie dokumentów znajdujących się w aktach sprawy i aktach ZUS, których prawdziwości i wiarygodności strony nie kwestionowały w toku procesu, a także na podstawie przesłuchania ubezpieczonej, które było jasne, konsekwentne, spójne, rzeczowe i korelowało z całokształtem zebranego w sprawie materiału dowodowego.

Należy zaznaczyć, iż jak słusznie podkreśla się w najnowszym orzecznictwie, sąd ubezpieczeń społecznych nie ma obowiązku prowadzenia postępowania dowodowego z urzędu, a odrębny charakter postępowania nie wyłącza zasady kontrydiktoryjności w tych sprawach, w tym ciężaru dowodzenia swych twierdzeń przez ubezpieczonego i pozwany organ (por. wyroki Sądu Najwyższego z dnia 8 stycznia 2008 r., I UK 193/07, Lex nr 447681; z dnia 8 lipca 2008 r., II UK 344/07, Lex nr 497701; z dnia 11 lutego 2011 r., II UK 269/10, Lex nr 794791 i z dnia 9 sierpnia 2011 r., I UK 52/11, Lex nr 1084706).

Stosownie do art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (j.t.: Dz. U. z 2014 r., poz. 159 ze zm.), zasiłek chorobowy przysługuje ubezpieczonemu, który stał się niezdolny do pracy z powodu choroby w czasie trwania ubezpieczenia chorobowego. Zasiłek chorobowy przysługuje również osobie, która stała się niezdolna do pracy po ustaniu tytułu ubezpieczenia chorobowego, jeżeli niezdolność do pracy trwała bez przerwy co najmniej 30 dni i powstała nie później niż w ciągu 14 dni od ustania tytułu ubezpieczenia chorobowego (art. 7 pkt 1). Art. 8 ustawy stanowi natomiast, że zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy z przyczyn określonych w art. 6 ust. 2 – nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży – nie dłużej niż przez 270 dni.

Zgodnie z art. 14 ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (j.t.: D. U. z 2015 r., poz. 121 ze zm.):

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.

Tak więc w art. 14 ust. 2 pkt 2 ustawy systemowej, organ rentowy został wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, czyli uznania, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało. Trafnie wskazał Sąd Najwyższy w uzasadnieniu uchwały z dnia 8 stycznia 2007 r. (I UZP 6/06, OSNP 2007/13-14/197) „W ustawie nie zostały określone przesłanki "wyrażenia zgody" na opłacenie składki po terminie, nawet tak ogólnikowo jak miało to miejsce w pierwotnym brzmieniu tego przepisu, czyli przez przywołanie zwrotu "w uzasadnionych przypadkach". Nie oznacza to przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów. W doktrynie prawa administracyjnego przyjmuje się, że uznaniowość decyzji nie oznacza dowolności w ich podejmowaniu. Użyte w przepisie art. 14 ust. 2 pkt 2 określenie "może" nie oznacza pełnej dowolności. Nie ma przy tym znaczenia, czy Zakład Ubezpieczeń Społecznych wydaje odrębną decyzję czy też rozstrzyga daną kwestię jako przesłankę wydania decyzji o określonej treści. W tym drugim przypadku, w razie poddania decyzji kontroli sądowej, badanie obejmuje wszystkie okoliczności, także te, które stanowiły przesłanki zaskarżonego rozstrzygnięcia. (...) Rozpoznanie sprawy obejmuje, co do zasady, jej meritum, czyli rozstrzygnięcie wszystkich spornych okoliczności. Meritum sprawy o przyznanie zasiłku chorobowego może obejmować różnorodne okoliczności sporne. W rozważanym przypadku sporne jest podleganie ubezpieczeniu chorobowemu. Dla ustalenia tej okoliczności istotne jest przesądzenie, czy ubezpieczenie nie wygasło z powodu nieopłacenia składki w terminie. Zatem sądowa kontrola decyzji o odmowie przyznania zasiłku nie może pomijać kwestii zachowania terminu ani zasadności odmowy wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie.” Poglądy te należy w pełni podzielić, stwierdzając że przy rozpoznawaniu niniejszej sprawy, z odwołania od decyzji odmawiającej przyznania prawa do zasiłku chorobowego, Sąd zobowiązany był także brać pod uwagę okoliczności dotyczące ewentualnego wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie. Trzeba bowiem podkreślić, że wbrew stanowisku ubezpieczonej niemożliwym było uznanie, iż złożenie przez nią w dniu 1 czerwca 2015 r. wniosku o objęcie jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym od dnia 1 maja 2015 r. było skuteczne. Stosownie do art. 14 ust. 1 ustawy systemowej 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. Tak więc kolejny wniosek ubezpieczonej mógł skutkować objęciem jej dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym dopiero z dniem 1 czerwca 2015 r., a więc z momentem złożenia wniosku, gdyż w sprawie nie znajdzie zastosowania wyjątek określony w art. 14 ust. 1a tej ustawy. Bez znaczenia dla sprawy pozostawać musi także złożony tego samego dnia – 1 czerwca 2015 r. wniosek o wyrejestrowanie z ubezpieczeń z dniem 1 kwietnia 2015 r., a to z uwagi na treść art. 14 ust. 2 pkt 1 ustawy systemowej, który wskazuje, że nie może to nastąpić przed datą złożenia takiego wniosku. Istotne, że wnioski te miały na celu wyłącznie jedno – próbę dostosowania się przez ubezpieczoną do wymagań organu, który stwierdził jednoznacznie, iż nie podlega ona dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu. O ile jednakże nawet uznać by, że wnioski te miały na celu wywołanie określonych w nich skutków, to skoro w tym samym dniu ubezpieczona złożyła wniosek o wyrejestrowanie i ponowne zarejestrowanie, to wywołać mogły one skutek wyłącznie dopiero z tym dniem, a więc nie było i tak żadnej przerwy w ubezpieczeniu.

Pomimo tego, odwołanie ubezpieczonej należało uznać za zasadne. W ocenie Sądu bowiem fakt, iż D. S. opłaciła składkę na ubezpieczenie chorobowe za kwiecień 2015 r. z 4-dniowym opóźnieniem – dnia 19 maja 2015 r. – nie skutkowało w istniejącym stanie faktycznym, ustaniem ubezpieczenia z dniem 1 kwietnia 2015 r. Podkreślenia wymaga, iż ubezpieczona w kwietniu 2015 r. dowiedziała się, że jest w ciąży, a jednocześnie, iż w związku z jej problemami osobistymi, dziecko będzie wychowywała samotnie. Od kilku lat leczy się przy tym psychiatrycznie pobierając leki, które w związku ze stwierdzoną ciążą, musiała niezwłocznie odstawić. Stan jej zdrowia psychicznego w związku z tym kwestiami znacznie się pogorszył, co wpłynęło właśnie na opłacenie składki za kwiecień z 4-dniowym opóźnieniem. Te okoliczności wraz z długoletnim opłacaniem składek we właściwej wysokości i terminowo oraz brakiem korzystania z jakichkolwiek świadczeń ubezpieczeniowych, doprowadziły Sąd do przekonania, iż ubezpieczonej należało przywrócić

termin do opłacenia rzeczowej składki, co z kolei doprowadziło do stwierdzenia, że jej dobrowolne ubezpieczenie chorobowe nie wygasło z dniem 1 kwietnia 2015 r., ale cały czas trwało.

Opłacenie składki po upływie terminu, w którym powinna być opłacona i ustanie w związku z tym dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego nie powoduje ponownego nawiązania stosunku ubezpieczenia (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 17 maja 2012 r., I UK 408/11, Lex nr 1214550), niemniej jednak w razie złożenia wniosku o przywrócenie terminu do opłacenia składki na dobrowolne ubezpieczenie społeczne, pozytywna decyzja organu rentowego powoduje kontynuowanie dotychczasowego stosunku ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia należnych składek, natomiast negatywna decyzja potwierdza ustanie z mocy prawa dobrowolnego tytułu ubezpieczenia społecznego i może być zaskarżona w sądowym postępowaniu odwoławczym (wyrok Sądu Najwyższego z dnia 8 sierpnia 2001 r., II UKN 518/00, OSNP 2003/10/257). Należy w tym miejscu przypomnieć, iż wykładnia art. 14 ustawy systemowej była przedmiotem rozważań Sądu Najwyższego, który w postanowieniu z dnia 14 listopada 2007 r. (II UK 65/07, Lex nr 863989) trafnie przyjął – z powołaniem się na orzecznictwo – że organ rentowy został wyposażony w kompetencję wyrażenia zgody na opłacenie składki po terminie, czyli uznania, że mimo nieopłacenia składki w terminie ubezpieczenie nie ustało. W ustawie systemowej nie zostały określone przesłanki "wyrażenia zgody" na opłacenie składki po terminie, co jednak nie oznacza przyznania Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych niczym nieskrępowanego uznania w uwzględnieniu lub nieuwzględnieniu wniosku o wyrażenie owej zgody. Przyznana kompetencja winna być wykonywana według sprawdzalnych, sprawiedliwych kryteriów.

Mimo, że przesłanki wyrażenia przez organ rentowy zgody na opłacenie składki na dobrowolne ubezpieczenie chorobowe po terminie nie zostały określone przez ustawodawcę, jednak oczywiste jest, iż stanowią jej okoliczności związane z przebiegiem samego ubezpieczenia i przyczynami uchybienia owego terminu. Skoro ubezpieczenie chorobowe osób prowadzących działalność gospodarczą ma dobrowolny charakter i jego powstanie uzależnione jest od woli samego ubezpieczonego, a warunkiem trwania tegoż ubezpieczenia jest terminowe opłacenie należnych z tego tytułu składek, to dotychczasowy sposób wywiązywania się płatnika z tego obowiązku nie pozostaje bez wpływu na ocenę zasadności uwzględnienia wniosku o przywrócenie uchybionego terminu. Jest to jednak tylko jeden z aspektów sprawy, który powinien być analizowany w powiązaniu z pozostałymi okolicznościami, a przede wszystkim przyczynami nieterminowego opłacenia danej składki. Może się zatem zdarzyć, że mimo długotrwałego podlegania wnioskodawcy dobrowolnemu ubezpieczeniu chorobowemu i dotychczasowego należytego wywiązywania się z obowiązku składkowego organ rentowy nie wyrazi zgody na opłacenie składki po terminie, jeśli opóźnienie w zapłacie nie ma żadnego racjonalnego usprawiedliwienia. Możliwa jest jednak sytuacja odwrotna, gdy przyczyna niezachowania przez ubezpieczonego objętego wnioskiem terminu opłacenia składki jest tak doniosła, że fakt wcześniejszych uchybień w terminowym opłacaniu składek przez wnioskodawcę nie stanowi dostatecznej podstawy wydania decyzji odmownej. Każdy wniosek musi być bowiem rozpatrywany indywidualnie (tak SN w wyroku z dnia 6 sierpnia 2015 r., III UK 233/14, Lex nr 1784526). W rozpoznawanej sprawie zarówno dotychczasowy przebieg opłacania składek przez D. S., jak i zwłaszcza przyczyna uchybienia terminowi, wskazują zdaniem Sądu na konieczność przywrócenia terminu do opłacenia składki za kwiecień 2015 r. Czterodniowe opóźnienie z uwagi na chorobę psychiczną, nawarstwienie się problemów osobistych, przy jednoczesnej konieczności natychmiastowego odstawienia leków psychiatrycznych jest całkowicie niezależne od skarżącej, a wynika właśnie z losowego zdarzenia, jakim jest choroba. Konsekwencje nieuwzględnienia wniosku o wyrażenie zgody na zapłatę składki po terminie (za co należy uznać jej pismo z dnia 29 lipca 2015 r. – k. 28) są zaś dla ubezpieczonej szczególnie dotkliwe, gdyż oznaczają ustanie stosunku dobrowolnego ubezpieczenia chorobowego oraz utratę prawa do zasiłku chorobowego. Ubezpieczona nie miała przy tym możliwości przewidzieć, iż trwająca u niej od dłuższego czasu choroba psychiczna ulegnie pogorszeniu w związku z problemami osobistymi i zwłaszcza koniecznością niezwłocznego odstawienia leków psychiatrycznych, z uwagi na stan ciąży. W tej sytuacji, w ocenie Sądu, skoro należało jej przywrócić termin do opłacenia składki za kwiecień 2015 r., to przez cały czas, a więc i w kwietniu i w maju 2015 r. podlegała pod dobrowolne ubezpieczenie chorobowe, a tym samym należało jej przyznać prawo do zasiłku chorobowego za okres niezdolności do pracy od 10 czerwca do 6 sierpnia 2015 r.

O kosztach procesu orzeczono w punkcie 2 wyroku z uwzględnieniem wyniku sprawy, którą pozwany przegrał w całości. Zgodnie z treścią art. 98 §1 k.p.c. strona przegrywająca zobowiązana jest zwrócić przeciwnikowi na jego żądanie koszty niezbędne do celowego dochodzenia praw i celowej obrony. Na koszty procesu, które poniosła ubezpieczona składa się wynagrodzenie ustanowionego w sprawie pełnomocnika, przy czym w przypadku niezłożenia przez niego spisu kosztów przyjmuje się z tego tytułu stawki minimalnego wynagrodzenia za czynności podjęte w danej sprawie (art. 98 § 3 k.p.c.). Wysokość przyznanych kosztów zastępstwa procesowego Sąd ustalił na podstawie § 11 ust. 2 w zw. z § 2 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Sprawiedliwości z dnia 28 września 2002 r. w sprawie opłat za czynności radców prawnych oraz ponoszenia przez Skarb Państwa kosztów pomocy prawnej udzielonej przez radcę prawnego ustanowionego z urzędu (j.t.: Dz. U. z 2013 r., poz. 490 ze zm.) i zasądził z tego tytułu na rzecz ubezpieczonej kwotę 60,00 zł.

Z uwagi na powyższe, Sąd na podstawie art. 477¹⁴ § 2 k.p.c. orzekł jak w sentencji.

SSR Marcin Winczewski