

בית משפט השלום בתל אביב - יפו

15 מאי 2011

ת"א 13500-07 ברוידו נ' כלל חברה לביטוח בע"מ-ת"א ואח'

בפני כב' השופטת זהבה אגן – סגנית נשיאה	
התובע	ברוידו יצחק
נגד	
הנתבעים	1. כלל חברה לביטוח בע"מ 2. אנגלמן ובניו סוכנות לביטוח בע"מ 3. כהן אבי

פסק דין**הרקע**

עסקינן בתביעה לתשלום תגמולי ביטוח, שהגיש התובע נגד הנתבעת 1 כלל חברה לביטוח בע"מ אצלה רכש פוליסות ביטוח שונות. תביעת התובע נגד הנתבעים 2 ו-3 [להלן – "הנתבעים"], סוכני הביטוח שטפלו ברכישת הפוליסות על ידי התובע אצל הנתבעת 1, עילתה ברשלנות מקצועית של הנתבעים בטיפול בתיק הביטוח של התובע.

עדות התובע

התובע, יליד 15.9.1935, עלה ארצה ממקסיקו בשנות ה-80'. התובע הפעיל מסעדה, למד לדבר עברית אך לטענתו, אינו שולט בקריאה.

ביום 1.12.1990, בהיות התובע כבן 55 שנים, רכש התובע ביטוח בריאות מסוג 'ביטוח-ניתוח' בשמשון חברה לביטוח בע"מ [להלן – "שמשון"] על פי פוליסה שמספרה 850060/9 [להלן – "ביטוח ניתוח"]. לטענתו בתצהירו, הוא התקבל לביטוח על פי פוליסה זו ללא החרגות.

ביום 1.4.1995 הורחב הכיסוי הביטוחי בפוליסת 'ביטוח ניתוח' לכלול גם ביטוח השתלות ליחיד עבור התובע [להלן – "ביטוח השתלות"]. גם להרחבה זו התקבל התובע לטענתו, ללא החרגות.

ביום 24.11.1996 חתם התובע על הצעה לביטוח סיעודי "בראש מורס" בשמשון חברה לביטוח בע"מ. לצורך רכישת הביטוח הסיעודי מילא התובע הצהרת בריאות, ועבר בדיקות רפואיות מטעם שמשון במכון מדי טסט בע"מ, לאחריו הופקה עבורו פוליסת ביטוח סיעודי שמספרה 409989117 שתחילתה ב-8/1997.

הפוליסות הללו בחברת שמשון נרכשו על ידי התובע, כך לפי תצהירו, דרך סוכנת הביטוח שלו דאז, גב' קריסטינה מלמן [להלן – "גב' מלמן"], שעבדה כסוכנת של שמשון. במקביל, נרכשו כנראה גם פוליסות דומות עבור אשתו של התובע.

לימים, נכנסה מגדל חברה לביטוח בע"מ בנעליה של שמשון חברה לביטוח בע"מ, והייתה האחראית לביטוחים של שמשון כלפי מבוטחיה של זו.

במועד שלא הובהר, העבירה גב' מלמן את תיק הלקוחות שלה, ובכלל זה את תיק הביטוחים של התובע, לנתבעת 2, אנגלמן ובניו סוכנות לביטוח בע"מ [להלן – "סוכנות הביטוח"]. או אז פנה מר אבי כהן, הוא הנתבע 3, אשר עבד כסוכן ביטוח אצל הנתבעת 2, אל התובע, ולפי עדותו של התובע בתצהירו, הציע לו לבטל את הפוליסות הקיימות במגדל [לשעבר – שמשון] ולעבור לכלל חברה לביטוח בע"מ, היא הנתבעת 1 [להלן – "כלל"], שכן לדבריו, בכלל עשוי התובע לקבל תנאים טובים יותר, ובתשלום מופחת.

לפי עדותו של התובע בתצהירו, הוא בקש להישאר עם הפוליסות הקיימות, כדי לא לאבד את הוותק שצבר בפוליסות שמשון וכן הואיל ומדובר היה בפוליסות ללא החרגות. הנתבע 3 הבטיח, כי הוא מעביר את התובע ל"כלל" תוך שמירה על הוותק שנצבר ובמלא הזכויות, ואף הוסיף כי התובע לא יידרש לחתום על הצהרת בריאות חדשה ולא יעמוד לבדיקות רפואיות. לדברי התובע, הנתבע 3 הציג את המעבר ל"כלל" כפרוצדורה פשוטה של חתימה על מספר טפסים.

בחקירתו הנגדית חזר ואישר התובע כי כאשר הנתבעים רכשו מגב' מלמן את תיק הביטוחים, הנתבע 3 הזמינו למשרדו, עשה 'כמה חילופים בפוליסות ואמר שהכל יהיה בסדר' [עמ' 2 שורות 27]. התובע עמד על כך שהיוזמה לשינויים הייתה של הסוכן ולא שלו [עמ' 2 שו' 32]. לטענת התובע, הפגישה עם הנתבע 3 הייתה קצרה, ארכה כ-15 דקות בלבד, במהלכה התבקש לחתום על מסמכים שונים מבלי שהובהר לו על מה הוא חותם ומה משמעות המסמכים.

באותה עת, כך מצהיר התובע בתצהירו, היה התובע כבר כבן 67 שנים, עולה חדש לדבריו, שלא הבין במושגים המקצועיים של עולם הביטוח. התובע חתם על המסמכים שהוצגו לו מפני שהנתבעים 2-3 הבטיחו לו ביטוח טוב יותר ובמחיר זול יותר, תוך שמירה על כל זכויותיו.

הצגה תמימה לכאורה זו התגלתה כבלתי מדויקת בחקירתו הנגדית של התובע. במועד שבו נפגש עם הנתבע 3 כבר שהה התובע בארץ למעלה מ-15 שנים וקשה לראותו כ'עולה חדש', אף שלא שלט בקריאה ובכתיבה בעברית. התרשמתי כי התובע שולט מצוין בשפה העברית המדוברת, ואכן לאחר חקירה קצרה הודה כי **ידע** שהוא עובר לחברת ביטוח אחרת, וכשחתם על המסמכים **הבין** כי מדובר בטפסים לצורך **ביטוח חדש** [עמ' 3 שורה 27]. התובע הודה בחקירתו הנגדית כי נשאל על ידי הנתבע 3 'הרבה שאלות' שהתייחסו גם למצבו הבריאותי, וכשעומת עם עובדות הכלולות בהצעת הביטוח,

כמו פרטים אודות עישון ומצבם הבריאותי של הוריו, הודה, בחצי פה כי 'יכול להיות שאמרתי לו' [עמ' 4 שורות 3-8]. לבסוף, נאלץ התובע להודות כי היה ידוע לו כי יש למלא שאלון רפואי בעת הגשת הצעת הביטוח לכלל, אך חזר שוב ושוב על גרסתו, כי הובטח לו 'שהכל אותו דבר' כמו בפוליסות של שמשון. וכשהוצג בפניו כי פוליסת כלל כוללת את כל הניתוחים הפרטיים בארץ ובחו"ל, בניגוד לפוליסה הקודמת, שינה טעמו ואמר מיד כי הנתבע 3 הבטיחו כי 'הכל יותר טוב', וגם כי 'זה יהיה יותר זול' בפרמיות [עמ' 6 שורות 19, 23].

לבסוף, הודה התובע כי ביקש גם כיסוי יותר גבוה בפוליסת הסיעוד: "הוא אמר לי שיהיה יותר זול, יותר טוב... מה שאני לא רוצה זה לאבד את הוותק שלי, כל פעם שדיברנו על זה..." [עמ' 6 שו' 25 ואילך]. ובהמשך כשחזר ונשאל אם ידע שהוא עובר לחברת ביטוח אחרת השיב: "כן, בתנאי שהוותק שלי ושהזכויות שלי ימשיכו ככה, זהו. אני ידעתי שאני עובר לחברה אבל הוא אמר לי לא, זה יהיה יותר טוב".

מכל מקום, ביום 28.5.2002 הגישו הנתבעים 2-3 ל'כלל' הצעה לביטוח אחריות מורחבת + תרופות לתובע, ובחודש יולי 2002 הוגשה ל'כלל' הצעה לביטוח סיעודי, ובמקביל, בוטלו את הפוליסות שהיו תקפות במגדל. בעקבות ההצעה שהוגשה, הנפיקה כלל לתובע שתי פוליסות חדשות: פוליסת בריאות מסוג 'אחריות מורחבת' שמספרה 7517634 [להלן – "פוליסת הבריאות"] ופוליסת ביטוח סיעודי מסוג 'אחריות לעתיד' שמספרה 753251/8 [להלן – "פוליסת הסיעוד"].

בחודש פברואר 2005 נתברר לתובע כי עליו לעבור ניתוח טחורים, וזאת לאחר סבל ממושך [עמ' 7 שורות 18, נ/1]. הוא פנה לנתבעת 1 לקבל תגמולי ביטוח בגין הניתוח, אך כלל דחתה את דרישתו בטענה כי סעיף 10.1.3 לפוליסת הבריאות מחריג מקרה ביטוח הנובע או קשור למצב רפואי קודם. לטענת כלל, הניתוח שנדרש התובע לעבור הינו תוצאה של מערכת נסיבות רפואיות שהתקיימו אצלו עוד משנת 1998, ועל כן אין הוא זכאי לתגמולי ביטוח.

בלית ברירה, עבר התובע את הניתוח דרך קופת חולים במרכז רפואי רבין. התובע אושפז למשך יומיים.

בתביעתו זו עותר התובע לחייב את הנתבעת 1 לשלם לו תגמולי ביטוח בגין הניתוח שעבר לפי אחת משתי החלופות: תשלום של 750 ₪ בגין כל יום אשפוז, או 50% מהסכום שהיה משולם על ידי המבטח כשכר למנתח ההסכם בגין הניתוח שבוצע.

בעקבות דרישת הפיצוי, הודיעה כלל ביום 16.3.2005 כי היא מבטלת את פוליסת הסיעוד, וביצעה החרגות לפוליסת הבריאות תוך הגדלת פרמיית הביטוח ב-50%. בהעדר הסכמה מצד התובע, הודיעה כלל ביום 12.4.2005 כי היא מבטלת את פוליסת ביטוח החיים שנערכה אצלה, בשל חוסר קבלת תנאי החיתום.

ביום 5.9.2005 עבר התובע ניתוח פרוסטטה בבית החולים וולפסון, ואושפז למשך 3 ימים. לטענת התובע, על פי תנאי פוליסת הבריאות, הוא זכאי לסך של 750 ₪ לכל יום אשפוז, או ל-50% מהסכום שהיה משולם על ידי המבטחת כשכר למנתח ההסכם בגין הניתוח. התובע שלח דרישה לכלל לפצותו כאמור, ובתגובה, נדחתה דרישתו ובוטלו פוליסות הסיעוד והבריאות שהיו לו בכלל.

ביום 10.5.2006 אושפז התובע בבית חולים 'אברבנאל' בשל תשישות נפשית. לטענת התובע, על פי פוליסת הסיעוד, היה התובע זכאי לתשלום של 100% מגמלת הסיעוד למשך חודשיים. התובע עותר לחייב את הנתבעים לשלם לו את שווי תגמולי הסיעוד להם היה זכאי לפי פוליסת הסיעוד.

לטענת התובע, למעשה, נותר התובע ללא ביטוח בריאות וללא ביטוח סיעודי, וכל הפרמיות ששלם, הן לשמשון [ומגדל] והן ל'כלל', ירדו לטמיון. תוצאה זו הינה, כך לטענת התובע, פרי רשלנותם של הנתבעים 2,3 אשר לא פעלו במשלח ידם במיומנות, לא נקטו מידת זהירות, שסוכן סביר ונבון וכשיר לפעול באותו משלח יד היה נוקט, ובעטייה של התרשלנות זו נגרם, ועלול להיגרם לו גם בעתיד, נזק.

התובע אף סבור כי התנהלות הנתבעים 2-3 עולה כדי תרמית והצגת מיצג כוזב, בדבר אי פגיעה בזכויותיו על פי הפוליסות, ביודעין כי מדובר במידע כוזב, מתוך קלות ראש ואי איכפתיות, ומתוך מטרה כי יפעל על פי מיצג זה. התובע הוטעה בכוונה על ידי הנתבעים 2-3 ובגין הטעיה זו נגרם לו נזק שעל הנתבעים 2-3 לשאת בו.

עדויות הנתבעים

הנתבעים יוצגו במשותף, על אף ניגוד עניינים לכאורה שהתעורר בין הנתבעת 1 לבין הנתבעים 2-3, כאשר התובע הסכים להמלצת בית המשפט למחוק את הנתבעת 1 ולהמשיך בתביעתו נגד נתבעים 2-3 בלבד, בעילת הרשלנות המקצועית.

מטעם הנתבעת 1 ניתן תצהירה של גב' טטיאנה סטרלצין, רופאה וחתמת במקצועה, אשר שימשה בעברה כמנהלת מחלקת חיתום במנורה, חברה לביטוח בע"מ, ובעת מתן תצהירה שמשה כמנהלת תביעות בריאות בכלל. מטעם הנתבעים 2 ו-3, הוגש תצהירו של הנתבע 3, מר אבי כהן, סוכן הביטוח אשר טיפל בתיק הביטוחים של התובע ואשתו במסגרת סוכנות הביטוח של הנתבעת 2. כן הוגשה חוות דעת חיתומית של ד"ר פרלוק.

תצהירה של גב' טטיאנה סטרלצין

בניגוד לטענתו של התובע, כי התקבל לביטוח בריאות בשמשון **ללא תוספת** וללא החרגות, בתצהירה של מנהלת תביעות בריאות בכלל, גב' טטיאנה סטרלצין, המבוסס על בדיקת תיק הפוליסה של התובע ב'כלל', נטען כי ביום 20.5.02 חתם התובע על הצעת ביטוח והצהרת בריאות, לשם רכישת פוליסת ביטוח בריאות בכלל, ובמסגרת הצהרת הבריאות והנספח להצהרה, ציין התובע לחץ דם

גבוה, מחלת לב אצל ההורים, עישון 20 סיגריות ליום, וכי **התקבל לביטוח בריאות במגדל בתוספת של 25% ללא החרגות**. על בסיס הצהרתו זו, התקבל התובע לביטוח בפוליסת בריאות מסוג אחריות מורחבת, הכוללת ניתוחים ותרופות, ללא החרגות אך עם תוספת רפואית של 25% בגין יתר לחץ דם, בדיוק בהתאם לתנאים שנקבעו לו בשמשון [מגדל] בפוליסת 'ביטוח ניתוח'.

בחודש 7/02 חתם התובע גם על הצעה לביטוח סיעודי ב'כלל', וכן על הצהרת בריאות נוספת. על בסיס הצהרת הבריאות, התקבל לביטוח סיעודי ב'כלל', החל מ-8/02, ללא החרגות אך עם תוספת רפואית של 25% בגלל יתר לחץ דם, וגם זאת בהתאם לתנאי החיתום שהיו לו בשמשון.

ביום 13.1.05 התקבלה ב'כלל' דרישה, באמצעות סוכני הביטוח, לתשלום תגמולי ביטוח לתובע בגין ניתוח הטחורים שהיה עליו לעבור. כלל בקשה להעביר לה מכתב רופא מקופ"ח, ואף הזמינה את תיקו של התובע. מבדיקת תיקו עולה, כך לטענת העדה מטעם הנתבעת, כי התובע הפר את חובת הגילוי החלה עליו בשלב כריתת חוזה הביטוח, ולא הצהיר על בעיות רפואיות נוספות מהן סבל, כמו: היפרליפידמיה לא מטופלת, סכרת קלה, **טחורים**, בעיות לב, בעיות בגב תחתון, דלקות עור, חשד ל-TIA והצרות בקרוטידים.

דרישתו לפיצוי בגין הניתוח נדחתה, לאור מסקנתה של הנתבעת כי הניתוח לו נדרש התובע נובע ממצב רפואי קודם, והינו תוצאה של מערכת נסיבות שהתקיימו אצל התובע כבר מחודש 6/98. במקביל, הועבר תיקו של התובע לחיתום מחדש.

החלטת החיתום מחדש הייתה לקבל את התובע לביטוח בתוספת פרמיה של 50% ועם ההחרגות הבאות: בנספח 'אחריות מורחבת' בהחרגה של כל מקרה הנובע במישרין ו/או בעקיפין מטחורים, לב/כלי דם, גב תחתון, נגעי עור תוצאותיהם וסיבוכיהם. בנספח התרופות, ההחרגה התייחסה לתרופות הנובעות משומנים בדם, סכרת, לב/כלי דם, עור, בלוטת המגן וטחורים על תוצאותיהם, השלכותיהם וסיבוכיהם.

פוליסת הסיעוד בוטלה לחלוטין בטענה שבמועד כריתת חוזה הביטוח, התובע סבל כבר מבעיות רפואיות עליהן לא הצהיר בהצהרת הבריאות, ואילו היה מצהיר עליהן, היה נדחה מקבלה לביטוח סיעודי.

דרישות החיתום החדשות נדחו על ידי התובע, ובעקבות זאת, שלחה כלל לתובע מכתב לפיו הפוליסות בוטלו החל מיום 1.3.05 בשל אי קבלת תנאי החיתום.

באשר לסכומי התביעה, לטענת החתמת, אלמלא נדחתה תביעתו לתגמולי ביטוח על פי פוליסת ביטוח בריאות שהנפיקה לו כלל, היה זכאי התובע למימון שכר המנתח והוצאות האשפוז בשירות הפרטי, בהתאם למחירונים שהיו תקפים באותה עת או לחלופין ל-50% מעלותם, כך שבגין ניתוח

הטחורים היה זכאי לסך של 1,450 ₪ בצירוף הצמדה מ-3/98 ועבור ניתוח הפרוסטטה, היה זכאי לסך של 3,255 ₪ בצירוף הצמדה מ-3/98.

באשר לתגמולי ביטוח בגין סיעוד, התובע לא היה זכאי לתגמולים אלו על פי פוליסת הסיעוד של כלל, משני טעמים: קיימת תקופת המתנה היא בת 90 יום, כך שאשפוזו בן החודשיים של התובע נופל בתקופת המתנה, וכן קיימת החרגה בפוליסה למקרה שבו הצורך הסיעודי נגרם כתוצאה מהתמוטטות עצבים או ליקוי נפשי אחר. לטענת החתמת, התובע לא היה זכאי לתגמולי ביטוח גם לפי פוליסת הסיעוד שהופקה לו בשמשון, שם קיימת תקופת המתנה ארוכה אף יותר, בת 6 חודשים.

חקירתה של הגב' טטיאנה סטרלצין התמקדה בשתי טענות: טענות אי הגילוי שנטענה כלפי התובע, והטענה כי במצבו בעת כריתת ביטוח הסיעוד, לא היה מתקבל לביטוח כאמור באף חברת ביטוח.

באשר לטענתה בדבר הפרת חובת הגילוי מצד התובע, כחתמת, היא נשאלה על היקף חובת הגילוי מצד המבוטח בהצעת הביטוח, והסכימה כי **"לא מצפים שהלקוח יכול לדווח על כל חשד מינימלי"** [עמ' 15 שו' 3]. אם מדובר באירוע חד פעמי שלא דרש טיפול או חשד שנשלל לחלוטין והיה זמן רב לפני תחילת הפוליסה, אין מצופה מן המבוטח לדווח על כך, ולא ייטען נגדו כי הפר את חובת הגילוי, אך אם מדובר בחשד כלשהו שמצריך מעקב או טיפול שוטף או המשך בירור, אזי כן צריך להצהיר עליו בהצהרת הבריאות [עמ' 16 שו' 27].

באשר לדחיית קבלת התובע לביטוח סיעודי, הסבירה החתמת כי כעולה מתיקו הרפואי, התובע סבל ממחלה רב מערכתית הפוגעת בכלי הדם ומהווה סיכון גדול מאד להתפתחות והחמרה עתידית. מדובר בשילוב של מספר רב של גורמי סיכון, כמו: סימנים למחלת טרשת עורקים, יתר לחץ דם וסוכרת, ברם, משנשאלה אם התובע **אובחן** כחולה במחלת טרשת עורקים, נאלצה להודות שלא כך הדבר, ובתיקו הרפואי **לא אובחן התובע כחולה במחלת טרשת עורקים**. למרות זאת, עמדה על דעתה כי התובע היה נדחה מקבלה לביטוח סיעודי, והסבירה בהרחבה לשאלת בית המשפט, אם כל מי שיש לו **גורמי סיכון** לטרשת היה נדחה מקבלה לביטוח סיעודי: **"יש מכלול. אם יש לו רק יתר לחץ דם הוא יכל להתקבל, אם יש לו יתר שומנים בדם, בשני המקרים [יכול היה להתקבל – א.ז.] עם תוספת רפואית. אם יש לו גם יתר לחץ דם וגם שומנים, התוספת תהיה גבוהה יותר, עדיין יתקבל. ברגע שמדובר בשילוב של סכרת עם גורמי סיכון, קרוב לוודאי שזה היה דחייה, תלוי בגיל, בחומרת הסוכרת ובפגיעה באברי מטרה. כאשר מדובר בשילוב של סכרת, יל"ד והיצרות בעורק הקרוטיס, זה גורם לסיכון מאד מאד משמעותי להתפתחות אירוע מוחי ובגילאים המבוגרים זהו הסיבה העיקרית לסיעוד"**. והואיל ובמקרה דנן, התובע סבל גם מיתר לחץ דם, גם משומנים בדם, גם מסוכרת וגם מהיצרות בקרוטיס, היה נדחה מקבלה לביטוח סיעודי.

על נוהל המעבר מחברת ביטוח אחת לאחרת, העידה: **"בכל טופס הצעה להצטרפות לפוליסה קיים גם טופס ויתור סודיות ויש לנו אפשרות לפי שיקול דעת החתם לקבל גם חומר נוסף בהתאם להנחיות של מבטחי המשנה שבאותו רגע נמצאים בהתקשרות עם החברה המבטחת בכיסוי**

הספציפי זה כלל, או במידה וקיימות ספקות או סיבות לבירור נוסף ממידע שעולה מהצהרת הבריאות של המבוטח". ב"כ התובע ברר עם החתמת אם יש גיל מסוים שבו חברת הביטוח מפעילה את שיקול הדעת כדי לבדוק את מצבו הרפואי של המבוטח, ועל כך השיבה כי כיום, כל מבוטח מעל גיל 70 המבקש להצטרף לפוליסת סיעוד אמור לעבור בדיקה רפואית מיוזמת חברת הביטוח, שכוללת גם בדיקה קוגניטיבית.

מתצהירה של נציגת כלל עולה, כי החיתום בכלל נעשה בהתבסס על תנאי החיתום לפיהם התקבל לביטוח בשמשון, קרי: ללא החרגות רפואיות אך בתוספת פרמיה של 25% בשל יתר לחץ דם, וזאת על יסוד הצהרת הבריאות שלו, וזאת למרות שחלפו כ-12 שנים [!] מאז נערך החיתום בשמשון. התובע היה כבן 67 שנים כשהתקבל לביטוח בכלל, ובגיל זה כלל לא נהגה לבצע בדיקה לעומק של התיק הרפואי, אלא אם כן היו קיימים ספקות העולים מהצהרת הבריאות, ובמקרה זה, ספקות כאלו לא התעוררו. למעשה, עד גיל 70 כלל לא נהגה לבדוק באופן ייזום את מצבו הבריאותי של המבקש להצטרף לביטוח בריאות או סיעוד, והסתמכה אך ורק על הצהרת הבריאות של המועמד.

עדותו של אבי כהן

מר אבי כהן לא חולק בתצהירו על כך, כי הנתבעת 2 רכשה מסוכנת הביטוח גב' קריסטינה מלמן את תיק לקוחותיה, וכי במסגרת עבודתו כסוכן ביטוח שכיר בסוכנות, נפגש עם התובע לצורך שיפור תנאי הפוליסות שברשותו.

לטענתו של מר כהן, כדרך שגרה, כאשר רוכשים תיק ביטוחים מסוכן אחר, נהוג לפנות לכל המבוטחים ולבדוק יחד איתם, אם אפשר לשדרג את הכיסויים בפוליסות ולהוזיל את עלויות הביטוח. וכך נעשה גם בעניינו של התובע. מכל מקום, מר כהן גם לא חלק בתצהירו על כך כי ביום 20.5.02 נפגש עם התובע וכי הציע לו לשדרג את פוליסת הבריאות שלו בשמשון לפוליסת בריאות 'אחריות מורחבת' בכלל.

לפי דבריו בתצהירו, הסביר לתובע כי במסגרת הפוליסה של כלל, ניתן לקבל כיסויים נרחבים יותר, שלא היו קיימים בפוליסת הבריאות בשמשון, כגון: כיסוי מורחב לכל הניתוחים הפרטיים בארץ ובחו"ל, כיסוי תרופות מחוץ לסל הבריאות וכו', וכנגד תשלום פרמיה נמוכה יותר. לפי עדותו, הוסבר לתובע במפורש, כי מדובר בביטוח חדש לכל דבר ועניין וכי התובע יצטרך לחתום על הצעת ביטוח והצהרת בריאות, ורק אם כלל תסכים, יוכל להתקבל לביטוח.

מר כהן מכחיש בתצהירו נמרצות כי הבטיח לתובע כי יישמר לו הוותק וזכויותיו בשמשון יישמרו. ההיפך הוא הנכון, הוא חוזר וטוען כי הדגיש בפני התובע באופן חד משמעי כי קבלתו לביטוח מותנית בחיתום חדש, על בסיס מיצגיו בהצעת הביטוח ובהצהרת הבריאות.

לאחר שהתובע אישר שהבין את משמעות הדברים, וענה לשאלותיו של מר כהן להצהרת הבריאות, חתם על ההצעה לביטוח 'בכלל', במסגרתה ציין כי התקבל לביטוח בשמשון עם תוספת פרמיה של 25%, בשל עודף משקל ויתר לחץ דם גבוה.

בסיום הפגישה, העביר מר כהן את החומר לידי כלל, והתובע התקבל לביטוח בריאות על ידה, באותם תנאים שהיו לו בשמשון – קרי: תוספת רפואית של 25% בגלל יתר לחץ דם, וללא החרגות רפואיות.

הפגישה השנייה בין התובע למר כהן יוחדה לפוליסת הסיעוד. לטענת מר כהן, הסתבר כי הוא יכול להשיג לתובע אותו סכום ביטוח סיעוד בפרמיה נמוכה משמעותית. אך התובע בחר להשאיר את גובה הפרמיה ולהעלות את סכום הביטוח.

שוב הוסבר לתובע כי מדובר בפוליסה חדשה, ועליו לחתום על הצעת ביטוח והצהרת בריאות שיהוו את המיצג על פיו יתקבל לביטוח. והתובע אכן חתם על מסמכים כאמור, ולטענת מר כהן זאת נעשה לאחר שוידא עם התובע כי לא חל שינוי במצבו הבריאותי מאז **הצהרת הבריאות הקודמת שחתם ביום 20.5.2002**, עבור ביטוח הבריאות בכלל.

במהלך הפגישה הסתבר, כי אשתו של התובע חולה ובמצב סיעודי, ועל כן **לא נעשה שינוי בפוליסות שהופקו לה בשמשון**, והיא לא הועברה לביטוח בכלל. בכך יש ללמד כי התובע הבין את ההשלכות של המעבר לכלל.

לאחר שהתקבל אישור מכלל, הוצאו לתובע שתי פוליסות: פוליסת בריאות 'אחריות מורחבת' שתחילתה ביום 1.6.02 ופוליסת 'אחריות סיעודית' שתחילתה ביום 1.8.02, והועברה למגדל הבקשה עליה חתם התובע להפסיק את הפוליסות שהופקו בשמשון, החל מיום 31.8.2002.

במהלך חקירתו, נחקר מר כהן ארוכות לגבי דרך פעולתו מול מבוטח בגילו של התובע, 67 שנים, כאשר הוא מציע לו להחליף פוליסות בריאות וסיעוד קיימות. במיוחד נשאל אם הסביר לתובע כי צריך לחשוב על כל השינויים שחלו במצבו הבריאותי מאז ההצהרה הקודמת שמסר לשמשון, ענה מר כהן כי: **"אני עשיתי את מה שעושים בכל קבלה של מבוטח חדש. אני קראתי לו את כל השאלות עם כל הפרטים שבהצהרת הבריאות לכלל, והוא ענה לי, וכאשר ציין שיש בעיה מסוימת, סימנתי או ציינתי אותה בכתב בהצהרת הבריאות ומאחר ובהצהרה עצמה לא היה מספיק מקום, הוספתי דף נוסף והוספתי בכתב ידי את כל התשובות לשאלות ששאלתי אותו. שם ציין לגבי לחץ דם מגיל 16, שהוריו חולי לב... אני חושב שהעניין מבהיר בצורה חדה מאד שעשיתי עבודתי נאמנה. לא היה לי רושם שהוא מנסה להעלים משהו. שאלתי את כל השאלות שאני נדרש לשאול"** [עמ' 19 שו' 8-15].

ובהמשך, כשנשאל אם הוא בנקל מחליף פוליסת בריאות וסיעוד לאדם בן 67, השיב: **"קודם כל, אפשר לקבל אנשים עד גיל 80. מגיל 80 אי אפשר לקבל אדם. אני לא רואה בעיה בגיל 67 לקבל אדם אם בצעתי את עבודתי כמו שצריך"** [עמ' 20 שו' 28].

מר כהן מודה בחקירתו, כי לא התעמק בתיק שקבל מסוכנת הביטוח הקודמת, וכל מה שעניין אותו היו הטפסים שעליו למלא עבור כלל: **"קבלתי את מה שהסוכנת [גב' טטיאנה סטרובין – א.ז.] מסרה לסוכנות. היה תיק במשרד, אני לא זוכר בדיוק אם התעמקתי בו. אני מסתמך על הצהרת הבריאות שחברת כלל מחייבת אותי למלא ובמידה ויש תוספות, אני מוסיף אותן. מה שהיה לי רלוונטי לגבי אלה התשובות שלו באותו יום"** [עמ' 19 שו' 20].

מחקירתו של סוכן הביטוח גם עולה, כפי שהודה בחצי פה, כי אותה "שגרה" של שדרוג הפוליסות למבוטחים, במקרה של קניית תיק ביטוח, לא נבעה רק מן הרצון למקסם את התנאים שמקבלים המבוטחים, אלא גם מן הטעם שהעמלות לסוכן בשנים הראשונות לחיי הפוליסה גבוהות יותר, וגם זה מהווה תמריץ להחלפת הפוליסות.

אמנם, הכיסויים שנכללו בפוליסות כלל, הן בפוליסות הבריאות והן בפוליסות הסיעוד, היו כנראה רחבים יותר מן הכיסויים שהיו לתובע בפוליסות שהופקו בזמנו על ידי שמשון, אלא שהיקף הכיסוי אינו חזות הכל, וכאשר חולף פרק זמן ארוך יחסית בין החיתום הקודם לחיתום החדש, במיוחד אצל אנשים בגילאים מתקדמים, צריך להתייחס גם לשינויים שחלו במצב הבריאותי מאז החיתום הקודם. **נושא זה לא זכה להתייחסות נכונה מצד סוכן הביטוח**, חרף עמידתו של התובע על כך ש"הותק" שלו יישמר, קרי: שלא יוכלו להעלות נגדו במסגרת הפוליסות החדשות, טענות בדבר מצבו הבריאותי, שחברת שמשון ומגדל בנעליה, לא יכלו להעלות נגדו. סוכן הביטוח התייחס לתובע, למרות גילו המתקדם, כאל כל מבוטח חדש. סוכן הביטוח התעלם מכך, שאין מדובר במבוטח חדש, שאין לו פוליסת בריאות או פוליסת סיעוד, ועל כן הוא צריך רק לדאוג למילוי הטפסים שחברת הביטוח כלל דרשה ממנו למלא. היה עליו להתייחס לתובע כאל מבוטח שכבר יש לו פוליסות קודמות, המשמרות את מצבו הרפואי מלפני שנים, וכי במסגרת הפוליסות החדשות המוצאות לו, על אף הכיסוי הרחב יחסית לכאורה, לא יועלו נגדו טענות המפקיעות את החבות, טענות שחברת שמשון [מגדל בנעליה] לא יכלה להעלות. הסוכן לא דאג לוודא אם חל שינוי במצבו הבריאותי מאז הליך החיתום בשמשון. מר כהן נשאל מפורשות על ידי בית המשפט, אם לא בדק שמא התפתח משהו מהזמן שבוטח בשמשון למועד שבוטח בכלל, כדי שלא ייפול בין הכיסאות, והשיב: **"תפקידם של סוכני הביטוח לעשות פוליסות לאנשים. יש תהליך שמתחיל במילוי הצהרת הבריאות. המועד לביטוח צריך לענות על הרבה מאד שאלות"**, ובדברים אלו, למעשה מטיל הסוכן את האחריות על כתפי התובע בשל אי גילוי מפורט של מצבו הבריאותי במועד בו מולאה הצעת הביטוח לכלל.

חוות דעת חיתומית של ד"ר פרלוק

הנתבעת הגישה מטעמה גם חוות דעת חיתומית של ד"ר פרלוק. ד"ר פרלוק סקר את הצהרות הבריאות עליהן חתם התובע במסגרת קבלתו לביטוח בריאות, בחודש 5/02 ובמסגרת קבלתו לביטוח סיעוד בחודש 7/02, ואימת אותן מול תיקו הרפואי של התובע שהתקבל מקופת חולים.

ד"ר פרלוק סבור כי התובע לא גילה את מצבו הבריאותי לאשורו, והסתיר מחברת הביטוח כלל פרטים רפואיים בדבר מחלות ואירועים רפואיים שהיו מהותיים בהתייחס להחלטה האם לקבלו לביטוח ובאיזה תנאים, ואשר היה עליו לגלותם, כדלקמן:

- התובע הצהיר כי אינו סובל ממחלת לב, בעוד שבתיעוד הרפואי אובחן בשנת 1998 כסובל ממחלת לב איסכמית והועלה חשד לאי ספיקת לב, והתובע נזקק לתרופות משתנות.
- התובע הצהיר כי לא סבל מאירוע מוחי וכלי דם ומן התיעוד הרפואי עולה כי בשנת 1991 היה חשד לאירוע איסכמי חולף, ובשנת 1996 אובחן עם הצרות קלה זו צדדית בעורק החיצוני וחסומת עורק חוליות משמאל.
- התובע הסתיר כי בשנת 1995 הועלה חשד לאי ספיקת לב.
- התובע לא גילה כי בשנת 1995 אושפז בגין מחלת ריאות חסימתית כרונית, הגם שמדובר היה באבחנה חד פעמית.
- התובע לא גילה שהוא סובל מהשמנת יתר.
- התובע לא גילה כי הוא סובל מתת פעילות של בלוטת התריס וקבל תרופות בשל כך.
- התובע לא גילה כי משנת '98 הוא סובל מרמות סוכר גבוהות ומרמות שומנים גבוהות.
- התובע לא גילה כי סבל מדרמטיטיס.
- התובע הסתיר כי סבל מכאבי ראש ועלה חשד לנוירלגיה
- התובע לא גילה כי סבל מטחורים ומאי תפקוד מיני.

על פי חוות דעתו המקצועית של ד"ר פרלוק, המשמש כחתם רפואי, אילו גילה התובע מצבים רפואיים אלו, הייתה הצעתו לביטוח בריאות נדחית, וכך גם הצעתו לביטוח סיעוד. למעשה, מצבים רפואיים אלו הוסתרו על ידי התובע גם מחברת הביטוח שמשון, ולטענת ד"ר פרלוק, כל מבטח סביר היה דוחה אותו מקבלה לביטוחים, אילו ידע על מצרף הבעיות הרפואיות מהן סבל התובע, על פי דפי החיתום שצרף בשלב מאוחר יותר, לחוות דעתו.

בחקירתו על חוות דעתו הסתבר, כי את הפרטים בדבר בעיות רפואיות עליהם הצהיר התובע, קבל טלפונית, כשלמעשה נאמר לו כי בהצהרת התובע לא היה פירוט כלשהו לגבי בעיות רפואיות. כן מודה ד"ר פרלוק, כי לצורך עריכת חוות דעתו לא עמדו בפניו הצהרות הבריאות שמלא התובע עבור שמשון, ואף לא תוצאות הבדיקות הרפואיות אליהן נשלח התובע במסגרת החיתום בחברת שמשון. וכשהוצגו לו במהלך החקירה הצהרות הבריאות שנתן התובע גם לשמשון וגם לכלל, נאלץ להודות כי המידע שקבל טלפונית אינו מדויק, שכן התובע הצהיר על בעיות בריאות של יתר לחץ דם ועודף משקל, עישון ופוליפ על מיתרי הקול.

למרות זאת, היה ד"ר פרלוק איתן בדעתו, כי לו הצהיר התובע על מלא הבעיות הרפואיות העולות מתיקו הרפואי, לא היה מתקבל לביטוח סיעוד, וזאת לאור הסיכון המצרפי של יתר לחץ דם, סכרת והיצרות של עורקי הצוואר. יחד עם זאת, אילו סבל התובע רק מיתר לחץ דם, היה מתקבל לביטוח סיעוד עם תוספת פרמיה, כפי שנעשה בפועל.

המסקנות העולות מן העדויות:

מעדותו של התובע ושל מר אבי כהן, עולה המסקנה המפורשת והחד משמעית כי היוזמה לחילופי הפוליסות והמעבר ממגדל לכלל, הייתה של סוכן הביטוח, אלא שהדבר נעשה בידיעה מלאה של התובע כי מדובר בפוליסות חדשות, ועל כן בחיתום חדש. התובע הודה כי ההחלפה נעשתה כי הובטח לו כי יקבל כיסויים זהים לפוליסות שהיו ברשותו, ואף טובים יותר ובמחיר זול יותר, אך זאת על יסוד הסתמכותו על דרישתו כי "שהותק יישמר". בלשון הדיוטות כוונת התובע הייתה, כי כתוצאה מהמעבר לא יטענו כלפיו טענות בדבר מצב בריאות, שחברת שמשון או מגדל, לא יכולות לטעון כלפיו, לאור הוותק שצבר בפוליסות הקודמות שהיו ברשותו, ועל יסוד מיצג זה, הסכים התובע להחלפת המבטחת ולחיתום החדש.

עוד הסתבר מן העדויות, כי סוכן הביטוח הנתבע 3 ושולחתו, הנתבעת 2, לא היו מודעים בכלל לצורך לבדוק אם חל שינוי כלשהו במצבו הבריאותי של התובע, מאז נערך החיתום בחברת שמשון. הסוכן התמקד אך ורק בצורך למלא את הטפסים אותם מחוייב היה למלא לפי דרישת 'כלל'. הסוכן התייחס לתובע כאל כל מבוטח חדש, שאל אותו את כל השאלות הרלבנטיות בשאלון הבריאות, ותו לאו. פועל יוצא מכך, לא התייחס סוכן הביטוח לשאלה, מה יקרה בקרה מקרה ביטוח, הנובע ממצב רפואי שהתהווה אצל התובע לאחר החיתום בשמשון, ולפני החיתום בכלל, ולא הבהיר לתובע כי במצב דברים כזה, **לא יהיה לתובע ביטוח בריאות וביטוח סיעוד**, ועל התובע לשקול מה עדיף לו: לקבל כיסויים רחבים יותר בפוליסת הבריאות והסיעוד במחיר זהה או אף זול יותר, במחיר של הפסד תגמולי ביטוח במקרים בהם מקרה הביטוח נסמך על מצב רפואי שקרה לאחר החיתום בשמשון, או להישאר עם הפוליסות הישנות שלו, בהם נשמר לו "הוותק" כלשונו. האפשרות הזו לא הוצגה בפני התובע על ידי סוכן הביטוח.

סוכן ביטוח זהיר, המפעיל מיומנות סבירה, היה צריך להיות ער לפרק הזמן הארוך יחסית שעבר מאז החיתום הקודם של התובע, 12 שנים במקרה של פוליסת הבריאות ו- 5 שנים במקרה של פוליסת הסיעוד, ולגילו המתקדם. על סוכן הביטוח היה להזהיר את התובע מפני המצב בו לא יהיה לו כיסוי ביטוחי על פי הפוליסות החדשות, בעוד שעל פי הפוליסות הישנות, עשוי להיות לו כיסוי, אף שבהיקף אולי מצומצם יותר, בשל שינויים במצבו הבריאותי שחלו מאז החיתום הקודם. הצגת הדברים באופן שבו החיתום החדש מהווה 'שידרוג' במצבו של התובע, הינו מוטה, חד צדדי ואינו מדויק. כאמור, נתתי אמון בדברי התובע כי דרש ש'הותק' יישמר לו, ורק על בסיס מיצג כי הותק לא ייפגע, נעתר לחיתום החדש. הנתבעים 2-3 לא פעלו כסוכני ביטוח סבירים, כאשר לא ווידאו כי

לתובע יהיה רצף של כיסוי ביטוחי, הן בפוליסת הבריאות והן בפוליסת הסיעוד, ולא העמידו אותו על אפשרות הבחירה : השארות עם פוליסות המקנות אולי כיסוי מצומצם יותר, אך המתבססות על מצב רפואי ישר, או המרת הפוליסות לפוליסות המקנות כיסוי רחב יותר במצבים מסויימים, אך ללא שמירה על ה'ותק' ואשר עלולות שלא לתת כיסוי ביטוחי בגין מצב בריאותי שהתהווה אחרי החיתום בשמשון. בכך, התרשלו הנתבעים 2-3 כלפי התובע.

"מקרה הבטוח" והתביעות הכספיות של התובע

כאמור, התובע טוען כי מגיעים לו תגמולי ביטוח בגין כמה מקרי ביטוח :

- תגמולי ביטוח בגין ניתוח טחורים בחודש פברואר 2005, לפי 50% משכר המנתח לפי ההסכם או 750 ₪ לכל יום אשפוז, ובסה"כ בגין שני ימי אשפוז. לפי עמדת הנתבעים, כעולה מתצהירה של גב' סטרצין, שכר המנתח עמד על 2,900 ₪, [נכון ל- 3/98] ואם הייתה הפוליסה בכלל תקפה, היה התובע זכאי לתגמולי ביטוח בשיעור 50%, דהיינו: 1,450 ₪ בצרוף הצמדה מ-3/98.
- תגמולי ביטוח בגין ניתוח פרוסטטה בחודש ספטמבר 2005, 50% משכר המנתח שעמד על סך 6,150 ₪ [נכון ל-3/98], כך שתגמולי הביטוח היו עומדים על 3,255 ₪ בצירוף הצמדה מ-3/98.
- תגמולי ביטוח בגין גמלת סיעוד למשך חודשיים, בתקופת אישפוזו בבית חולים 'אברבנאל' בשל תשישות נפשית בחודש מאי 2006.

על פי פוליסת 'ביטוח-ניתוח' שרכש התובע בשמשון, ואשר תנאי הביטוח פורטו בג'קט של מגדל אשר צורף לתצהירי הצדדים, התובע היה זכאי לשכר מנתח מוסכם, או לשכר ששולם על ידו בפועל, עד תקרת השכר המפורטת ברשימה המצויה בידי חברת הביטוח, לגבי אותו סוג של ניתוח.

אך את הנזק העיקרי שנגרם לו, ועלול להיגרם לו בעתיד, רואה התובע באבדן ביטוח הסיעוד שהיה לו בשמשון. מצבו הבריאותי של התובע הולך ומתדרדר, תלותו בזולת הולכת וגדלה, וקיים יותר מסיכוי סביר כי התובע יגיע בעתיד למצב סיעודי, ותמנע ממנו האפשרות לקבל תגמולי ביטוח.

טענת התובע בסיכומיו היא, כי לא הוא זה שמילא את טופס הצהרת הבריאות אלא סוכן הביטוח, אשר למעשה, העתיק את האמור בהצהרת הבריאות שמסר בזמנו לשמשון. טענה זו אינה יכולה לעמוד. כאמור, בחקירתו הנגדית הודה התובע כי נשאל שאלות רבות בעת החתימה על הטפסים, לרבות לגבי מצבו הבריאותי. כך, שגם אם הנתבע 3 הוא זה אשר מלא את הטופס בכתב ידו, כפי שהודה בחקירתו, הרי הוכח שאת המידע קבל מן התובע.

התובע ידע כי הוא מתקבל לביטוח חדש, בתנאים משופרים אך סבר, על יסוד מצגיו של הנתבע 3, כי הוותק נשמר, קרי: לא יעלו כלפיו טענות לגבי מצב בריאות קודם, ששמשון, ומגדל בנעליה, לא יוכלו לטעון כלפיו.

מיצג זה, הסתבר כמוטעה, ותביעותיו לתגמולי ביטוח נדחו על ידי הנתבעת 1, ובדין – בהסתמך על האמור בפוליסה המחריגה "מקרה ביטוח [ש]הינו תוצאה של המהלך הרגיל של המחלה או של מערכת נסיבות רפואיות אשר מתקיימות במבוטח לפני מועד הצטרפותו לביטוח או בתקופת האכשרה, אלא עם הצהיר על כך המבוטח בהצעה והמבטח הסכים בכתב לבטחו". הואיל ולית מאן דפליג, כי ניתוח הטחורים שעבר התובע בחודש פברואר 2005 נובע ממצב רפואי שהחל עוד בשנת 1998, לא הייתה כלל חייבת לשאת בתגמולי הביטוח בגין ניתוח הטחורים, גם אלמלא בוטלה הפוליסה. באשר לבטוח הפרוסטטה, לכאורה, אלמלא בוטלה הפוליסה בכלל, היה התובע זכאי לתגמולי ביטוח בסך 3,255 ₪ בצרוף הצמדה מ-3/98.

כך, הייתה נדחית גם תביעתו של התובע לתגמולי ביטוח מ'כלל' בגין פוליסת הסיעוד, אלמלא בוטלה הפוליסה על ידה, וזאת מאחר ותקופת ההמתנה על פי הפוליסה היא בת 90 יום, ורק לאחר זכאי התובע לגימלת סיעוד על פי הפוליסה.

בעצם, נותר אך לדון בשאלה, אם אלמלא השדרוג שביצעו הנתבעים לתובע, והעברת התובע מהביטוח בשמשון [מגדל] לכלל, היה התובע זכאי לתגמולי ביטוח על פי הפוליסות הישנות שהיו לו בשמשון?

לעניין זה, טענת ההגנה העיקרית של הנתבעים היא, כי אילו היה התובע מצהיר על מצבו הבריאותי לאשורו, לא היה מתקבל לביטוח סיעודי גם במגדל [סעיף 22 לתצהירה של גב' סטרלצין], או לביטוח בריאות וסיעוד [פרק הסיכום לחוות דעתו של ד"ר פרלוק] בכל חברת ביטוח. במילים אחרות, אילו לא בוטלו הפוליסות בשמשון [מגדל] והתובע היה מגיש תביעתו לחברת מגדל, היתה התביעה נדחית מחמת אי גילוי, והיו טוענים כלפיו כי מלכתחילה, לא היה מקום לקבלו לביטוח בריאות וסיעוד.

אלא שעיון בחוות דעתו של ד"ר פרלוק מגלה, כי כל האירועים שלטענת הנתבעים, התובע הסתיר ולא גילה בעת עריכת תצהיר הבריאות, ובגינום לא היה מתקבל לפוליסת הבריאות בשמשון, תחילתם בשנת 1991, בעוד שביטוח הבריאות הראשון בשמשון נרכש על ידי התובע ביום 1.12.1990. בטוח זה הורחב לכלול גם ביטוח השתלות ביום 1.4.1995.

באשר לביטוח הסיעוד ב'שמשון', ביטוח זה נרכש ביום 24.11.1996, ותחילתו בחודש 8/1997.

ד"ר פרלוק מונה בחוות דעתו שורה של מחלות ומצבים בריאותיים, שאילו גולו על ידי התובע, היה נדחה מקבלה לביטוחים כאמור, ובכללם: אירוע מוחי ומחלות כלי דם, חשד לאירוע איסכמי חולף משנת 1991, היצרות קלה דו צדדית שאובחנה בשנת 1996, סוכרת שאובחנה בשנת 1998, יתר שומנים בדם שאובחנו בשנת 2001.

לשאלת בית המשפט, הסכים ד"ר פרלוק, כי רק בשל החשד לאירוע איסכמי חולף ותוצאות בדיקת עורקי הצוואר "לא בגלל זה לא היו מקבלים אותו לביטוח סיעודי" [עמ' 12 שורה 5]. הווי אומר, כי בשנת 1991, היה התובע מתקבל גם לביטוח בריאות וגם לביטוח סיעוד, על יסוד מצבו הרפואי שהיה נכון לאותה עת.

באשר לפוליסת הסיעוד ב'שמשון', זו נוספה בשנת 1997. באותה עת, התובע טרם אובחן כסובל מסוכרת ומיתר שומנים בדם, שכן מחלות אלו, לפי חוות דעתו של ד"ר פרלוק, אובחנו אצל התובע רק בשנת 1998. מכאן, שלא הייתה כל מניעה לקבלתו לביטוח סיעוד ב'שמשון' במועד שבו נערך החיתום.

המסקנה המתבקשת הינה, כי טענת הנתבעים, כי אילו גילה התובע את מצבו לאשורו בעת כריתת חוזי הביטוח עם **שמשון**, לא היה מתקבל לביטוח בריאות ולביטוח סיעודי – דינה להידחות. ואלמלא ה'שדרוג' שביצוע הנתבעים בפוליסות של התובע, בשנת 2002, היה התובע נשאר עם הפוליסות שלו שהופקו בשמשון, והיה לכאורה, זכאי לתגמולי ביטוח בגין הניתוחים שעבר.

לא כן הדבר באשר לתגמולים בגין פוליסת הסיעוד, שכן בפוליסה שהייתה בשמשון, תקופת ההמתנה ארוכה אף יותר מתקופת ההמתנה על פי הפוליסה של כלל, ועומדת על 6 חודשים. היות ומדובר באשפוז של חודשיים בלבד בשל תשישות הנפש, לא היה התובע זכאי לתגמולי ביטוח לפי פוליסת הסיעוד ב'שמשון'.

באשר לנזק העיקרי אליו מפנה התובע, והוא אובדן פוליסת הסיעוד לה עלול להיזקק בשנים הבאות, הרי שלא ניתן לכמת נזק זה. 'מקרה הביטוח' הסיעודי לא התרחש עדיין בעת הדיון בתובענה זו [למעט תקופת האשפוז באברבנאל], ואין כל וודאות כי אכן מצב זה יתרחש. ברי, כי אין מקום לפסוק לתובע פיצוי כספי בגין אובדן פוליסת הסיעוד לעתיד לבוא, והתביעה בגין נזק זה, מוקדמת מידי.

סוף דבר

התובע הרים את נטל השכנוע להראות כי הנתבעים 2 ו-3 התרשלו כלפיו ברשלנות מקצועית, כאשר פעלו להמרת פוליסת ביטוח הבריאות ופוליסת ביטוח הסיעוד שהיו לתובע בחברת שמשון [מגדל] בפוליסות חדשות בחברת כלל. כתוצאה מהתרשלות זו, הפסיד התובע תגמולי ביטוח שהיה זכאי לקבל, בגין הניתוחים שעבר. **הנתבעים מסכימים כי גובה הפיצוי המגיע לתובע בגין הניתוחים שעבר, עומד על ₪ 5,500 [סעיף 28 לסיכומי התובע, סעיף 236 לסיכומי הנתבעים] בצרוף הפרשי הצמדה וריבית מיום הגשת התביעה, ועד התשלום בפועל.**

כתוצאה מהתרשלות הנתבעים 2-3, הפסיד התובע גם את פוליסת הסיעוד שהוצאה לו, אלא שבשלב בו התבררה התביעה, טרם נגרם לתובע נזק בשל אי קבלת תגמולי ביטוח. נזק כזה, יכול ויתרחש בעתיד ויכול שלא, ואין לפסוק לתובע פיצוי בגינו.

אשר על כן, הנני מחייבת הנתבעים 2-3, יחד ולחוד, לשלם לתובע סך של 5,500 ₪, בצירוף הפרשי הצמדה וריבית מיום הגשת התביעה, ועד התשלום בפועל.

כמו כן, הפסיד התובע את פרמיות הביטוח ששלם לכלל, ומשטענה כלל כי מלכתחילה לא הייתה מבטחת את התובע, על הנתבעים, יחד ולחוד, להשיב לתובע את פרמיות הביטוח שנגבו ממנו, בצרוף הפרשי הצמדה וריבית כחוק.

כמו כן, הנני מחייבת הנתבעים לשאת בהוצאות משפט, וכן בשכר טרחת עו"ד בסך 7,500 ₪ בצרוף מע"מ.

ניתן היום, 29 מאי 2011, בהעדר הצדדים.