

[סגור חלון](#)

## מחויבות דו-סטריית: מהן החובות החלות על חברות הביטוח?

לחובות של המבטוח יש חשיבות משפטית רבה, המשפיעה במישרין על זכויות המבוטחים? בתי המשפט לא יתירו לחברות הביטוח לחרוג מהדרך החוקית והראויה, אך מרבית המבוטחים אינם מודעים לחובות אלה של המבטוחות

ג'ון גבע 14/9/16

לפני שבועיים פרסמנו כאן [כתבה](#) שעסקה בסקירת החובות השונות שחלות על ציבור המבוטחים. הדגשנו כי אי-קיומן של חובות אלה עלול להוביל למצב שבקורות אירוע ביטוחי ימצא עצמו המבוטח מול שוקת שבורה ויהיה זכאי [לתגמולי ביטוח](#) מופחתים בלבד, ובמקרים מסוימים אף תישלל ממנו הזכאות למלוא תגמולי הביטוח.

הפעם נשלים את החלק השני במשוואה ונשקף את החובות השונות שחלות על [חברות הביטוח](#). גם במקרים אלה, כאשר לא מתקיימות החובות, יש בכך כדי להשפיע במישרין על הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח.

חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981 ("החוק") מונה כמה חובות החלות על חברות הביטוח. כך למשל, סעיף 2(א) לחוק קובע כי ככלל, לאחר כריתתו של חוזה ביטוח, על חברת הביטוח למסור למבוטח את [פוליסת הביטוח](#). אם חברת הביטוח אינה מקיימת חובה זו, היא לא תוכל להסתמך על תנאי הפוליסה, והחוק מטיל חובות בהתאם לפוליסה שהפקידה חברת הביטוח אצל המפקח על הביטוח (המשמעות המיידית היא שלא יחולו כל מיני הסדרים וחרגים אשר מופיעים בפוליסה שלא נמסרה לידי המבוטח...).

חובה נוספת החלה על חברות הביטוח מנויה בסעיף 3 לחוק, ולפיה חובה על חברת הביטוח להבליט בפוליסה הגבלות השוללות או מגבילות את הכיסוי הביטוחי. כחלק מחובה זו, על חברת הביטוח לפרט את ההגבלות בסמוך לנושא הרלוונטי, או לחלופין לציין אותן בהבלטה מיוחדת. חברת ביטוח שלא פעלה כאמור תהיה מנועה מלהסתמך על אותה הגבלה.

בית המשפט העליון נתן דעתו בעניין זה וקבע אמות-מידה בסיסיות, שרק בהתקיימן תוכל חברת הביטוח להסתמך על ההגבלות שבפוליסה. וכך קבע העליון: "אם לא דאגה (חברת הביטוח) קודם לכן לוודא כי המבוטח היה ער לסייגים שנקבעו על-ידה, לא תוכל מאוחר יותר, שעה שהמבוטח יטען לזכותו החוזית, להתנער מחובת השיפוי. חברה מבטחת המסייגת את גבולות חבותה, פועלת בכך באופן לגיטימי, אולם היא גם נוטלת על עצמה, יחד עם זאת, אחריות אקטיבית בדמות חובת הגילוי והוודוא. חברת הביטוח חייבת להסב את תשומת-לבו של המבוטח לתנאי הפוליסה בצורה שתהא מובנת וברורה לו, ולוודא את ערנותו לכך שתוקפה חל רק בהתקיים אותם תנאים, וכי במקרים בהם לא התקיימו לא יוכל ליהנות מגיבוש זכותו לשיפוי" (העליון - ע"א 4819/92).

במקרה שנדון לפני חודשים ספורים עתר ת' ("התובע") לבית המשפט, בבקשה שיורה לחברת הביטוח לשלם לו תגמולי ביטוח בגין נזק שנגרם למכשיר אלקטרוני יקר המשמש אותו לצורך עבודתו ("המכשיר"), אשר מבוטח במסגרת פוליסה לביטוח בית עסק ("הפוליסה").

בהתבסס על בדיקה שנערכה למכשיר בחברה המתמחה בבדיקות למכשור אלקטרוני מאותו סוג, טען התובע כי הנזק למכשיר נבע מתנודות חריפות בזרם החשמל. כמו כן טען התובע כי הפוליסה כלל לא נמסרה לרשותו עד ליום האירוע, ולא ניתן לו כל הסבר על אודות החריגים הקבועים בפוליסה.

חברת הביטוח טענה להגנתה כי הנזק שנגרם למכשיר מקורו בבליא סביר, וכי הפוליסה אינה מכסה נזקים שנגרמו עקב כך. יתרה מזאת, חברת הביטוח הבהירה כי גם אם תתקבל טענתו

של התובע, וייקבע כי מקור הנזק מצוי בתנודות חריפות בזרם החשמל - אזי גם במקרה זה הפוליסה מחריגה את הכיסוי הביטוחי, ולפיכך אין היא חייבת לשלם תגמולי ביטוח לתובע.

נוסף על כך, חברת הביטוח טענה כי הפוליסה אכן נמסרה לתובע, ולחלופין, אם ייקבע שלא, הרי שמדובר בפוליסה סטנדרטית שהופקדה אצל המפקח על הביטוח. במצב זה יחול ההסדר שבסעיף 2(ב) לחוק, אשר פורט לעיל, שלפיו יש להתייחס לתנאים המצויים בפוליסה הסטנדרטית, שהופקדה אצל המפקח על הביטוח, כמוסכמים בין חברת הביטוח לבין התובע.

בית המשפט קיבל את גרסתו של התובע בעניין אי-מסירת הפוליסה, וקבע כי זו נמסרה לו רק לאחר שנגרם הנזק למכשיר. בנוסף, נקבע כי הואיל והתובע לא קיבל הסבר על אודות הסייגים לכיסוי הביטוחי, אזי אין באפשרותה של חברת הביטוח להסתמך על סייגים אלה, המנויים בפוליסה.

בית המשפט הבהיר כי על חברת הביטוח חלה חובת וידוא שמהותה נעוצה בהסבת תשומת-לבו של התובע לסייגים המנויים בפוליסה, וזאת החל בשלב הטרם-חוזי. הואיל וחברת הביטוח לא פעלה כאמור, אין באפשרותה להתנער מחבותה באמצעות הסייגים שבפוליסה.

בית המשפט קבע בנוסף כי לא ניתן לקבל את הטענה שיש לראות את הפוליסה כסטנדרטית (בהתאם לנוסח שהופקד אצל המפקח על הביטוח) כאשר חברת הביטוח הפרה את חובת המסירה, את חובת הוידוא ואת חובת הבלטת הסייגים. אם תתקבל טענה זו - וכפועל יוצא, יישלל הכיסוי הביטוחי עקב הסייגים שבפוליסה - אזי החובות המוזכרות יהיו ריקות מתוכן.

בית המשפט פסק כי על חברת הביטוח לפצות את התובע, וכי אין להסתמך על הסייגים שבפוליסה (בית משפט השלום - תא (חיפה) 46554-02-12).

חובה נוספת קמה לאחר שנמסרו לחברת הביטוח הודעה ותביעה בכתב לתשלום תגמולי הביטוח. סעיף 23(א) לחוק מטיל על חברת הביטוח חובה לפעול מיד בנוגע לבירור חבותה. בהשלמה לחובה זו, סעיף 27 לחוק קובע כי על חברת הביטוח לשלם תגמולי ביטוח למבוטח תוך 30 ימים מהיום שהיו בדיה המידע והמסמכים לבירור חבותה. ככל שישנם תגמולי ביטוח שאינם שנויים במחלוקת, על חברת הביטוח לשלם את הסכומים הללו תוך 30 ימים מהיום שנמסרה לה תביעה באותו עניין. ניתן לתבוע תגמולים אלה ולקבלם בנפרד מיתר התגמולים מבלי שיהיה בכך כדי למצות את התביעה כולה.

מעל כל החובות החלות על חברות הביטוח מרחפת חובת תום-הלב, ועליהן למלא אחר חובותיהן בדרך זו. לשם כך אף קובעת הוראת סעיף 28א לחוק כי במקרים מסוימים, חברת ביטוח שלא שילמה תגמולי ביטוח (שאינם שנויים במחלוקת בתום-לב) למבוטח במועדים שנקבעו בסעיף 27 לחוק, עלולה לשלם ריבית מיוחדת בשיעורים שנקבעו בחוק.

לאחר שהגיש מבוטח תביעה לחברת הביטוח, עקב אירוע ביטוחי שהתרחש, ובהנחה שזו החליטה לדחות את תביעתו, על חברת הביטוח לשלוח למבוטח מכתב דחייה תוך פרק זמן סביר, כפי שנקבע בחוזר מיוחד שהוציא הפיקוח על הביטוח. במכתב הדחייה יצינו נימוקי הדחייה לתביעה שהוגשה, המפרטים את הסיבות לכך שחברת הביטוח לא חבה לטענתה בתגמולי הביטוח כלפי המבוטח.

בהכרעה עקרונית של הפיקוח על הביטוח (אשר בתי המשפט נוהגים לאמץ את מדיניותו כדבר שבשגרה) נקבע כי ככלל על חברות הביטוח לפרט בפני המבוטח את כל נימוקי הדחייה ביחס לתביעה, ועליהן לעשות זאת בהזדמנות הראשונה. חברת ביטוח שלא תפעל כאמור לא תהא רשאית להעלות נימוקי דחייה נוספים בשלב מאוחר יותר, למעט במקרים חריגים - כאשר מדובר בהתפתחות מאוחרת שנוצרה לאחר מכתב הדחייה, או לחלופין כאשר מדובר במידע שלא היה ביכולתה לדעת אותו.

י' (להלן: "התובע") רכש פוליסת ביטוח בריאות ("הפוליסה") מחברת ביטוח ("המבטחת"). לאחר שנה בקירוב הוא אובחן כסובל ממחלה מסוימת, אשר גורמת לחולשת שרירים קשה המלווה בין היתר בתסמינים של הפרעה בדיבור וחולשה בגפיים.

באותן נסיבות נקבעה תחילה לתובע נכות זמנית (על-ידי המוסד לביטוח לאומי), אשר הוכרה כצמיחה לאחר כמה חודשים. פנייתו של התובע למבטחת בדרישה לקבלת תגמולי ביטוח

נענתה בשלילה. המבטחת נימקה את דחייתה בטענה כי מקרה הביטוח אירע לפני תחילת הביטוח, ולפיכך אינו מכוסה בפוליסה. נציין כי נימוק זה חזר על עצמו בכמה פניות של התובע למבטחת. לפיכך עתר התובע לבית המשפט שיורה למבטחת לפצותו

### לא מצדיק חריגה

בבית המשפט העליון המבטחת טענה חדשה ושונה באופן מהותי מהנימוק שהעלתה במכתב הדחייה. בית המשפט ציין כי הודעת הדחייה אמורה לסכם את כל נימוקי הדחייה באשר הם, וזאת לנוכח הנחיית הפיקוח על הביטוח אשר לאורה על מבטחת לפרט בפני תובע את כל נימוקי הדחייה לתביעתו, בהזדמנות הראשונה שנקרית בפניה. אם לא פעלה כאמור, אין באפשרותה להעלות נימוקים נוספים לדחייה במועד מאוחר יותר אלא בניסיונות חריגות - כגון טענת מירמה או נסיבות חריגות אחרות.

בית המשפט הדגיש כי לאור פניותיו החוזרות ונשנות של התובע אל המבטחת, שלה היה את מלוא המידע באשר למצבו הרפואי, עמדה המבטחת על עמדתה בכמה הזדמנויות, ורק במסגרת הדיון החליטה להעלות טענה חדשה - וזאת מבלי שניתן לכך טעם כלשהו.

לפיכך, נקבע כי אין זה המקרה שבו מתקיימות נסיבות המצדיקות חריגה מהנחייתו של הפיקוח על הביטוח, ודי בכך בכדי לדחות את טענות הנתבעת ולקבל את התביעה במלואה. בהערת-אגב נציין כי בית המשפט קבע כי בכל מקרה אין לקבל את נימוקי הדחייה של המבטחת (המוקדמים והמאוחרים), וכי עליה לשלם את התגמולים לתובע (בית משפט השלום - ת"ק (פ"ת) 32035-06-15).

עינינו הרואות כי לחובות החלות על חברות הביטוח יש חשיבות משפטית רבה, אשר משפיעה במישרין על זכויות המבוטחים. כמו כן, ניתן לראות כי בתי המשפט לא יתירו לחברות הביטוח לחרוג מהדרך החוקית והראויה, ויצופה מהן לקיים את חובותיהן. לא מן הנמנע כי מרבית המבוטחים אינם מודעים לחובות אלה, ולכן ראוי שיתיעצו עם בעלי מקצוע הבקיאיים בתחום זה (סוכן הביטוח, עורך דין וכיו"ב).

**הכותב הוא מומחה בביטוח ונזיקין, הבעלים של משרד עורכי הדין ג'ון גבע, ומשמש, בין היתר, כיועץ המשפטי לחברי לשכת סוכני הביטוח.**