

בתי המשפט

א 047015/01		בית משפט השלום תל אביב-יפו	
01/02/2004	תאריך	כב' השופטת ח. וינבאום וולצקי	בפני
	:		:

בכר ויקטוריה

בעניין: ע"י ב"כ עוה"ד גב' ת. דמתני-קולה

התובעת

נ ג ד

1. בן יוסף רפאל

2. הדר חברה לביטוח בע"מ

ע"י ב"כ עוה"ד י. טלמון ואח'

הנתבעים

מיני-רציו:

ביטוח – הצורך בהגברת אמון הציבור במבטחים כטעם להרחבת אחריות המשפטית של מבטח בנסיבות העניין, כאשר הסוכן לא הבהיר לתובעת - מועמדת לביטוח בת 84 - ולבתה את משמעות החשיבות שבמתן מידע מדויק לתשובות הנוגעות לעברה הרפואי, והסתפק בשליחת פוליסת הסיעוד מבלי לפגוש אותה - מדובר בהתנהגות רשלנית ובלתי מקצועית, המפרה את חובותיו של סוכן הביטוח כפי שנתגבשו בדין ובפסיקה. והמבטחת אחראית למחדליו של הסוכן מאחר שלא פיקחה בעצמה על פעולת הסוכן ולא הורתה כי, בשל מיהות המועמד לביטוח, ביטוח מסוג זה אינו יכול להיכרת באמצעות הטלפון בלבד ומבלי שהסוכן או מי מטעמה של המבטחת נפגש עם המועמד לביטוח.

ככל שבציבור יתגבש חוסר אמון במבטחים כי אז הוא ימנע מלבטח סיכונים. הכלכלה המודרנית זקוקה לפיזור הנזק הן מן הטעם שאין זה רצוי שהסיכון יהיה באחריות גופים שלטוניים בלבד והן מן הטעם שעלולה להיווצר מגמה לפיה אנשים יפנו משאבים כלכליים רבים מידי כהכנה לעת רעה תחת הפנייתם למטרות יצרניות למשק. נימוק זה של הצורך בהגברת אמון הציבור במבטחים מצדיק אף הוא את קבלתן של תביעות מסוג זה.

החיתום צריך שיעשה במועד עריכת הביטוח ולא בעת שהמבטחת נדרשת לפרוע את השטר עליו חתמה. במקרה דנן, הנתבעת קיבלה את התובעת לביטוח על סמך הצהרתה בלבד, שכן היתה מודעת לכך שאם תפשפש בעברם הרפואי של מועמדים לביטוח תיוותר ללא ביטוחים ומכאן ללא רווח כספי. מכאן, שהמבטחת והסוכן פעלו בחוסר תום לב וברשלנות והם מחויבים מכוח הפוליסה.

בנסיבות העניין, ניתן לעשות שימוש הן בכלל של פירוש לרעת המנסח, והן בכלל הפרשני של ציפיות סבירה של מבטח.

הרציונל העומד בבסיסן של פוליסות שיפוי בביטוחי רכוש ואחריות, שלא ליצור תמריץ למבוטח לגרום להתרחשות מקרה הביטוח, אינו קיים כמעט בביטוחי סיעוד. מכאן שבמקרה דנן, הנתבעים חייבים בתשלום תגמולי ביטוח בערכי שיפוי.

פסק דין1. מבוא

עניין לנו בתביעה לתשלום תגמולי ביטוח מכוח פוליסת סיעוד "מתנת סיעוד" שהפיקה הנתבעת לתובעת.

הנתבעת מסרבת לשלם תגמולי ביטוח בטענה כי התובעת העלימה בכוונת מרמה את מצבה הרפואי האמיתי בעת שחתמה על ההצעה לביטוח.

2. ואלה העובדות הצריכות לעניין:

- א. התובעת ילידת 1913 ובעת החתימה על הצעת הביטוח היתה בת 84. ההצעה נחתמה ביום 16.6.97.
- ב. בתה של התובעת שמעה על קיומה של הפוליסה והתקשרה עם סוכן ביטוח - הנתבע 1 (להלן: הסוכן), על-מנת לקבל פרטים לגבי הפוליסה עבור אמה התובעת.
- ג. הסוכן שלח לבתה של התובעת (להלן: הבת) את טופס ההצעה למילוי וחתימה. הסוכן לא פגש בתובעת או בבתה וערך את הביטוח לאחר שקיבל חזרה את טופס ההצעה חתום ע"י התובעת.
- ד. הסוכן שוחח פעם נוספת עם הבת על מנת לברר את תאריך לידתה המדויק של התובעת והוסיפו לטופס כמו גם את עובדת היותה עקרת בית.
- ה. בטופס ההצעה מופיעות 3 שאלות שעל המועמד לביטוח להשיב עליהן. הן מופיעות בגוף הטופס באותיות קטנות מתחת לזיתור על סודיות רפואית. מפאת חשיבותן ראיתי להביאן כלשונן:
- "האם הינך סובלת/ת באופן חלקי או מלא בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?"
- האם סבלת או הינך סובלת/ת מ: שטף דם במוח (CVA) מחלות של מערכת העצבים, מחלות לב, מחלות ריאה, אי ספיקת כליות, אלצהיימר, דמנציה, פרקינסון, עיוורון חלקי או מלא, קטיעת אברים, מחלה ממארת, יתר לחץ דם, סכרת?
- האם אושפזת בחמש השנים האחרונות לתקופה העולה על שלושה ימים?"
- ו. על כל שלוש השאלות צוינה התשובה לא.
- ז. הפוליסה מאפשרת רכישת עד שלוש יחידות ביטוח של 2,500 ש"ח כל אחת. התובעת ציינה כי הינה מעוניינת בשלוש יחידות בסך של 7,500 ₪.

ח. ביום 1.7.97, הנפיקה הנתבעת 2 לתובעת פוליסה. את הפרמיה השנתית בשיעור של כ - 2,450 ₪ (נכון לשנת 2000 - ח.ו.ו.). שילמה הבת באמצעות כרטיס אשראי במשך כל שנות הביטוח.

ט. באוקטובר 2000 אושפזה התובעת בבית חולים עקב אוטם שריר הלב. מאשפוז זה שוחררה התובעת הביתה במצב סיעודי.

י. הצדדים אינם חלוקים כי התובעת במצב סיעודי כהגדרתו בפוליסה. הנתבעים הסכימו בסופו של יום לקבל את חוות דעתו של ד"ר קיציס שהוגשה מטעם התובעת בתחום הפנימי - קרדיולוגי.

ד"ר קיציס מציין בחוות דעתו כי מצבה הסיעודי של התובעת אינו נובע מאוטם שריר הלב שעברה, אלא ממחלת פרקינסון ודמנציה שלא אובחנו ככל הנראה והתובעת לא קיבלה טיפול בגינן.

יא. כתוצאה ממצבה של התובעת ביקשה בתה להפעיל את הפוליסה.

יב. במענה לדרישת התובעת השיבה הנתבעת ביום 22.2.01 כך:

"במהלך בדיקת תביעתך הסתבר לנו כי בעת כריתת הסכם הביטוח, לא מסרה הגב' בכר לידיעתנו מספר פרטים מהותיים אשר נשאלה עליהם במפורש כלהלן:

1. הגב' בכר סובלת מיתר לחץ דם ומטופלת תרופתית משנת 1995.
2. הגב' סובלת ממחלת לב איסכמית משנת 1995.
3. הגב' בכר עברה אוטם שריר הלב בתאריך 19/11/1986.

להווי הידוע, באם היו נמסרים לנו פרטים אלה, כפי שנתבקשה הגב' בכר למסור לנו עליהם בטופס הצעת הביטוח, היינו מסכימים לבטחה כנגד תוספת סיכון המגולמת בדמי הביטוח".

3. טענות התובעת

מטעם התובעת העידה בתה. על-פי עדותה ביקשה מאחת מהנכדות למלא עם אמה את הטופס, שכן לא האם ולא היא כותבות עברית.

לטענתה התובעת התגוררה בביתה ותפקדה באופן עצמאי חרף גילה לרבות פעולות של בישול, ניקיון, כביסה וגיהוץ ואף היתה נוסעת באוטובוס לנכדתה על-מנת לעזור לה שם.

היא שבה וציינה, גם בחקירתה הנגדית, שבעיניה אמה היתה אישה בריאה יחסית לגילה. כך למשל ציינה שעצם לקיחת כדור נגד לחץ דם - אינו מסמן את האדם כחולה. כך למשל בעמ' 17 שורות 29-30 :

"בשבילי התובעת לא היתה חולה עם לחץ דם גבוה. לא היו לה נפילות ולא היתה לה סחרחורת ולא היתה בדיאטה. היא אכלה כל אוכל שבישלנו בבית".

לטענת הבת לא קיבלה כל הסבר מפורט מהסוכן באשר לחשיבות שיש למילוי מדויק של ההצעה. כל שאמר לה בטלפון היה כי עליה למלא הטופס ולהשיבו אליו.

4. טענות הנתבעים

מטעם הנתבעים העידו הסוכן וכן ד"ר פרלוק שהינו רופא חתם.

לטענת הנתבעים הם פטורים מתשלום תגמולי ביטוח, שכן התובעת השיבה תשובות כוזבות באשר למצבה הרפואי.

לו היו יודעים על מצבה הרפואי המלא של התובעת עובר לעריכת הביטוח, לא היו מקבלים אותה לביטוח.

עוד טוענים הנתבעים כי מדובר בפוליסת שיפוי להבדיל מפוליסת פיצוי ועל-כן על התובעת היה להוכיח בקבלות את הוצאותיה לצורכי סיעוד.

5. מצבה הרפואי של התובעת עובר לחתימה על הצעת הביטוח שנוי במחלוקת בין הצדדים.

ד"ר פרלוק, שנתן חוות דעת חיתומית לצורך התביעה שבפני, עבר על תיקה הרפואי וראה לציין כי התובעת סבלה ממספר מחלות ובעיות רפואיות וביניהן: כאבים בכתף ימין בשנת 1993, החלפת ברך לפני 25 שנה, שינויים ניווניים קשים בחוליות הצוואר עם אוסטיאופרוזיס, אטרוסקלרוזיס מוחית, C.T ראש משנת 1993 שמראה הסתיידות אשר יכולה לייצג שטף דם ישן, רבדים טרשתיים בעורקי הקרוטיס ועורק התרדמה בשנת 1995, אוטם שריר הלב ב - 1986, אקו לב שמצביע ב - 1993 על מסתם אאורטלי מעובה שהביא להיצרות קלה עד בינונית, יתר לחץ דם בערכים של עד 170/90 ואירוע TIA חולף משנת 1995.

כל אלה לדעתו היו מביאים לדחייה מוחלטת של התובעת מביטוח סיעודי.

בעת חקירתו הנגדית הודה כי יתכן שהאירוע של ה - C.V.A שנלמד מתוך C.T מאוחר, לא הותיר כל השפעה תפקודית. כן ציין שלא מצא שהתובעת קיבלה טיפול תרופתי וטיפולי פיזיותרפיה לאחר אותו אירוע.

כאשר נשאל באשר לערכי לחץ הדם הנורמליים לאישה בגילה של התובעת, הסביר כי מדובר בלחץ דם של עד 150/95 וכי ערכי לחץ הדם לא הם שפוסלים את התובעת לביטוח סיעודי.

מה שלדעתו פוסל את התובעת לביטוח, הוא הממצא של היצרות המסתם האורטלי שגורמת לזריקת קרישי דם למוח בסיכון גבוה. הוא מציין כי עדויות מעברה מלמדות שהיא כבר עשתה יותר מאירוע אחד של הפרעה בזרימת הדם למוח.

מנגד כאמור, טענה בתה של התובעת שהתובעת כמעט ולא נטלה תרופות והלכה לקופת חולים אחת למספר חודשים לבד. בהיותה אישה פשוטה ולא רופאה לא היתה מודעת לכל האבחנות הללו.

6. יש לציין כי בחוות הדעת של ד"ר פרלוק מוזכרים ממצאים רפואיים שאין להם כל משמעות לדיון שבפני, שכן הם נוגעים לנושאים שברפואה שאינם חלק מהשאלות המופיעות בטופס ההצעה. כך באשר לכל השינויים הניווניים, אוסטופורוזיס, החלפת הברך, כאבי הכתף וכו'.

כפי שעלה מדברי המומחה בחקירתו הנגדית, הוא ייחס חשיבות לשני ממצאים מתוך שלל הממצאים שציין והם:

בדיקת אקו לב מ - 1993 שמצביעה על מסתם אורטלי מעובה שמביא להיצרות קלה עד בינונית ובדיקת C.T מ - 1993 אשר מצביעה על הסתיידות בצד ימין שיכולה לייצג שטף דם ישן שהסתייד.

7. עברתי על תיקה הרפואי של התובעת הנוגע לתקופות הסמוכות לאותן בדיקות. באותה תקופה לחץ הדם עומד על 160/80 לכל היותר. קיים אירוע בודד של סחרחורת פתאומית שבעקבותיו נשלחה לבדיקת אקו לב במרץ 1993. אין רישום מסודר לאחר אותה בדיקת אקו לב שממנו ניתן ללמוד כי ממצאיו הוסברו לתובעת. גם ד"ר פרלוק לא ציין כי בעקבות הממצא במסתם ניתן לתובעת טיפול שונה.

כך גם ב - 1995 משנשלחה ל - C.T לאחר אותו אירוע של TIA מצוין בכרטיס המעקב - "לא הודגם תהליך מיצר מקום" והיא נשלחה לא.א.ג ולאורטופד לאור תלונותיה.

עיון בכרטיסה של התובעת מלמד כי ישנן תקופות ממושכות בהן הגיעה לבדיקה שגרתית אצל רופא המשפחה אחת למספר חודשים. נרשמו ערכי לחץ הדם ותו לא. ערכים אלו כמעט תמיד נמוכים מהערכים שציין ד"ר פרלוק בחוות דעתו.

בשום מקום בכרטיסה לא מצאתי כי הוסבר לתובעת שככל הנראה עברה שטף דם ישן שהותיר סימניו ב - C.T וכך גם בשנת 1995 באשר לאותו אירוע של TIA.

מכאן ראיתי לקבוע כי לא הוכח שלתובעת או מי מהאנשים אשר היו מעורבים במילוי טופס ההצעה לביטוח היתה כוונת מרמה כלשהי. אני מקבלת עדותה של בתה של התובעת כי ראתה באמה אישה בריאה יחסית לגילה. היא לא היתה מודעת לאותו שטף דם ישן שנמצא ב - C.T שנים לאחר התרחשותו.

כך גם לא היתה מודעת למשמעות שיש לאותו אירוע סחרחורת שפורש לאחר מכן כאירוע TIA. לחץ הדם של התובעת לא היה חריג לגילה ומאחר ותפקדה באופן עצמאי - סברו הבת ויתר בני המשפחה כי היא בריאה.

משהגעתי למסקנתי זו אין המקרה נופל לגדר סעיף 6 (ג) לחוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981 (להלן: החוק).

ראה לעניין זה דבריו של ביהמ"ש בע"א (חי) 4225/99 הפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ נ' ברוך זיו, (לא פורסם) פדאור 00 (4) 726 בפסקה 8 לפסק הדין.

8. פעולת הסוכן

לדעתי לא ניתן לראות בהתנהגות הסוכן אלא התנהגות רשלנית ובלתי מקצועית, תוך שהוא מפר את חובותיו כפי שנתגבשו בדין ובפסיקה.

הסוכן לא הבהיר לתובעת ולבתה את משמעות החשיבות שבמתן מידע מדויק לתשובות הנוגעות לעברה הרפואי.

הסוכן פטר עצמו בשליחת הטופס כאשר מדובר בפוליסת סיעוד ובהכרח במבוטח מבוגר. במקרה שבפני ידע הסוכן מתוך שיחתו עם הבת כי מדובר במועמדת לביטוח בת 84 ובכל זאת לא ראה לנכון להיפגש עמה על מנת ללמוד על מצבה בעצמו ועל מנת להיות משוכנע שהיא עונה על השאלות בטופס ההצעה לאחר שהבינה את פשרן.

לעניין התנהגות רשלנות של סוכן ראה פסק דינו של כב' הש' גרוס בע"א (תא) 3033/99 הכשרת הישוב חברה לביטוח בע"מ נ' משאבות בטון אריה בע"מ, (לא פורסם) מיום 18.4.01. (צורף לסיכומי התובעת)

לעניין אי גילוי המשמעות שיש לייחס למענה על השאלות שמופיעות בטופס, ראה הדברים שנאמרו בע"א 4819/92 "אליהו" חברה לביטוח בע"מ נ' ישראל, פ"ד מט (2) 749.

"אף מטעם נוסף זה נהוג לראות בחוזה הביטוח חוזה המחייב UBERRIMAE FIDEI, הווה אומר, לא רק שנדרש מן הצדדים שיפעלו בגילוי לב יותר מסוגי חוזים אחרים, אלא גם מקפידים איתם בכל הנוגע לדיוק ולדיוקנות בניסוח הדברים וכמובן גם בכיבודם. כפי שנובע מן האמור לעיל, עקרון גילוי הלב אינו חד-צדדי".

(שם בעמ' 766)

וכן ע"א 846/70 עטיה נ' "אררט" חברה לביטוח בע"מ ואת', פ"ד לא (2) 780, אשר דן בחיובו של המבטח להבהיר בפועל חריגים בפוליסה.

וכן ראה ספרם של כב' השי' מאיר יפרח ורפאלה חרל"פ ששון - דיני ביטוח מהדורה שניה בעמ' 84-85.

9. אחריות המבטחת

מכוח סעיף 33 (א) לחוק, אחראית המבטחת לפועלו של הסוכן בעת המשא ומתן לקראת כריתת חוזה הביטוח.

מכאן, שבמקרה שבפני אחראית הנתבעת 2 למחדליו של הסוכן, היינו כפי שפורט לעיל רשלנותו ופעולתו תוך אי גילוי עובדות מהותיות לתובעת או מי מטעמה.

כך גם אחראית המבטחת מאחר ובעצמה לא פיקחה על פעולת הסוכן ולא הורתה כי ביטוח מסוג זה בשל מיהות המועמד לביטוח אינו יכול להיכרת באמצעות הטלפון בלבד ומבלי שהסוכן או מי מטעמה של המבטחת נפגש עם המועמד לביטוח.

10. נימוק נוסף שהוזכר בפסיקה ובמאמרי מלומדים ואשר הצדיק קבלת תביעות דוגמת המקרה שבפני, הוא הנימוק של הגברת אמון הציבור במבטחים.

ככל שבציבור יתגבש חוסר אימון במבטחים כי אז הוא ימנע מלבטח סיכונים. הכלכלה המודרנית זקוקה לפיזור הנזק הן מן הטעם שאין זה רצוי שהסיכון יהיה באחריות גופים שלטוניים בלבד והן מן הטעם שעלולה להיווצר מגמה לפיה אנשים יפנו משאבים כלכליים רבים מידי כהכנה לעת רעה תחת הפנייתם למטרות יצרניות למשק.

ראה לעניין זה בין היתר, ע"א 4114/90 בן שושן נ' כריכיה קואופרטיבית בע"מ ואח', פ"ד מח (1) 415, בעמ' 439;

וכן מאמרו של ד"ר דודי שוורץ, דיני ביטוח - תהליכים ומגמות, ספר השנה של המשפט בישראל תשנ"ו עמ' 31 בעמ' 41;

ד"ר פנחס גולדשטיין UBERRIMAE FIDEI בחוזי ביטוח לאחר חקירת חוק החוזים (חלק כללי), תשל"ג-1973, עיוני משפט ה' 345 בעמ' 365.

וכדבריו של כב' השי' אריאל בע"א 300/97 יהודה חסון נ' שמשון חברה לביטוח בע"מ, פ"ד נב (5) 746:

"אופיו של הממכר נשוא חוזה הביטוח עשוי אף הוא להצדיק את הרחבת אחריותו המשפטית של המבטח. הביטוח אינו ממכר ככל ממכר; אין מדובר בממכר מוחשי, אלא בממכר של סיכון, אשר למבוטח ההדיוט אין בהכרח הבנה ראשונית של טיבו. ניתן איפא להצדיק הטלה של חובת גילוי רחבה על המבטח כלפי המבוטח. זו אכן הוטלה בפסיקה, ונוספה לה חובה חדשה: לוודא שאכן הגיעו תנאים מוקדמים לחבות המבטח למודעתו של המבוטח".

התנהגות הנתבעים בתום לב - האמנם?

11. אלא שנראה שבהתנהגות המבטחת בפוליסה זו יש ביטוי להתנהגות שלא בתום לב ואפרט דברי.

ד"ר פרלוק מפרט בחוות דעתו 24 ממצאים מתיקה הרפואי של התובעת ובסיכומה מציין כי לו היתה הנתבעת יודעת את הפרטים העולים מתיקה הרפואי של התובעת עובר לעריכת הביטוח היתה דוחה בקשתה.

ד"ר פרלוק, אשר משמש כרופא חתם בחברות ביטוח כמו גם הנתבעת עצמה, מודעים היטב לעובדה כי המועמדים לביטוח סיעוד הינם אנשים מבוגרים במרבית המקרים. לכך יש שתי משמעויות:

האחת, כי למרבית האנשים בגילה של התובעת ישנם תחלואים כאלה או אחרים. תחלואים שהם חיים איתם ומתפקדים ואינם מרגישים "חולים". יתרה מכך בגילאים אלו ישנם אנשים אשר מקבלים כהטוית מנע תרופות וזאת מבלי שמצבם הרפואי הנוכחי דורש זאת.

השניה, בגיל המבוגר בו עסקינן קיימת אצל חלקם של האנשים ירידה מנטלית שלא לדבר על מחלות כמו אלצהיימר וכו'. חלקם של האנשים כלל אינם מודעים למצבם הרפואי על בוריו.

מכאן ששליחת שאלון בריאות בדואר ואפילו הוא קצר כדברי הסוכן בפנינו, מהווה השמת מכשול בפני עיוור.

הכיזד ניתן לשאול אדם שסובל מאלצהיימר או מדמנציה על רקע אחר - האם הוא סובל ו/או סבל ממחלות כאלה ואחרות.

הוא הדבר אם מדובר באדם בור ופשוט שאולי יודע לקחת תרופותיו בזמן אך אינו יודע בוודאות בגין אלו סיבות הוא נדרש ליטול אותן.

במקרה שבפני, גם אם עברה התובעת בעברה אירוע של C.V.A - לא בא הדבר לידי ביטוי ברישומים לבד מרישום ממצאי בדיקת C.T מאוחרת שגילתה אירוע ישן שהסתייד. הוא הדבר ביחס לתחלואים אחרים הנוגעים להתנוונות והסתיידות הגוף כמו רבדים טרשתיים בעורקי הקרוטיס או התעבות המסתם האאורטלי. האם התובעת הפשוטה שבפני היתה מודעת לממצא זה ומה משמעותו? נראה כי לאור כל המצוין לעיל התשובה היא שלילית.

כאמור, תתקשה מבטחת למצוא מועמדים לביטוח בגיל המבוגר שאינם סובלים מאוסטופורוזיס, ארטרוסקלרוזיס, ולחץ דם ברמות כאלה או אחרות, או מחלות אחרות.

לו בעת עריכת הביטוח היה ד"ר פרלוק עובר על תיקה הרפואי של התובעת, חזקה, על פי חוות דעתו כי לא היה מאשר קבלתה לביטוח. כך לגביה ולגבי רבים אחרים.

אלא, שבשלב זה של עריכת הביטוח לא מממשת המבטחת זכותה על פי כתב ויתור על סודיות רפואית שחותם המועמד לביטוח, להוציא את תיקו הרפואיים ואפילו לא שולחת אליו רופא - זאת ככל הנראה בין היתר בשל שיקולים כלכליים גרידא.

במועד עריכת חוזה הביטוח עוצמת המבטחת עיניה מן העובדה המרכזית כי מדובר בקשיש. היא מקבלת אותו לביטוח על סמך הצהרתו בלבד ללא כל בדיקה וגובה את הפרמיות בהתאם לחוזה שנכרת ביניהם.

רק בשלב שבו אותו מבוטח פונה למימוש חלקה של המבטחת באותו חוזה שנכרת ביניהן - רק אז פוקחת המבטחת עיניה ומתחילה להזמין תיקים רפואיים ולהעבירם לביקורת רפואית או אז צצים ועולים מהעבר הרחוק ממצאים רפואיים שהמבוטח כבר שכחם או אבחנות שהמבוטח כלל לא היה ער להן ונרשמו ע"י רופאיו בתיקו במהלך השנים.

מכאן שעמדתו של כב' הש' דוויק ז"ל בפסק הדין בענין ת.א. (תא) 33476/95 ליליאן כהן נ' "מנורה" חברה לביטוח בע"מ, (לא פורסם) שצורף לסיכומי הנתבעים - אינה מקובלת עלי במיוחד ככל שעסקינן בסוג זה של ביטוחי סיעוד בגיל המבוגר.

מקובלת עלי עמדת כב' הנשיא שמגר בפרשת אליהו נ' ישר שנזכרה לעיל בעמ' 770 :

"לא יתכן שכל מעיניה של חברת הביטוח, או הסוכן הפועל בשמה, יוקדשו להגדלת היקף המבוטחים המתקשרים עימם, לקביעת גובה הפרמיה וגבייתה, לצמצום חביותיה במסמך החוזה ולניסיונות להשתחרר מעול קיומן, משאלו התגבשו עקב התרחשות האירוע הביטוחי. בע"א 188/84 "צור" חברה לביטוח בע"מ נ' חדד, פ"ד מ (3) 1, פסקתי בהקשר דומה:

הדוקטרינה האומרת שפוליסות ביטוח הן חוזים מסוג UBERRIMAE FIDAE הדורשים מן המבוטח גילוי מלא, באה להגן על מבטחים מפני העלמת עובדות, שלא יכולות להיות ידועות להם ממקורותיהם. אך הוראותיו של חוק החוזים (חלק כללי) הן דו-צדדיות, והן דורשות תום לב במשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה (סעיף 12), הימנעות מהטעיה, כפי שהיא מוגדרת בסעיף 15, ותום לב בביצוע החוזה (סעיף 39) משני הצדדים; וחברת הביטוח אינה יכולה לנהוג בדרך של ימין מקרבת, קרי כורתת חוזה וגובה פרמיה, ושמאל דוחה, קרי, כוללת בפוליסה תנאים המרוקנים אותה מראש מתוכנה וממטרתה הגלויה (שם, בעמ' 15, הדגשות במקור; ראה גם ע"א 130/80 ביטון נ' "חלמיש" חברה עירונית לשיקום הדיור בתל-אביב-יפו, פ"ד לו (2) 706, בעמוד 712".

12. ד"ר פרלוק היטיב להגדיר את המצב כשהשיב באשר לתפקידו של חתם רפואי:

"את שואלת אם אני סבור מהתיק הרפואי שראיתי שהתובעת היתה סיעודית בטרם כניסתה לביטוח, אני משיב לך לא עולה מתוך התיק הרפואי שהיא כבר היתה סיעודית, מה שכן עולה זה שהיו לה הרבה מאוד מחלות וגורמי סיכון שמעידים על כך שאין ספק שהיא תהיה סיעודית כפי שהמציאות הוכיחה ומתפקידו של החתם הוא לחזות ולצפות קדימה על בסיס ההיסטוריה הרפואית של המועמד לביטוח, האם יש סיכון לקבלתו ומה גודלו של הסיכון".

(עמ' 14 לפרוטוקול, שורות 6-11)

והנה, משפנתה התובעת למבטחת השיבה לה זו - עוד בטרם הועבר התיק לעיונו של ד"ר פרלוק - כי לו היתה יודעת על מצבה הרפואי המלא בעת עריכת הביטוח - היתה מבטחת אותה בסכומים גבוהים יותר, כפי שעולה ממכתבה של שרית חן ממחלקת תביעות סיעוד, נספח ט' לתצהיר התובעת, שהובא בסעיף 2 יב' לפסק-הדין.

כלומר, אף אנשי המבטחת לא ידעו להעריך נכון הסיכון כפי שמצא אותו ד"ר פרלוק.

והנה, חרף כל תחלואיה הידועים של התובעת הסתבר כי לא בעיותיה הקרדיאליות הביאו בסופו של דבר למצבה הסיעודי, אלא מחלת הפרקינסון והדמנציה כפי שמציין ד"ר קיציס בחוות דעתו. חוות דעת שכזכור התקבלה בהסכמה של הנתבעים בתיק שבפני.

וכפי שמציין ד"ר קיציס בחוות דעתו - התובעת לא אובחנה כסובלת מפרקינסון ואינה מקבלת תרופות בשל מחלה זו.

מכאן שלא הסיכון ממנו חשש ד"ר פרלוק הוא שהתממש, אלא מחלה אחרת אשר קפצה על התובעת, מחלה שאופיינית לגיל המבוגר.

מדוע אם כן לא פונה הנתבעת באופן שגרתי לקבלת התיקים הרפואיים של המועמדים לביטוח בעת עריכת הביטוח? אין זאת אלא שגם הנתבעת היתה מודעת לכך שאם תפשפש בעברם הרפואי של המועמדים לביטוח תיוותר ללא ביטוחים ומכאן ללא רווח כספי.

לדידי, החיתום צריך שייעשה במועד עריכת הביטוח ולא בעת שהמבטחת נדרשת לפרוע את השטר עליו חתמה.

על-כן ראיתי לקבוע כי בנסיבות עריכת הביטוח נהגו המבטחת והסוכן בחוסר תום לב וברשלנות והם מחויבים מכוח הפוליסה.

13. תגמולי הביטוח - שיפוי או פיצוי

הצדדים חלוקים האם מדובר בפוליסת שיפוי או פיצוי.

מטופס ההצעה לביטוח כלל לא ניתן ללמוד כי מדובר בפיצוי כנגד קבלות על הוצאות, כפי שמבקשים לטעון הנתבעים.

בטופס ההצעה מתבקש המועמד לביטוח לסמן X בעמודה הרצויה לו מתוך 3 עמודות אפשריות:

"2,500 - יחידת ביטוח אחת.

5,000 - שתי יחידות ביטוח.

7,500 - שלוש יחידות ביטוח."

כל אדם בר דעת מבין מתוך הכתוב שעם היותו סיעודי יהיה זכאי לתשלום חודשי בהתאם לכמות יחידות הביטוח שרכש.

בשום מקום על גבי הטופס לא מצוי כל אזכור של חובת הצגת קבלות על הוצאות סיעוד. הוא הדבר גם ברשימה לפוליסה שהוצאה בעקבות קבלת טופס ההצעה נספח ב' לתצהיר התובעת.

הסתמכות הנתבעים על סעיף 3.5 לתנאים הכלליים - אינה עומדת במבחנים שהציבה הפסיקה לפרשנות של פוליסות ולא לחובתה להבליט החריגים והתנאים המהותיים.

באותו סעיף מצוין :

"תגמול סיעודי - סכום של עד 2,500 ₪ לחודש בו ישפה המבוטח בקרות מקרה הביטוח (להלן: יחידת תגמול סיעודי)".

הנתבעים סומכים טיעונם על המילה עד אלא שמילה זו לא בא זכרה כאמור לא בהצעה ולא ברשימה.

לעניין זה ראה פסקי הדין שזכרו לעיל לעניין חובת הגילוי וההבלטה. הדיון הנ"ל יפה גם לעניין כאן ואין צורך בחזרה.

מעבר לכך, אי ההתאמה שבין ההצעה לתנאים הכלליים תפורש לרעת הנתבעת בהיותה מי שניסחה את ההצעה והתנאים הכלליים.

לעניין זה ראה פסק-דינו של כב' הש' דב לוינ בע"א 361/83 המגן חברה לביטוח בע"מ נ' מדינת הילדים, פ"ד לט (4) 561, אשר הפנה לכלל פרשני זה מקום שלחווה פרשנות דו משמעית וכן פסקי הדין שבעקבותיו שמרביתם פנו לכלל פרשני זה כמו למשל ע"א 172/89 סלע חברה לביטוח בע"מ נ' סולל בונה בע"מ, פ"ד מז (1) 311 ופסק הדין בפרשת אליהו נ' ישר שזכר לעיל.

מעבר לכלל הפרשנות של "פירוש לרעת המנסח", אימצו בתי המשפט כללים נוספים. לעניין זה ראה מאמרו של ד"ר דודי שוורץ, פרשנות חוזה הביטוח: פרשנות נגד המנסח ומבחן הציפיות הסבירות של המבוטח, קרית המשפט שנתון הקריה האקדמית, כרך ג' עמ' 345.

באותו מאמר נדון כלל הפרשנות נגד המנסח בפרספקטיבה של חובת הגילוי והכותב מציין כי ניתן ליצור קורלציה בין השניים באופן שככל שהמבטח עמד בחובת הגילוי - כך יידרש בית המשפט פחות לכלל פרשני זה ולהפך.

ד"ר שוורץ מגיע למסקנה כי שימוש בכלל הפרשנות נגד המנסח עשוי להיות תמריץ למבטח לעמוד בחובת הגילוי המוטלת עליו, על-מנת למנוע שימוש בכלל פרשני שנוגד את האינטרס שלו. ראה שם בעמ' 383-382.

באותו מאמר נדון גם בכלל פרשני נוסף של הציפיות הסבירות של המבוטח, אשר בו ניתן לעשות שימוש גם מקום שהטקסט ברור.

מסקנתי הינה כי במקרה שבפני ניתן לעשות שימוש הן בכלל של פירוש לרעת המנסח, כפי שהבהרתי לעיל, וכך גם ניתן לעשות שימוש בכלל הפרשני של ציפיות סבירה של מבוטח.

לא בכדי לא הסתפקה בתה של התובעת ברכישת יחידת ביטוח אחת אלא רכשה 3 יחידות. זאת מאחר וצפתה שאם אמה - התובעת - תמצא במצב סיעודי, עלות אשפוזה בבית אבות סיעודי תהיה גבוהה.

הבת העידה כי עלות אשפוזה של התובעת כיום עומדת על 10,000 ₪ לחודש. מכאן שציפיה סבירה שלה היתה שבעת קרות מקרה הביטוח יימצאו בידיה לפחות 7,500 ₪ כערכם אז לצורך טיפול מקסימלי באמה.

עוד ראיתי לציין כי הרציונל העומד בבסיסן של פוליסות שיפוי בביטוחי רכוש ואחריות, שלא ליצור תמריץ למבוטח לגרום להתרחשות מקרה הביטוח, אינו קיים כמעט בביטוחי סיעוד דוגמת זה שבפני.

על-כן ראיתי לקבוע כי הנתבעים חייבים בתשלום תגמולי ביטוח בערכי שיפוי.

13. סוף דבר

ראיתי לקבל התביעה ולקבוע כי הפוליסה שהוצאה לתובעת מחייבת את הנתבעים בתשלום תגמולי ביטוח בסך של 7,500 ₪ לחודש בהתאם למנגנון ההצמדה הנקוב בפוליסה ובצרוף ריבית על כל הסכומים שלא שולמו עד היום מהמועד שבו היו אמורים להשתלם ועד התשלום המלא בפועל.

עוד ראיתי לקבוע כי התובעת זכאית לתגמולי הביטוח כל עוד היא במצב סיעודי למשך כל תקופת הביטוח המצוינת בפוליסה.

הנתבעים יישאו בהוצאות משפט וכן בשכ"ט עו"ד בסך 20,000 ₪ בצרוף מע"מ.

הסכום ישא הפרשי הצמדה מהיום ועד התשלום המלא בפועל.

המזכירות תעביר העתק פסק-הדין לצדדים וכן תעביר העתק למפקח על הביטוח, משרד האוצר - אגף שוק ההון בביטוח וחסכון, רחוב קפלן 1 ירושלים, 91131.

ניתן היום ט' בשבט, תשס"ד (1 בפברואר 2004) בהעדר הצדדים.

ח. וינבאום וולצקי, שופטת

נוסח זה כפוף לשינויי עריכה וניסוח