**דיני ביטוח**

הרמן עמוס Amos.Herman@biu.ac.il

100% הבחינה מורכבת מ30 שאלות אמריקאיות, מחייבת שילוב של ידע והגיון.

16/10/13

**מזה ביטוח?**

* הסכמה של קבוצת אנשים שיש ביניהם ערבות הדדית מסוימת למטרות שונות. כל חבר בקבוצה מפריש כפסים למטרות שאם תושגנה יקבל כסף.
* אמצעי לפיזור סיכון- אני משלם לגורם שהוא חברת הביטחו מחיר מסוים, תמורת מחיר זה חברת הביטוח לוקחת על עצמה את הסיכון.
* קניית סיכון- אני לא מוכר לה את הסיכון אני קונה ממנה את לקיחת הסיכון, היא לוקחת ממני את הסיכון.
* עסקה פיננסית- כסף תמורת כסף, אני נותן כסף אם קרה משהו אני מקבל כסף, אם לא קרה, "הלך הכסף"- כלומר, דמי ביטוח.

תורת המספרים הגדולים- מאחר והסיכוי שיתרחשו נזקים בהיקפים מסויימים הוא כך וכך, אז ניתן לשלם פרמייה שהיא יחסית סבירה ותמורת פרמייה שאנו משלמים לחברת הביטוח שאוספת מכמה אנשים היא יכולה לשלם לנו במידת הצורך ועדיין להרוויח כסף.

על חוזה מסוג זה חלים כמה דינים: חוה"ח חלק כללי, חוה"ח האחידים, חוק חוזה הביטוח, חוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)- חוק זה מקים את מוסד המפקח על הביטוח שקובע את סמכויותיהן של חברות הביטחון ונותן להן רישיון. בחוק הנ"ל למבוטח הקטן אין בכלל מעמד- זהו חוק שבין הרשות לחברת הביטוח.

שמירה לענייני מבוטחים- פרק זה מעניק למפקח על הביטוח סמכויות מעין שיפוטיות ואז כשמתלוננים על חברת ביטוח או סוכן ביטוח למפקח סמכות ליישב את הסכסוך הזה.

**ביטוחי חובה**

גם ביטוחי החובה וגם ביטוחי הרשות הינן עסקאות פיננסיות. ביטוח לאומי הינו הביטוח חובה הראשון בארץ. החוק הזה מחייב כל אחד מאיתנו להיות מבוטח במסגרת המל"ל- אנו משלמים במין סוג של מס שנגבה מאיתנו במקור, הינו מס פרוגרסיבי, כאחוז מסוים משכרנו עד לתקרה מסויימת. שיעור ביטוח זה הוא של כ 5% מהשכר עד לגובה של כ-5 פעמים מהשכר הממוצע במשק. מצד אחד ישנה תקרה בדמי הביטוח שאנו משלמים אך מצד שני יש גם תקרה בתשלומים שהמל"ל משלם. לדוגמא- נפגעתי בתאונת עבודה והשתכרתי בחמישים אלף שח לחודש ואיבדתי את כל היכולת שלי לאבוד- לא אקבל את כל הסכום שהרווחתי- לא ניתן לקבל הכל. המל"ל משלמים 75% מ-3 פעמים השכר הממוצע בחודש, כדי לתמרץ אנשים לחזור למעגל העבודה.

התשלומים שאנו מקבלים הינן קצבאות, גמלאות ותגמולים. כל הנ"ל אינם פיצויים כי פיצוי הנו סעד על הפרה של זכות. המל"ל שמשלם כסף לא הפר שום חוזה, ולא הוא משלם תגמולים. את החובה מכח החוזה.

מהביטוח לאומי:

* אובדן כושר עבודה- תאונת עבודה או נכות כללית.
* דמי אבטלה
* הבטחת הכנסה
* לידה
* ילדים
* קצבת זקנה
* שאירים
* מילואים
* תקופת אכשרה (עולה חדש פטור מתקופה זו)- תקופה בה אני צריכה להכשיר את עצמי לזכאות. אם אני עולה חדש אני יכול לקבל כספים מהמל"ל גם בלי תקופה זו.
* סיעוד
* קבורה
* שמירת הריון
* פשיטת רגל מעביד
* מזונות
* אסירי ציון ונפגעי פעולות איבה- לא מהתקציב של המל"ל אך המדינה שוכרת את שירותיו כדי שיהיה זאת.

**תאונת עבודה**- תאונה בה נפגע עובד, שכיר או עצמאי כאשר מבחינת חוק המל"ל לא משנה מי אחראי לתאונה. ייתכן שהנפגע עצמו אחראי לעבודה, מבחינת החוק מה שחשוב שהעבודה נגרמה לאדם בעבודתו או עקב עבודתו. במקרה כזה המל"ל ישלם תגמולים. אלו ישולמו בשני אופנים, אם כתוצאה מהתאונה נגרמה נכות של עד 19% אקבל את ה"פיצוי" בצורה של מענק חד פעמי. ואם הנכות של 20% ומעלה אז אקבל קצבת נכות קבועה. הגדרתה של תאונת עבודה הורחבה גם למי שהיה בדרכו מהעבודה או לעבודה. תאונת עבודה זה אירוע חד פעמי ומחלת מקצוע זה הצטברות של תאונות קטנטנות- מיקרו טראומה. אם אני נפגע בתאונת עבודה ייתכן כי הפגיעה זמנית, וגם הנכות תהא זמנית

**נכות כללית**- במצבים בהם איננו יכולים לדאוג לעצמנו, כשאנו חולים או זקנים. כשאדם הופך לנכה או בגלל שנולד כזה, חלה או נפגע בתאונה, לא משנה הסיבה שבעקבותיה הפכנו לנכים, ברגע שהפכנו לכאלו ודרגת הנכות היא באחוז מסוים ומעלה אנחנו נכנסים לקטגוריה של זכאים.

* אקטואריה- הסטטיסטיקה של תוחלת הסיכון. מה הסיכוי שהסיכון ייתרחש. עובדת בכל התחומים- למשל מה הסיכוי שיגנבו לי את האוטו.
* לוחות תמותה- בנויי אקטואריה וסטטיסטיקה.

נכות כללית מכסה את כל המסכנים שהעולם התאכזר אליהם ולא מסוגלים לדאוג לעצמם. אם אנחנו זכאים לקצבאות מהמל"ל בהתבסס על יותר מפרק אחד, אנחנו נקבל את הקצבה הגבוהה מביניהם אך לא יותר מקצבה/ גמלא אחת.

**קצבת אבטלה**- מצב שחל רק על שכירים. עצמאי לא זכאי לקצבת אבטלה. בכדי לקבל אותה עליי לעבור תקופת אכשרה, כלומר הייתי צריך לעבוד כשכיר לפחות חצי שנה לפני שהתפטרתי או פוטרתי. כמובן שהקצבה היא פונקציה של כמה השתכרתי- עד תקרה מסוימת ואם אני יכול או רוצה לעבוד, וכן לתקופה מוגבלת.

**אבטחת הכנסה**- תלויה במצבי הבסיסי, קיום מינימאלי.

**לידה**- יש מענק לידה מהמדינה שזהו סכום חד פעמי. מעבר לכך יש זכאות ליולדת לקבל בתקופה שלאחר הלידה במשך 14 שבועות אחוז מהשכר שלה. במידה והבן זוג מחליט לא לעבוד אז הוא מקבל את הקצבה (אורי אהרונסון, שנה ב').

**קצבאות ילדים**- ההורים מקבלים בזכות הילדים קצבה, זו לא משולמת מתקציב של המל"ל, הוא רק זרוע המשלמת מתקציב המדינה. המל"ל עוזר למסכנים, מי שיש לו ילדים אינו מסכן, לכן זה לא קשור בכלל למגבלות, לכן המל"ל כאן רק זרוע תשלום של המדינה.

**סיעוד**- יש בני אדם שלא מסגולים לדאוג לעצמם, לא רק כלכלית אלא גם פיזית. פעולות כמו- אכילה, רחיצה, קימה, הליכה וסוגרים- אלו הן פעולות בסיסיות. מי שלא מסוגל לבצע שלוש מתוך חמשת הפעולות נחשב סיעודי. המל"ל שולח לאנשים אלו שירותי סיעוד- נותן שירותים ולא עסקה פנסיונית. קיימים יותר אנשים סיעודיים ממה שהמל"ל יכול לתת, לכן לבקשת אותם אנשים סיעודיים שנעזרים בשירותי סעד חיצוניים, המל"ל יכול לתת כסף למען שירותים אלו. המל"ל נותן X כסף, ולא משנה כמה הסיעוד באמת עולה לאדם.

**שמירת הריון**- סוג של מגבלה זמנית ולכן יש זכאות.

**קצבת זקנה**- כשמגיעים לגיל פנסיה- גברים 67 ונשים 62, לאחר תקופת אכשרה. אישה לא יכולה לפרוש כמו גבר בגיל 67 וחייבת לפרוש בגיל 62. קצבה זו אחידה לכולם, לא משנה כמה שנים שילמתי דמי ביטוח ומה היק הסכומים ששילמתי, הקצבה זהה לכולם. זהו הפן הסוציאלי של המל"ל. במצב חריג- מי ששילם 35 ומעלה דמי ביטוח למל"ל צבר זכויות ואז יקבל יותר. היחיד מקבל קצבת זקנה שהיא יותר מזוג שמקבל קצבת זקנה כי עליו לשלם יותר למחייתו. הרעיון הוא שארנונה, חשמל טלפון טלוויזיה וכו' משלמים פעם אחת לכן זוג צריך פחות. מי שממשיך לעבוד אחרי גיל 67, מקבל איזושהי קצבת זקנה.

**קצבת שאירים**- כאלו שבן זוגם או ההורה שלם נפטר והוא עקרונית היה זכאי לקצבה מהמל"ל. בן זוג יקבל עד שהוא יגיע לגיל הפנסיה ואז הקצבה תהפוך לקצבת זקנה (אם אדם מתחתן הוא כבר לא נחשב שאירים ולכן לא יקבל), וילדים מקבלים את הקצבה כל עוד הם קטינים.

**מילואים**- לא ניתן לעבוד במילואים ולכן הוא מקבל רמת הכנסה שהיא פונקציה של השכר שלפני שהוא היה במילואים. אם המעביד שלי משלם לי על התקופה אז המעביד יקבל מהמל"ל ואם המעביד לא משלם אז המל"ל ישלם לי אישית.

**אסירי ציון**- יש להם זכאות מסויימת לקצבאות אבל זה משולם מתקציב של המדינה ולא המל"ל, כנ"ל **נפגעי פעולות איבה**.

**פשיטת רגל מעביד**- כשעובד מפוטר אם בגלל שהמעביד לא זקוק לא או כי המעביד לא מסוגל להמשיך את העסק אז בעיקרון מגיע לו פיצוי פיטורין. אם עבדתי למשל במפעל והמעביד נכנס להליכי פירוק ואן לו כסף לשלם לי פיצויי פיטורין- המשמעות היא שכל הגב הפיננסי שהיה אמור להישמר עבורי במקרה של הפסקת עבודה לא קיים יותר. במקרה זה, המל"ל יישלם במקום המעביד פיצויי פיטורין, כמובן שגם כאן הפיצויים יהיו מוגבלים בסכום ופונקציה של מה שמגיע לי, ואז לאחר שישלם פיטורין, יהפוך להיות נושה של המעביד.

**מזונות**- במקרה בו האב בורח ולא משלם ולאם אין מקורות הכנסה מספיקים. למל"ל פונים כאשר לא יודעים איפה האב ואין סיכוי להשיג ממנו כסף, להוצל"פ פונים כאשר ידוע איפה האב ואפשר לקבל ממנו כסף. המל"ל משלם מזונות לאם שאין לה כסף (אם היא מרוויחה טוב לא ישלמו לה) ואז יגבה את זה מהאב כשיימצא.

כשהמל"ל משלם את הכסף הוא יכול לחזור אל החייב. זכות החזרה הזו נקראת **תביעת תחלוף.** אם המל"ל שילם למישהו קצבת נכות/ עבודה כאשר האחראי לעבודה אינו המעביד אלא צד ג' כלשהו אז המל"ל יכול לחזור למזיק ולהיפרע ממנו, מגובה התשלומים שהוא משלם למבוטח שלו, והמבוטח יכול לקבל עד עוד 25% מעל הנזק שנגרם.

המעבידים שמשלמים דמי ביטוח עבור עובדיהם לא תמיד משלמים אותו שיעור, הם משלמים את השיעור לפי פונקציה של סיכון. כלומר אם אני עובדת במקום מסוכן, אז המעביד שלי ישלם שיעור גבוה יותר. יש תאונות עבודה שהן תאונות דרכים ואז יש כמה חוקים שחלים על התאונה הזו, מצד אחד חל חוק הביטוח לאומי מצד שני חוק הפלת"ד. במקרה כזה אנחנו נקבע את אותו גורם שיכול לתת לנו את מקסימום הכסף. עדיף לא להיפגע ברכב של המעביד, כי אז ניתן לקבל תוספת של אותם 25% (חוק המל"ל ס' 320+).

23/10/13

**ביטוח בריאות ממלכתי**- קובע שכל תושב במדינת ישראל יהיה מבוטח בביטוח בריאות כאשר הכיסוי שניתן במסגרת החוק תלוי בסל שירותי בריאות. אין זה עסקה פיננסי אלא שירות בעין. הרעיון הבסיסי הוא שיש לנו זכות לבחור ספק של שירותי בריאות (מכבי, כללית, לאומית, מאוחדת) מותר גם לעבור מספק לספק פעם בחצי שנה. כל ספק חייב לקבל אותנו, אסור להפלות בין המבוטחים לבין עצמם על שום רקע של גיל או מצב בריאות או מין, ויש להעניק לכל מבוטח את כל סל הבריאות. שירותי בריאות הם שירותים שהביקוש להם מאוד קשיח ותמיד ההיצע נופל מהביקוש.

1. רובד ראשון- רפואת הקהילה- רופא משפחה ורופא הילדים במרפאות הספקים. רפואת הקהילה הינה בחזית, שם הרופא חייבים לאבן אותנו אם הם מסוגלים לטפל בנו בעצמם, ואם לא מעבירים אותנו הלאה.
2. רובד שני- רפואת המומחים- אנחנו מקבלים שירותים מתמחים, ריאומטולוגיה, גסטרו, אא"ג וכו'. ניתן להגיע אליהם באופן ישיר דרך הפנייה של רופא המשפחה. הם יושבים או במרפאות הספקים או במרפאות החוץ של בתי החולים. מעבר למומחיותם אנחנו צריכים לשלם עבור ביקור אצלם. ישנה השתתפות עצמית. להשתתפות עצמית יש גם גבול של סף עליון.
3. רובד שלישוני- אשפוז- אשפוז לא עולה לנו כסף, הוא ממומן כולו ע"י ספק שירותי הבריאות.

אנחנו משלמים את הפרמיה בצורה של מס בריאות לביטוח לאומי, המל"ל גובה את הכסף עבור משרד האוצר ולא עבור עצמו, וכך מסופקים וממומנים שירותי הבריאות. מס הבריאות מספיק בערך ל50% מסל שירותי הבריאות והוא בערך כ15% מהשכר שלנו עד 5 משכורות ממוצעות במשק.

לכאורה התחרות בין הספקים היא מי ייתן שירותים בהשתתפות עצמית נמוכה יותר, וכן מי ייתן יותר שירותים ללא תוספת תשלום. הספקים מקבלים, ע"פ מספר המבוטחים בהם, כסף מהמדינה.

נוסחת קפיטציה- משכללת את התשלום לספק שירותי הבריאות לא רק פר ראש אלא גם פר מצבו של אותו מבוטח והאיזור הגיאוגרפי בו הוא גר כי יש מקומות בהם עולה ותר לטפל ויש מקומות בהם הטיפול זול יותר.

חוק ביטוח בריאות ממלכתי אומר שניתן לקנות גם **שב"ן**- שירותי בריאות נוספים (למשל מכבי זהב, משלים). בשב"ן כלולים מימון של חוות דעת שנייה, כלומר מומחה שאינו חלק מספק שירותי הבריאות ולקבל חוות דעת נוספת, יש השתתפות בניתוחים ובטיפולים מעין רפואיים וכן השתתפות במימון תרפות שאינן כלולות בסל הבריאות. יש שלושה סוגים של תרופות שלא כלולים בסל:

1. תרופה שאושרה לשימוש בישראל- אבל לא נכללו בסל הבריאות, ברגע שהיא לא כלולה בסל צריך לשלם עבורה. אם יש לי שב"ן אז ספק שירותי הבריאות משתתף בצורה משמעותית במימון התרופה.
2. תרופה שאושרה לשימוש עי משרד הבריאות וגם היא כלולה בסל אבל ההתוויה אחרת מההתוויה שלשמה קיבלתי את התרופה- כלומר הסיבה שונה. למשל, אם כואב לי האף ובסל שירותי הבריאות יש תרופה שמתאימה לכאבי אוזן שאמורה לעזור לי, בגלל שאני משתמש בה להתוויה שונה היא לכאורה לא כלולה בסל. אם יש לי ביטוח במסגרת השב"ן הוא יממן לי חלק משמעותי מהמחיר של התרופה הזו.
3. תרופות שלא אושרו לשימוש בישראל- אבל אושרו למשל לשימוש בארה"ב ע"י הFDA. אם אני זקוק לתרופה כזו, השב"ן לא מכסה לי את המימון שלה. חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע במפורש שאסור לספקי הבריאות למכור לי תרופות מסוג זה.

אם נסווג תרופות לשני סוגים- מצילת חיים- המרפאה אותי, או מאריכת חיים- היא לא מרפאה אותי אבל נותנת לי לחיות (למשל אינסולין לחולי סכרת). בסל שירותי הבריאות כמעט כל התרופות מצילות החיים כלולות אך לא כל התרופות מאריכות החיים כלולות. במסגרת השב"ן אסור לספק למכור לי תרופות מאריכות חיים שלא כלולות בסל.

תרופות של OTC- ללא מרשם. זה לא חלק מסל שירותי הבריאות.

75% מהאוכלוסייה מבוטחת בשב"ן. סל שירותי הבריאות הוא רובד ראשון, שב"ן הוא רובד שני- ומה שמיוחד בו הוא שמי שמבקש אותו, הספק חייב לתת לו. אלא מה, שמותר בשב"ן לעשות תקופת הכשרה- כלומר חצי ראשונה אין לך כיסוי למחלות קיימות והדבר השני מותר להפלות בשב"ן על רקע גיל בלבד.

ברובד השלישי- ביטוח בריאות פרטי- חברות הביטוח הסטנדרטיות וקונים מהם ביטוח בריאות. מאחר וזהו לא רובד המוסדר בחוק, חברת הביטוח יכולה שלא לקבל אנשים אליהם. זוהי עסקה פיננסית טהורה. אני מוציא כסף לתרופה או עובר ניתוח ומקבל החזר מחברת הביטוח. מי שיש לו רובד שלישיוני טוב לא צריך את הרובד השניוני. את הרובד השלישיוני אפשר לרכוש או באופן פרטני או קיבוצי- קולקטיבי, למשל דרך העבודה, פוליסה לכל עובדי בר אילן או משהו כזה. ברובד זה ניתן לקבל מימון על תרופות שלא כלולות בסל. ניתוח חירום חייבים לעבור מייד- זכאים לקבל במסגרת סל הבריאות. ניתוח אלקטיבי- זהו ניתוח שצריך לעבור אותו אבל אם לא אעבור אותו תהא לי איכות חיים לא טובה. ברובד השלישיוני ניתן לקבל ניתוחים אלקטיביים מהר יותר.

סיעוד- ניתן לעשות ביטוח סיעודי על מנת לקבל לשירותי סיעוד, אם אנחנו לא מצליחים לעשות 3 מתוך 5 פעולות. החוק מאפשר לשירותי הבריאות להרחיב את השב"ן ולמכור ביטוח סיעוד כתוספת לשב"ן. מה שבעצם הספק עושה הוא מטווח ביני לבין חברת ביטוח מסחרית. אם אני הופך לזקוק לשירותי סיעוד אז החברה החיצונית מספקת לי שירותי סיעוד.

**פנסיית החובה**-

יש לנו שלושה רבדי חיסכון לטווח ארוך:

1. רובד ראשון- קצבת זקנה- המל"ל.
2. רובד שני- פנסיית חובה
3. רובד שלישיוני- חסכון פרטי.
* אם אני מגיע למצב סיעודי ואין לי ביטוח סיעודי אז "אוכלים" מהפנסיה ולכן זו בעיה גדולה.

כולנו רוצים שכשנגיע לפרישה נתקיים מסכום למשל של 10,000 ₪ נטו במונחים של היום, כאשר בממוצע נפרוש בגיל 65 ונחיה בערך עד גיל 85. אני צריך לכל חודש 10 אלף ₪. אם אני עובד 35 שנה- אני צריך לחסוך כל חודש במהלך השנים הללו כסף שיספיק לי ל20 השנים הבאות. להפריש מהשכר שלי כסף לעתיד. צריך להפריש לשם כך כל חודש 2000 ₪ בערך. כשאני מפריש כך מההפרשה שלי היום זה פוגע בהפרשה החודשים שלי ומשאיר לי פחות כסף לחיות איתו היום, אך אני חייב לעשות זאת כדי שיהיה לי כסף לגיל פרישה. ביטוח לאומי נותן לנו משהו כמו 1800 ₪ בחודש קצבת זקנה (שעבורה מן הסתם אנו משלמים), זה קצת נותן לי אויר לנשימה כי זה מגדיל לי את ההכנסה הפנויה.

המקור החוקי של פנסיית החובה הינו צו ההרחבה הכללי. חוק ההסכמים הקיבוציים נותן סמכות לשר הכלכלה (כיום) להוציא צו הרחבה שירחיב הסכם קיבוצי מסוים על כל המשק. פנסיית חובה קיימת מכוח צו הרחבה שהוצא ע"י המחוקק והעניק לשר התמ"ת (היום שר הכלכלה) סמכות לקבוע את הנושא של פנסיית חובה. המשמעות: ישנה חובה על כל שכיר לקבוע סידור עם המעביד בנוגע לפנסיה. אחת הסיבות שהוצע צו ההרחבה הייתה שאנשים לא יכולים לחיות מהקצבה של הביטוח הלאומי ואנשים לא חסכו מספיק כסף.

עד לפני מספר שנים, כ-10 שנים, עובדי מדינה ועובדי גופים ציבוריים נהנו מפנסיה תקציבית. זהי פנסיה שמקום העבודה הקיבוצי שילם מהתקציב השוטף שלו כאשר העובד עצמו לא הפריש אגורה עבור הפנסיה. הדבר הזה יצר עומס אדיר על תקציב המדינה והתקציבים השוטפים של משרדי הממשלה משום שאנשים פרשו והמדינה הייתה חייבת לשלם להם פנסיה, במיוחד כשלא הפרישו כספים. לכן אנשים היה שווה להם לקבל שכר כי קיבלו ביטחון סוציאלי. לפני 10 שנים החליטה המדינה להפסיק את הפנסיה התקציבית. המשמעות היא שמי שהתחיל לעבוד במדינה לאחר מכן נהנה מפנסיה צוברת- שבה גם המעסיק וגם הוא מפרישים. מי שהחל לעבוד במדינה לפני כן נהנה מפנסיה תקציבית. יש כאן למעשה גרעון אקטוארי.

**קרנות הפנסיה ההסתדרותיות**- ההסתדרות תמיד דאגה לעובדים ובהרבה מאוד הסכמים קיבוציים נקבע שהעובדים יצטרפו לקרנות פנסיה שנוהלו ע"י ההסתדרות- אחת היא מבטחים והשנייה מקפת. קרנות הפנסיה האלו צברו גרעונות אקטוריים מטורפים כי הם שילמו פנסיה לפי השכר הממוצע של שלושת החודשים האחרונים- כלומר אדם יכל להפריש לפי השכר שהוא משתכר בכל חודש אבל בחודשים האחרונים לעבוד יותר וכך לקבל פנסיה גדולה יותר, כך נוצר פירעון. מי שממן את הפנסיה הם העובדים החדשים, אך בשלב מסוים לא יהיה כסף בקרן. כל עוד המפלגה הייתה מפא"י וההסתדרות הייתה מפא"י והמדינה הייתה מפא"י אז כולם ראו באותו עין, אבל בינתיים העם התפצל והבין שמדובר בגופים שונים, והחלו להיווצר בקיעים בתפיסה הסוציאלית. היות והגירעונות הגיעו למימדים ענקיים, החליטו המדינה להלאים את קרנות הפנסיה האלו. המדינה נאלצה להכניס כסף לתוך קרנות הפנסיה האלו- מאה מיליארד שקלים. לכן היום אין קרנות פנסיה הסתדרותיות אלא רק את הישנות שהולאמו ועובדות עד שכולם ימותו.

כיום קיימים שלושה מסלולים של חיסכון לטווח ארוך.

1. **קרנות פנסיה חדשות**- רפורמת בכר אמרה שצריך להפריד מהבנקים את קופות הגמל. קופות גמל זה סוג של חיסכון לטווח ארוך עם הטבות מס. ברגע שהבנקים היו צריכים למכור את קופות הגמל, עטו עליהן חברות הביטוח. היום חברות הביטוח מנהלות את קופות הגמל ביחד עם גופים פיננסיים אחרים. לפי החוק אסור לקרנות פנסיה אלו לצבור גירעון, במקרה והיא נכנסת לגירעון החברים צריכים לקבל פחות כסף או לשלם תוספת פרמיה. יש פיקוח אדוק של המפקח על הביטוח עליהן.
2. **קופות גמל**
3. **ביטוח מנהלים**- היה קיים מאז ומתמיד. המילה מנהלים זהו שפם שיווקי וזה לא מיועד רק למנהלים. זהו סוג של הסכם פנסיוני כאשר המנהל והעובד מפרישים כספים הנהנים מהטבות מס (על חשבון מס הכנסה). הכסף מופנה לחברות ביטוח וכשאגיע לגיל פרישה אני מקבל את הכסף שצברתי. מי שיש לו ביטוח מנהלים נכן להיום כבר לא יכול לקבל את זה כסכום אחד אלא צריך לקבל זאת כקצבה, מתוך רעיון שלא נבזבז את כל הכסף בבת אחת. הסכום המינימאלי הוא בערך 4000 ₪ בחודש, אם צברנו יותר מ4000 ₪ ל240 חודשים אז נקבל יותר. היתרון של ביטוח מנהלים היה שהמוטב קיבל את הכסף כתשלום הוני, היום מקבלים אותו כקצבת שארים (שוב מתוך אידיאל למנוע בזבוז של הכסף). המפקח על הביטוח הגיע למסקנה כי ביטוחי המנהלים לא יכולים לשלם את הסכום שהם התחייבו אליו, ולכן כיום לא ניתן לעשות יורת ביטוח מנהלים. מי שכבר בוטח בביטוח כזה חייבים לשלם לו אך עובד חדש לא יכול יותר לעשות ביטוח מנהלים. חברות הביטוח בביטוח המנהלים לקחו את הכסף ונתנו למדינה שהנפיקה **אג"ח יעודי/ מיועד**. בסוף שנות ה-80 המדינה החליטה שהיא יוצאת מהתחום הזה, והיא לא מנפיקה יותר אג"ח יעודי. ואז החלו להשקיע באג"ח פרטי בשוק ההון, מתוך עיקרון של המדינה לפתח את הכלכלה ואת השוק. ברגע שחברת הביטוח משקיעה את הכסף בשוק היא לוקחת דמי ניהול. פוליסות הביטוח במקרה זה לא מרוויחות תשואה, אלא משתתפות ברווחים. אם חברת הביטוח מרוויחה אז היא משתפת אותי ברווח שהרוויחה אך אם לא מרוויחה אני בצרות.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| (מהמחברת של ארז נעים) | **ביטוח מנהלים** | **קרן פנסיה** | **קופות גמל** |
| **הסבר** | ביטוח המכסה את המבוטח כנגד מוות, כל עוד הוא עובד. ברגע שהוא יוצא לגמלאות, הביטוח משלם לו את הגמלה. סך הגמלה הוא סך הכספים שהצטברו בפוליסת הביטוח. הסכומים שמופרשים כפרמיה לביטוח הם: א. 8.33% מהשכר על חשבון המעביד (על חשבון פיצויי פיטורין). ב. 5% מהשכר על חשבון המעביד. ג. 5% מהשכר על חשבון העובד. יוצא שמדובר בכ-18.33% מהשכר (13.33% - המעביד, 5% - העובד).  | תוכנית לביטוח פנסיוני המבטיחה לעובד תשלום חודשי לכל ימי חייו עם פרישתו מהעבודה בהגיעו לגיל פנסיה.  | תוכנית חיסכון לטווח בינוני או ארוך, שנועדה לצבירת כספים שניתן יהיה למשוך בעתיד.  |
| **הטבות מס** | כדי לעודד מעביד לבטח את העובד שלו בביטוח מנהלים וכדי לעודד עובד לבטח עצמו בביטוח מנהלים, קיזוז הביטוח מהשכר מנוכה ממס.  | ההפרשות של המעביד ושל העובד נהנות מניכוי מס. ניתן לקחת קרן פנסיה, רק מעל גובה הפנסיה המינימאלית.  | ההפרשות של המעביד ושל העובד נהנות מניכוי מס.  |
| **צורת תשלום בגיל פרישה** | קצבה (בחישוב של 20 שנה, סה"כ 240 חודש) | קצבה | קצבה. ישנן קופות גמל שלא משלמות קצבה, ולכן במידת הצורך מעבירים את המבוטח לקופת גמל אחרת או לקרן פנסיה.  |
| **מהות** | חוזה בין המבוטח למבטח – ההתחייבות היא חובה כלפי המעביד והעובד.  | הסדר הדדי – תקנון שמשותף לכל החברים בקרן. הזכויות יכולות להשתנות אם משנים את התקנון.  | חוזה בין המבוטח לחברת ביטוח / בית השקעות.  |
| **מוות** | יש כיסוי – ביטוח המנהלים כיסה את המבוטח מפני מוות לאורך כל תקופת הביטוח (כל עוד העובד עבד). לדוגמא: במקרה שהעובד נפטר במהלך עבודתו, יקבלו שאריו את הסכום שיכול היה העובד לצבור. | יש כיסוי – קרן פנסיה מבטחת מפני מוות. מי שמקבל את הכסף הם שאריו של הנפטר, בהתאם להוראות שהוא נותן לקרן.  | אין כיסוי במקרה מוות. לכן, מבוטח יכול לבטח עצמו בנפרד. במקרה של מוות, הכסף שנותר הולך למוטבים / יורשים.  |
| **אובדן כושר עבודה** | יש כיסוי – אם אדם נפגע כתוצאה מעבודה או מחלה, ואינו מסוגל לעבוד, הוא יקבל קצבת אובדן כושר עבודה (75% מהשכר) עד לתום תקופה זו. אם אובדן כושר העבודה הוא עד גיל הפנסיה, הקצבה תשולם עד למועד תחילת הפנסיה, ואז הוא יקבל את קצבת הפנסיה. כדי לבטח עצמך מאובדן כושר עבודה, יש להפריש 2.5% מהשכר.  | יש כיסוי – בשנים האחרונות החלו להכניס לקרנות הפנסיה גם כיסוי על אובדן כושר עבודה, בעוד בעבר זה לא היה. הכיסוי ניתן תמורת הגדלת הפרמיה.  | אין כיסוי – אם רוצים לבטח מקרה של אובדן כושר עבודה, צריך לבצע זאת בנפרד.  |

כל זה מוסדר בחוקים: חוק הפיקוח לשירותים פיננסיים (קרנות פנסיה) וחוק הביטוח על שירותים פיננסיים (קופות גמל).

30/10/13

**ביטוח חובה רכב- מנועי**- הסיכון שבשימוש ברכב הוא מאוד גדול, הצורך בשימוש ברכב גם מאוד גדול. המחיר שמשלמים הוא מאוד גדול גם כן. על מנת לאפשר לנו להשתמש ברכב בלא חשש מהיעדר ביצועים ונזק נקווה כי קיימת אחריות מוחלטת שיש לגבות אותה בביטוח.

החוק- הוא פקודת ביטוח רכב מנועי. החובה להסדיר את הביטוח בגין נזקי גוף בשל שימוש ברכב מנועי עוד הייתה לפני חוק הפלת"ד. הביטוח הינו ביטוח מסחרי, אמנם חובה אך הינו מסחרי. המשמעות היא שאנחנו בוחרים את המבטח. מבטח שלא רוצה לבטח אותנו זכותו לדחות אותנו. העסקה שאנחנו עושים היא עסקה פיננסית, אנחנו משלמים פרמייה, ואם קורה מקרה ביטוח אנחנו מקבלים כסף. כסף מול כסף. יש תחרות בין המבטחים לבין עצמם כאשר התחרות מתבטאת בתעריפים השונים וכן בתנאי הכיסוי. יש פוליסה תיקנית ולכן התחרות לגבי הכיסוי עצמו שואפת לאפס. כן, התעריפים לא שונים בהרבה גם כן, למרות זאת קיים טווח תחרות מסוים. הפרמייה תעלה כאשר מדובר ברכב לא בטוח, נהג צעיר, תביעות רבות. הפרמייה תרד כאשר מדובר בנהגת ותיקה, כשאין תאונות. התעריף נמצא באתר של המפקח על הביטוח שמפרסם טבלת השוואה של התעריפים השונים.

כאשר כולם מסרבים לבטח אותי והחוק מחייב לבטח את הולך ל"מאגר"- הפול שכמובן התעריף שלו גבוה יותר. הביטוח הזה הוא ביטוח משולב של ביטוח אחריות ותאונות אישיות. אני למעשה מבטח כנגד נזקים לצדדים שלישיים, או הנוסעים ברכב או הולכי רגל, וכן נזק שעלול להיגרם לי. כאשר הקריטריונים לחישוב הפיצויים ולצדדים השלישיים הם אותם קריטריונים.

כאשר מדובר בתאונה אני תובע את הביטוח שלי, כאשר הניזוקים הם הולכי רגל או נוסעים, הם תובעים אותי, חברת הביטוח שלי בגין הנזק, האחריות שלי היא מוחלטת.

על מנת שהביטוח ייכנס לתוקף, יש לשלם את דמי הביטוח כולם ומראש. שזה דבר חריג בתחום הביטוח. אני כורת חוזה ביטוח ומקבל חוזה ביטוח, בתעודה רשום את התוקף שבו נכנס הביטוח לתוקף. אך הביטוח מושהה עד התשלום. תקופת הביטוח אם או מועד התשלום או המועד הנקוב בתעודה, התשלום המאוחר ביניהם.

קרנית- כאשר אדם נפגע בתאונת פגע וברח, ת"ד אבל אין מבטח שניתן להיפרע ממנו כי האדם פגע, או כאשר אדם נפגע אך אין ביטוח כי הנהג הפוגע נהג ללא ביטוח, או ללא רישיון וכו', הקורבן אל צריך להיפגע משפטית מזה שהפוגע לא היה מבוטח ולכן קרנית שהינה גוף ממשלתי, חברה ממשלתית, משלמת על פגיעות גוף למי שנפגע ממנו. הנהג לא זכאי לזה. הפרמייה לקרנית משולמת מהפרמיות שלנו, כל נהג מעביר 5% מהפרמיה שלו לקרנית. מלבד זאת, לקנית יש אפשרות לחזור למזיק ולתבוע אותו.

**ביטוחי משכנתא**- מקור החובה הוא הוראות של המפקח על הבנקים. המפקח על הבנקים אומר שמי שמבקש הלוואה לצורך מימון רכישת מקרקעין כאשר המקרקעין עצמן הם ביטחון להחזר ההלוואה, חייב לבטח את המקרקעין לטובת המלווה. במילים אחרות, אם אני רוצה לקנות דירה ואין לי מספיק כסף, הבנק נותן לי הלוואה אם אני נותן לו את הדירה כביטחון- משכנתא, הבנק רוצה שנבטח את הדירה. הסיבה לשמה אני נדרש לכך היא שאם יקרה משהו לדירה אז בעצם לבנק לא יהיה ביטחון ואז כספי הביטוח הם תחליף הביטחון. אם לא אפרע את ההלוואה הבנק יוכל להיפרע מהדירה. אנו נדרשים לבטח את הנכס לא לפי שוויו אלא לפי עלות הבנייה שלו.

קיימת הוראה נוספת המחייבת את הלווים להסדיר ביטוח חיים. קיימת כאן גם הגנה על הבנק המלווה וגם הגנה על הלווה. סכום הביטוח הוא יתרת ההלוואה בעת מותו ואז כשהלווה נפטר בטרם הספיק לפרוע את ההלוואה, חברת הביטוח מעבירה את יתרת הביטוח לבנק ונפרעת ההלוואה. הנכס הממושכן משתחרר והלווים בעצם משתחררים מחיוביהם. גם כאן, אני יכול לבטח את הנכס באיזו חברת ביטוח שארצה, אך עליי לבקש מחברת הביטוח שתקבע את הבנק כמוטב, וכך גם בביטוח החיים. אם יש שניים שלוקחים את ההלוואה, שניהם עושים ביטוח חיים, הראשון ביניהם שנפטר, גורם לפירעון ההלוואה וגורם לכך שבן הזוג הנותר לא חייב יותר.

**כריתת חוזה ביטוח**

כשאני מבוטח בביטוח לאומי אני לא כורת איתם ביטוח, החוק מחייב אותי להיות מבוטח מרגע שהחוק קבע. הכיסוי הזה לעיתים יכול להיות מותנה בזה שאני משלם או לא. כנ"ל לגבי ביטוח בריאות ממלכתי. אני מבוטח דרך זה שאני נרשם לאחת הקופות, אך זה לא באמת במתכונת של חוזה כי הם חייב לקבל אותי בכל מקרה, זה יותר בגדר הודעה לספק כי אנו מצטרפים אליהם. ברובד השניוני זה גם סוג של הודעה, ורק ברובד השלישיוני יש חוזה של ממש.

לעומת זאת, בביטוח רכב, מדובר בכריתת חוזה במובן שאנו מכירים אותו, כנ"ל בביטוחי משכנתא. ביטוח פנסיה הוא חצי כריתת חוזה- אני בוחר את הגוף שבו אסדיר את הפנסיה שלי והגוף חייב לקבל אותי, הוא לא יכול לדחות אותי, אך את זה אני עושה עם המעסיק שלי.

ביטוחי רשות- מי שרוצה עושה מי שלא לא עושה. **חוק חוזה הביטוח** כשלצידו חוה"ח (חלק כללי) משמשים בכריתת חוזה מהסוג הנ"ל. חוזה ביטוח נכרת בהנחה שהמבטח מוכן לכרות איתי חוזה. אין דרישה של צורה, אפשר לכרות אותו בע"פ בכתב ואף וירטואלית (אינטרנט ואף בטלפון). חשוב שיהיה מפגש רצונות, ההצעה של המבוטח, תקבל קיבול ע"י המבטח. זכותו של המבטח לומר כי לא נכרת חוזה אם הוא לא בכתב, אפשר להתנות זאת מכח חופש החוזים, אך אם הוא לא דורש מראש שהחוזה יהיה בכתב אז הוא יכול לומר כי אין חוזה על מנת שיכרת חוזה עלינו להגיע להסכמה על עיקרי החוזה.

מהם עיקרי החוזה כשמדובר בחוזה ביטוח?

* דמי ביטוח
* מקרה הביטוח
* סכום הביטוח
* הצדדים
* תקופת הביטוח
* נשוא הביטוח

מבטח זה רק מי שיש לו רישיון מטעם המפקח על הביטוח, הצדדים בחוזה הם המבוטח והמבטח. מבטח ע"פ המפקח על הביטוח יכול להיות:

* אדם פרטי לא יכול לשמש מבטח בארץ
* שמה של חברת הביטוח צריכה להעיד על עיסוקה
* לחברה צריך להיות הון נפרע מינימאלי, לא סתם רשום ולא מונפק אלא נפרע, המורכב מנכסים מוכרים שיש להם רמת נזילות מסויימת שאפשר להשתמש בהם לצורך תשלום תביעות. החוק מפרט מהו הרכב ההון.
* יש שליטה על הבעל מניות- מי שמבקש להיות בעל מניות בחברת ביטוח מעל ל5% צריך אישור של המפקח על הביטוח.
* המנהלים צריכים לקבל אישור של המפקח על הביטוח, כי לא כל אחד יכול להיות מנהל בחברת ביטוח. יש לבדוק את הכשירות שלהם.
* יש להציג בפני המפקח על הביטוח את חוזה הביטוח שהוא מתכוון למכור.

כדי להיות מבוטח אין הגבלות בחוק. כל אחד יכול. בנוסף, אין מניעה כי ישראלי יבטח את עצמו בחו"ל.

אין חוזה ביטוח ללא הסכמה על דמי הביטוח- השיעור שלהם. להבדיל מהתשלום בפועל של דמי הביטוח. חוזה ביטוח נכנס לתוקף ברגע שסיכמנו כי הפרמייה היא X ₪. אם שילמתי או לא, ובאיזה אופן זה פחות משנה, הדבר המהותי הוא שיעור הפרמיה. יש לכך שני חריגים- ביטוח חובה ברכב- שכל עעוד לא שילמתי, אמנם נכרת חוזה אך תוקף החוזה מוקפא עד התשלום. אך במקרים אחרים, אם המבטח לא מתנה את תוקף הביטוח בתשלום, אז אין דרישה לתשלום אלא רק להתחייבות לשלם.

מקרה הביטוח מתחלק לשני דברים, הסיכון וההתממשות שלו. האירוע שכנגד התרחשותו עושים את הביטוח. מהו הסיכון שכנגדו מבטחים. אם זה ביטוח חיים, אז מקרה הביטוח הוא מוות, אם זה ביטוח רכוש אז זה יכול להיות אש, שיטפון גניבה וכו'. גם כאן כשאני בא לבקש נשוא ביטוח סטנדרטי ואני לא מפרט את מקרה הביטוח אז נק' המוצא שיכסו אותי בהתאם לכיסוי המקובל אצל אותו מבטח. יש במס' תחומים פוליסות תקניות. הפוליסות התקניות הן תקנות שהתקין שר האוצר שקבע תנאי כיסוי מינימאליים, אז כל עוד לא סיכמנו על תנאי הכיסוי, תחול הפוליסה התקנית. מקרה הביטוח הוא התממשות הסיכון שנגדו עשינו את הביטוח.

סכום הביטוח זו תקרת חבות המבטח, מה המקסימום שהוא ישלם לנו כאשר יקרה מקרה הביטוח. למשל בביטוח רכב, אנחנו אל מדברים על סכום הביטוח כי כשאני מבטח את המכונית אני מזכיר למבטח שסכום הביטוח יקבע בהתאם למכירון לוי יצחק. אם זו מכונית מיוחדת ולוי יצחק לא מתאים, אפשר להתנות מפורשות.

לעניין תקופת הביטוח יש שתי שאלות- מתי היא מתחילה, וכמה זמן היא נמשכת. צריכה להיות הסכמה, מתי היא מתחילה. חוק חוזה הביטוח אומר שתקופת הביטוח מתחילה עם כריתת החוזה אלא אם סוכם אחרת. התקופה נמשכת לפי תקופת רגילה אצל אותו מבטח לאותו סוג של ביטוחים. רק אם אני רוצה תקופה אחרת צריך להזכיר זאת במפורש. כנ"ל לגבי תחילת תקופת הביטוח.

* אין שום דרישה לכתיבת חוזה בכתב ולכן לא תשמע טענתו של מבטח שאין חוזה. במידה שהמבוטח יכול להוכיח שיש הסכמה על עיקרי החוזה.

ההבדל בין פוליסה לחוזה ביטוח- הפוליסה היא מסמך, היא נייר, דבר כתוב. המחוקק אומר בחוק חוזה ביטוח שמשנכרת חוזה ביטוח על המבטח להנפיק פוליסה המפרטת את זכויות הצדדים וחיוביהם. הפוליסה היא מסמך מפורט. אבל כריתת החוזה לא מותנית בהנפקת פוליסה וכך גם הכיסוי הביטוחי. הפוליסה למעשה היא ראייה לכריתת החוזה, כך שלא תונפק פוליסה אם לא נכרת חוזה, אך יש חוזה גם ללא פוליסה. היא משלימה את עיקרי החוזה אם החוזה נכרת על בסיס עיקרים בלבד.

**בפס"ד נועם אורים נ' אליהו**- יש שם ניסיון לעשות ניצול ציני בכך שטרם הונפקה הפוליסה. בקיבוץ אורים בדרום, יש לו מפעל נועם שמייצר דובונים (מעיל) ושמיכות. חברת ביטוח אליהו רצתה להעביר את בני הקיבוץ מביטוח כלל אליהם לאליהו. סוכני הביטוח של אליהו לחצו את הקיבוץ לעשות אצלם את הביטוח, הם הבטיחו להם את אותם התנאים כמו בכלל עם הנחה של 25%. סוכם שמיד עם תום החוזה עם כלל מתחיל הביטוח באליהו. הכל סוכם בע"פ. הסתיימה תקופת הביטוח בכלל ולא עברו 24 שעות והמפעל נשרף כולו. המבטח של אליהו שולח שמאים שמבשרים על גודל הצרה ואז חברת הביטוח מנסה מתחת לאדמה למצוא סיבה למה זה לא מכוסה. הרעיון של ס' 39 כי חוזה יש לקיים בתו"ל ודרך מקובלת, לא חל על חברת הביטוח. כי למעשה חברת הביטוח קודם כל בודקת איך לא לכסות את המקרה. הוא אמר לקיבוצניקים שאין להם פוליסה ולכן אין להם ביטוח. סוכן הביטוח הוא שלוחו של המבטח. ביהמ"ש קיבל את העתירה של הקיבוץ וחייב את אליהו לשלם. אליהו ניסה להראות למה אין כיסוי, הוא אמר שלא הוסדר ביטוח משני ושאין ביטוח כזה גדול בלי ביטוח משני. ביהמ"ש אומר לו שאם הוא מפשל, זה לא פוטר אותו מחבות. השופט מלץ חזר על מה דרוש לכריתת חוזה, אותם יסודות שמנינו לעיל, והיסודות הללו התקיימו. הכיסוי עצמו לא מותנה בהנפקת פוליסה, פוליסה תפרט את הזכויות במידה ואינן מפורטות בחוזה ותשמש כראיה.

לפעמים יש סתירה בין הפוליסה לבין החוזה, וזה במיוחד קל לחברת הביטוח לעשות את זה היות והיא מנפיקה באופן חד צדדי את הפוליסה, בעוד החוזה הוא דו כיווני. יכול להיווצר מצב בו המבטח בפוליסה כולל הוראות שסותרות את החוזה. במישור העקרוני, סתירה בין החוזה לפוליסה, הוראות החוזה גוברות כי זה מה שסוכם בין הצדדים, והיא מונפקת בדיעבד.

לא תמיד יש לנו שני שלבים, שלב של כריתת חוזה ושלב של הנפקת פוליסה. הרבה פעמים יש לנו מצב בו יש לנו הצעה של המבוטח ומולה מונפקת פוליסה. הפוליסה היא קיבול להצעה. אם הפוליסה תואמת את ההצעה אז נכרת חוזה. אם הפוליסה לא תואמת את ההצעה אז זו הצעה נגדית. אם הפוליסה לא תואמת את ההצעה אז לא נכרת חוזה.

**לה נסיונאל נ' חיים**- לא היו שני שלבים אלא מול ההצעה הונפקה פוליסה. אם המבוטח מתנער מהפוליסה אז הוא בעצם לא מקבל את ההצעה הנגדית. הוא יכול לקבל בהתנהגות. אם נכרת חוזה ונשלחה פוליסה שלא תואמת את מה שסוכם, לא אמרתי לחברת הביטוח שזה לא מקובל עליי, האם השתיקה אומרת שזה כן מקובל עליי? יש לעשות משהו פוזיטיבי כדי להראות שאני מסכים לשינוי של חברת הביטוח. אם אני אשלם יותר ממה שנקבע, זה קיבול בהתנהגות של אותה הצעה נגדית. אם הוראות הפוליסה לא חופפות את החוזה אך הן מיטיבות עם המבוטח, אז אם הוא לא מגיב, סימן שהוא מסכים. הפוליסות הרבה פעמים מנוסחות באופן שנאמר בהן שההוראות שלהן גוברות אך זה בא בתיאום עם ההצעה של המבוטח שנשלחה למבטח.

כלומר, טופס הצעה הוא טופס שממלא המבוטח ומחזיר למבטח. הטופס הזה הופך להצעה של המבוטח למבטח לבטח אותו. אך הפרטים שהתבקשו שם הם פרטים שהתבקשו ע"י המבטח. אם אני מציעה למבטח והוא עורך קיבול להצעה שלי, נכרת חוזה ברגע שאני מקבל את הפוליסה. בטופס ההצעה עצמו חברות הביטוח

כוללות הוראה שאומרת שאני מקבל מראש כל שינוי שחברת הביטוח תשנה בהצעה, ואז אין סתירה בין ההצעה לפוליסה.

* אין ספק שפוליסות ביטוח הן חוזים אחידים. זוהי למעשה טענה מקפחת.

במקביל אני מסכים לאותה הוראה שכלולה בתוקף שאומרת שזכותו של המבטח לשנות את הפוליסה ושאני מסכים. זה לא חייב להיות ככה, גם אפשר שהמבטח יציע והמבוטח יעשה את הקיבול.

**אם סיכמנו בטלפון ולא הסכמנו שהמבטח ישנה לנו את הפוליסה, אז במקרה שמגיעה הפוליסה, והיא שונה ממה שסיכמנו, מדובר בהצעה חדשה שיש לקבל עליה קיבול חדש מצידי.**

לצורך הכריתה אנחנו מסכימים לעיקרי החוזה. ברגע שיש מפגש רצונות נכרת חוזה, לאחר מכן מונפקת הפוליסה. לא תמיד יש את השלב ביניים.

חובת הגילוי של המבוטח- מאחר והמידע מצוי בידי המבוטח אז מוטל עליו הנטל להעביר את המידע למבטח. המבוטח נדרש להעביר כי רק על סמך מידע זה יכול המבטח להחליט אם לכרות את החוזה או לא.

6/11/13

**חובת הגילוי**

חובת הגילוי של המבוטח

חוק הביטוח הוא חוק ספציפי בעל הוראות מיוחדות לגבי חובת הגילוי של המבוטח, והן נגזרות מס' 12 של חוק החוזים. ס' 12 לחוק החוזים אומר שבמו"מ לכריתת חוזה כל צד צריך לגלות לצד השני מידע מהותי. החובה הפאסיבית היא לענות על שאלות שנשאלת. חובה פוזיטיבית היא לגלות מיזמתך מידע מהותי שקשור לעסקה. אם לא גילית, הצד השני יכול לבטל את החוזה. המיוחד בס' 12 הוא שהצד השני יכול לבטל את החוזה ולבקש פיצויים גם אם לא הייתה כוונת מרמה, אלא פשוט לא גילו לו הכל. לגבי הפיצויים יש מחלוקת בין הפוסקים- חלק אומרים שצריך לשלם רק פיצויים על נזק שנגרם מעצם הכניסה למו"מ, וברק אומר שצריך לשלם גם פיצויי הסתמכות. **המבטח** חב בחובת גילוי שמצויה בס' 12 לחוק החוזים. החובה של המבטח רחבה ורצינית יותר מהחובה של המבוטח כלפיו.

בחוק הפיקוח (ביטוח), התנהגות חסרת תום לב של הסתרת פרטים מהותיים ע"י המבטח זו גם עבירה פלילית.

המבטח והמבוטח לא שווים בכוח ובידע שלהם וחוק הביטוח רוצה להגן עליו. על המבוטח יש הקלה בחובת הגילוי לעומת החובות שיש בס' 12 בחוק החוזים. **הוראות הנוגעות לחובת הגילוי בחוק הביטוח חלות רק על המבוטח, ולא על המבטח.** בס' 6 לחוק חוזה ביטוח **המבוטח** מתבקש רק לענות על שאלות המבטח. יחד עם זאת, חוזה הביטוח בנוי בין השאר על המידע שמצוי בידי המבטח, ולכן המבטח יודע מה המידע הנחוץ לו והוא יודע מה לשאול בשביל זה. לא מספיק שהמבוטח יענה על השאלות, אלא התשובות חייבות להיות מלאות וכנות- כלומר, כן יש תום לב. ס' 6ב אומר שהמבוטח צריך לענות תשובות מלאות וכנות רק בעניינים מהותיים, כלומר עניינים שיכולים להשפיע על החלטת המבטח לקחת את הסיכון ולבטח אותו. ס' 6ג אומר שהסתרה במטרת מרמה זה כמו מתן תשובה שהיא איננה מלאה וכנה. דעת הרוב של העליון אומרת שעל המבוטח מוטלות שתי חובות- לענות תשובות מלאות וכנות, ובנוסף יש גם חובה פוזיטיבית של איסור הסתרה. גם החובה לא להסתיר מתייחסת רק לעניינים מהותיים. מהותי זה דבר שמשפיע על המבטח בהחלטתו אם לבטח את המבוטח או לא, ואם כן, אז באילו תנאים. נטל ההוכחה מוטל על המבטח להוכיח שהמבוטח גם **ידע** שמדובר בעניין מהותי, וגם הייתה לו כוונה **להתסיר**. כמובן שיש בעיה לפעמים להוכיח את שני התנאים יחד.

מועד גילוי החוסר\המרמה

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | לפני קרות מקרה הביטוח- | אחרי קרות מקרה הביטוח- |
| תשובות חסרות בתום לב | לבטל החוזה תוך 30 ימים ולהחזיר למבוטח יתרה הפרמיה לתקופה שלאחר הביטוח.  | 1. המבטח חייב לשלם את מלוא תגמולי הביטוח: א. זו אופציה שקיימת כאשר אין קשר בין התשובה החסרה לבין מקרה הביטוח. ב. המבוטח תיקן את המצב בשטח בהתאם למה שענה- למשל, אין לי אזעקה באוטו, ואמרתי שיש לי, ואז הלכתי והתקנתי.ג. השאלות של המבטח היו מעורפלות או לא ברורות עד כדי כך שהמבוטח לא יכל היה להבין מה רוצים ממנו, ואז האחריות היא על המבטח.2. המבטח חייב בתגמולים מופחתים לפי היחס שבין הפרמיה שגבה לזו שהיה גובה אילו ידע את המצב לאמיתו (הרי אם הוא היה יודע על המצב המדובר, הוא היה גובה פרמיה גבוהה יותר).3. המבטח פטור כי הוא לא היה מבטח אך בתוספת פרמיה, ואף מבטח **סביר** לא היה מבטח- מצטבר. חייב להחזיר למבוטח את יתרת הפרמיה לתקופה שלאחר קרות המקרה הביטוחי. |
| הסתרה בכוונת מרמה | זכות המבטח לבטל ללא החזר הפרמיה. | כשיש מרמה, זכות המבטח לבטל ללא החזר פרמיה. |

יש ייחוד תרופות- המבטח מוגבל בתרופות שהוא יכול לבקש. הוא יכול לבקש רק את מה שכתוב בחוק הביטוח (מה שיש בטבלה), לא פיצויים ולא שום דבר אחר.

דוג'- בחורה בשם צמח עשתה ביטוח בחברת ציון. היא ילדה והילדה שלה מתה ואז היא הייתה בדיכאון והלכה לטיפול נפשי. כשהיא באה לעשות ביטוח היא אמרה שהיא לא נמצאת בטיפול רפואי וקיבלו אותה בביטוח. אחרי זמן מה היא התאבדה. חברת הביטוח אמרה שהיא לא תשלם. הם לא יכלו להוכי תרמית, אבל הם אמרו שאם הם היו יודעים שמדובר באישה שנמצאת בדיכאון ויש לה נטיות אובדניות, לא היינו מבטחים אותה ואף חברה סבירה לא הייתה מבטחת אותה, וביהמ"ש קיבל את הטיעון שלהם.

**פס"ד פיאמנטה**- המנוחה באה לעשות ביטוח חיים כי הבנק התנה זאת כדי לתת לה משכנתא. היא אמרה לפקיד הבנק שהיא הייתה חולת סרטן בעבר, והוא אמר לה שזה לא משנה. המנוחה גילתה שהיא שוב חולה בסרטן, היא באה לחברת הביטוח וביקשה שילשמו לה. הם סירבו. המנוחה הגישה תביעה ואז נפטרה ובעלה המשיך. ביהמ"ש קבע עובדתית שביהמ"ש נתן לה להבין שהמידע הזה לא מעניין אותה, כי חברת הביטוח, דרך פקיד הבנק, גילתה דעתה שזה לא רלוונטי, למרות שהיא כן רצתה לגלות.

**אובייקטיבי- עניין מהותי**

**סובייקטיבי- המבוטח ידע כי מדובר בעניין מהותי**

**סובייקטיבי- המבוטח הסתיר בכוונת מרמה**

אם אדם יודע שלא יבטחו אותו בגלל עניין מסוים, אז הוא יודע שמדובר בעניין מהותי.

**פס"ד כהן נ' מנורה**- יש מבוטח שהגיש הצעה בתאריך מסוים, אבל זו עדיין לא כריתת חוזה. החוזה נכרת מאוחר יותר, כאשר הפוליסה (הודעת הקיבול) מגיעה למבוטח. מר כהן בא לעשות ביטוח אובדן כושר עבודה. כששאלו אותו על אישפוזים שהיו לו, הוא אמר שהייתה לו איזו בדיקה, אבל אין לו כלום. על סמך המידע הזה חברת הביטוח קיבלה אותו. בין התקופה של ההצעה שלו לבין המועד שהגיעה אליו ההודעה על הקיבול ע"י חברת הביטוח, הוא חלה במחלה קשה, ולא הודיע לחברת הביטוח. כלומר, המחלה התגלתה בתקופת הביניים. העליון אומר שאין חובה על המבוטח לדווח על שינויים שחלו, כולל מהותיים, בתקופת הביניים. אבל למבוטח אסור להסתיר בכוונת מרמה מהמבטח אירועים והתפתחויות מהותיות. יש פה איזושהי סתירה, הרי מצד אחד אנחנו לא חייבים לדווח, מצד שני, אם אנחנו מסתירים- איזו עוד סיבה יכולה להיות לנו להסתיר חוץ מכוונה לרמות? בפסה"ד הזה העליון אמר שחברת הביטוח משכה יותר מידי זמן, זמן לא סביר, עד שהודיעה למבוטח על הקיבול (4 חודשים), הרי אם הקיבול היה מתבצע בזמן סביר, ממילא בזמן קרות המחלה המבוטח היה כבר מבוטח.

**שינויים שהתרחשו לאחר כריתת החוזה במהלך תקופת הביטוח –**

**החמרה בסיכון:**

יש לעשות הבחנה בין ביטוח חיים לבין רכוש: חיים- ברגע שיש שינוי בסיכון המבטח לא יכול לעשות שום דבר, כפי שהוא קיבל בעת כריתת החוזה כך יהיה. אדם שחלה לאחר הכריתה אין לו חובה לדווח ועל המבטחת אין שום זכות להעלות את הפרמיה או להיות מדווחת על כך.

ביטוח שאינו חיים- **החוק דורש אותו דבר כפי שדרש במסגרת חובת גילוי לפני כריתה. חובת הגילוי לפני כריתת החוזה חלה גם לאחר שהביטוח נכנס לתוקף.** ביטוח רכב- לפני הביטוח כל המיגונים ברכב פעלו כשורה. פתאום התקלקל אחד מהם ולכן יש חובה לדווח לחברה שכן יש החמרה בסיכון. אם החמרה זו לא תדווח, יחולו הסנקציות על חובת גילוי לפני כריתה בשינויים המחוייבים. (הקלטה) אם המבוטח מסתיר בכוונת מרמה שינוי בתשובה לשאלה שנשאל בהצעת הביטוח (לדוגמא: היעדר מיגונים), לאחר שהביטוח כבר בתוקף, יכולים לבטל לו את הביטוח. כמובן שאם העניין לא השפיע על קרות המקרה הביטוחי, המבטח צריך לשלם את הפיצויים. אולם אם יש קשר, המבטח יכול לשלם תגמולים מופחתים. גם שינויים בסיכון מחייבים עדכון מצד המבוטח.

1. אם השינוי לא השפיע על הסיכון
2. המבטח גרם לשינוי למשל דרישה לנקוט באמצעים שונים שמגבירים את הסיכון.
3. היתה תקופת ביניים והמבוטח תיקן את המצב, מקרה הביטוח אירע אחרי התיקון.

**הקלה בסיכון:** חל שינוי לטובה כך שאם נגבתה תוספת פרמיה על סיכון חמור המבטח חייב לבטל את התוספת, גם בביטוח חיים. אם מדובר בביטוח רכוש- למשל אם אדם יתקין מיגון הפרמיה תופחת, לאחר שהודיע על כך הוא זכאי להפחתה.

חוזה על תנאי

אופציה מקובלת בחוזה ביטוח היא חוזה על תנאי – התניית תנאי מתלה או תנאי מפסיק. לדוגמא: כיסוי המבוטח בתנאי שתוך 30 יום יתקין אזעקה ברכב. אם הרכב נגנב בפרק הזמן הזה – המבוטח מכוסה. אם האזעקה לא הותקנה והרכב נגנב לאחר 30 יום – המבוטח אינו מכוסה.

חוק חוזה הביטוח קובע שאם המבטח רוצה לממש את זכותו לבטל את החוזה, הודעת הביטול חייבת להימסר 15 יום בטרם הביטול נכנס לתוקף. מדובר בהגנה על המבוטח, לעומת חוק החוזים. עם זאת, אם המבטח מוכיח כי המבוטח פעל מתוך כוונת מרמה, המבטח יהיה פטור.

13/11/13

**זיקת ביטוח**

אם החוק לא מזכיר את המושג הזה, מה הוא אומר ולמה צריך אותו? זיקת ביטוח זה היחס שבין המבוטח לנשוא הביטוח. היחס הזה הוא שמבדיל בין חוזה ביטוח לחוזה הימורים. חוזה הימורים הוא חוזה שתוצאתו פונקציה של מקריות לחלוטין ואין בו לאף אחד אינטרס כלכלי, וכן הוא אסור ע"פ החוק. לעומת זאת חוזה ביטוח הוא חוזה שבו הזכות קמה בהתרחש אירוע וודאי שגורם לנו לנזק. זיקת הביטוח מעידה על קשר כלכלי- משפטי בין האירוע המבוטח לבין המבוטח עצמו. מחר והמושג הזה לא מופיע בחוק, לבתיה"מ בארץ קשה להתייחס אליו. היעדר המושג מחוזה הביטוח עצמו לא הופך את החוזה בהיעדרו לחוזה בעייתי. מאחר וזיקת הביטוח היא היחס שבין המבוטח לנשוא הביטוח, ועל היחס להיות כלכלי משפטי, המשמעות שבהיעדר יחס כלכלי משפטי- המבוטח לא יהיה זכאי לתגמולי ביטוח. למעשה החוזה הופך לבלתי אכיף. **בלי זיקת ביטוח החוזה בלי הפיך**. החוק עושה הבחנה בין ביטוחי רכוש לביטוחי חיים. בס' 55 הוא קובע כי המוטב זכאי לתגמולי ביטוח בגובה הנזק שנגרם לו. אנחנו עומדים על זיקת הביטוח, בכך שהמבוטח זכאי לתגמולים רק אם נגרם לו נזק. האינטרס שלו יכול להיות אינטרס של בעלות בנכס, אינטרס חלש יותר כמו שכירות, אך זהו אינטרס שאם הוא נפגע נגרם למבוטח נזק.

לכן בעצם כאשר עושים חוזה ביטוח אנחנו מחפשים לבטח אינטרס כלשהו שבהתממש הסיכון אנחנו עלולים להיפגע. ואם יתממש הסיכון ולא נפגע לא נקבל תגמולי ביטוח כי למעשה זה אומר כי אין לנו זיקת ביטוח.

שכני מצטרף אליי לנסיעה כל בוקר. אם ייגנבו לי את האוטו או האוטו יהרס בתאונה, הוא מפסיד הרבה, זמן וכסף. יש לו למעשה אינטרס כלכלי במכונית שלי. על מנת שהוא לא ייפגע הוא מבטח את המכונית שלי. אם הרכב ייפגע חברת הביטוח תטען כי אין לו זיקת ביטוח ולכן לא ישלמו לו. האם הם צודקים? השאלה היא בעצם האם הוא העלה את הנושא כי המכונית לא שלו? האם הוא לא היה תם לב, או האם לא שאלה אותו?

אם חברת הביטוח לא תעלה את הטענה שאין זיקת ביטוח אז החוזה אכיף. אך אם היא כן תעלה טענה זו, האינטרס של השכן הוא שהוא ביטח את המכונית כרכוש שאינו שלו, ולכן כאשר הרכב נגנב או נשרף לא נגרם לו שום נזק. נגרם לו נזק של אובדן שירותי הובלה. אם היה מבוטח את שירותי ההובלה אז הוא היה מקבל את הכסף. האינטרס שלו נגרם בנזק שאי אפשר להוביל אותו, אך אם המכונית נשרפת, זה לא הנזק שלו, זה הנזק של הבעלים.

**פס"ד מקאווה**- מקאווה היה סוחר עצים והוא ביטח את מלאי העצים שהיה לו. לימים הוא הקים חברה והעביר את המלאי לחברה. אך השאיר את הביטוח על שמו. כשנשרף המלאי אמרו לו שיש אישיות משפטית נפרדת וכי אין לחברה זיקה למלאי העצים. אם אני מבטח רכוש שלא שלי ולא נגרם לי נזק מכך שהרכוש נפגע אז אין לי מה לבטח את הרכוש.

* חוזה ביטוח הוא לא מסמך שכיר ולכן אני כמבוטח לא יכול להסב את הפוליסה שלי לאדם אחר. מלבד בפוליסה ימית שהינה סחירה כי המסחר עצמו סחיר.

הבעלות והמרשם ברישוי לא תלויים זה בזה. הרישום הוא דקלרטיבי בלבד. אם קניתי את המכונית בשישי אחה"צ ולא הצטיידתי מראש בביטוח למכונית שאני רוצה לקנות אז הסיכון הוא שלי והבעלים הקודם של המכונית לא נושא יותר באחריות. הפוליסה שלו לא יכולה לכסות את הנזק, כי אין לו זיקת ביטוח לנכס.

**בביטוח חובה**- בפקודת ביטוח רכב מנועי יש פקודה מפורשת שאומרת שאם אני מוכר את המכונית אני יכול להעביר את ביטוח החובה שלי לקונה והכיסוי שהיה שלי יחול על השימוש ברכש של הקונה. הביטוח שאני עשיתי יכסה את זה. המטרה של ביטוח החובה היא מטרה סוציאלית, להגן על נפגעי תאונות דרכים. יש במצב כזה לומר למוכר שלא לבטל את ביטוח החובה עד שאני , הקונה, מבטחת ביטוח חובה. קיימת הוראה בפקודת ביטוח רכב מנועי שאומרת כי אם מבטח סביר לא היה מעוניין לבטח את הקונה אז הביטוח של המוכר לא יחול על הקונה. לטעם המרצה לא קיים, והוא לא מכיר מקרה כזה.

מצבים בהם אפשר לעשות ביטוח ברכוש שאינו שלי:

* כאני מתכוון לקנות רכוש שאינו שלי אני יכול לבטח אותו. אם קרה נזק ועוד הרכוש לא היה שלי אני אל אקבל תגמולים כי אין לי זיקת ביטוח. אם אקבע את זולתי, מי שהנכס כרגע בבעלותו כמוטב אז זולתי נפגע מכך ולכן הוא כן יקבל תגמולים.
* אם יש לי זכות שביושר על משהו אז גם עליו אני רשאית לבטח, כי יש לי זכות בנכס זה ולכן גם אני אפגע.
* כשאני שוכר יש לי גם חובה חוזית וגם נזיקית כלפי בעל הבית ואם הרכוש ייפגע אז אני אצטרך לפצות את בעל הבית. לכן במקר כזה אני גם יכול לבטח.
* נושה- יש שני סוגי נושים. נושה מובטח ושאיננו מובטח. יש לי חייב שאינו פורע את חובו. אני מתכוון לעכל לו את הרכוש ולהיפרע מהרכוש. אני יכול לבטח את הרכוש אם עיקלתי אותו כבר אך אם לא עיקלתי אותו אין לי זיקת ביטוח אליו ולכן איני יכול לבטח אותו.
* נושה מובטח- רכושו משמש כביטחון. נושה מובטח כן יכול לבטח את הרכוש הממושכן כיוון שאם קורה משהו לאותו רכוש, הולך הביטחון ואז הנושה מפסיד ולכן הנושה יכול לבטח את הרכוש שמשמש כביטחון, עד גובה הביטחון.
* יורד- עד שהנפטר לא נפטר, היורש לא יכול לבטח. כי אין לו באמת זיקה, יש לו רק אופציה לזיקה.

**אני יכול לבטח רק משהו שמקנה לי זכות תביעה. כשיש לי זכות שניתן לאכפה אז ניתן לבטח, מה שמקנה לי ציפייה בלבד לא מאפשר לי לבטח.**

**ביטוח חיים**- ב**פס"ד חסקין נ' חסקין**- יש בעיה עם זיקת ביטוח. זיקת ביטוח זה יחס משפטי כלכלי בין מושא הביטוח לנשוא הביטוח. לכאורה זה אומר שאני יכול לבטח רק מישהו שיש לי אינטרס כלכלי בחייו. לי יש אינטרס כלכלי בחיי שלי, אם כך אני יכולה לבטח את עצמי. הגישה הבריטית, השמרנית, דורשת שתהיה זיקה כלכלית בין המבוטח לאדם שמבטחים. גישה זו נזנחה באירופה וארה"ב ואנחנו בעקבות הגישה הקונטיננטלית אמצנו גישה אחרת האומרת שאנחנו יכולים לבטח חייו של כל אדם ובלבד שהביע הסכמתו בכתב שנבטח את חייו. מאחר ואימצנו גישה זו, אני לא יכול לבטח מישהוש אני אפסיד כלכלית ממותו אם לא קיבלתי הסכמה בכתב ממנו.

דברים נוספים שמבדילים בין ביטוח אדם לרכוש- כשאני מבטח רכוש, מה שמעיד על זיקת הביטוח הוא הנזק שנגרם לי. לעומת זאת כשמדובר בביטוח חיים, חייו של אדם הם לא דבר שניתן לעמוד בכסף, כל סכום הוא סכום נכון. צריך רק לקבל את הסכמת הביטוח והסכמת מושא הביטוח. הדבר הנוסף המבדיל ביניהם – **זיקת הביטוח במקרה של רכוש צריכה לקרות בעת קרות מקרה הביטוח ואילו בביטוח חיים זיקת הביטוח צריכה להיות בעת כרות החוזה.**

אני כנושה רוצה לבטח את חיי החייב מחשש שלא יפרע את ההלוואה. על מנת לבטח את חייו עליי לקבל ממנו הסכמה בכתב, בלא קשר לגובה ההלוואה ואז אם הוא מת ונשאר עוד 20 ₪ בחוב וביטחתי במיליון ₪ אני אקבל מיליון ₪ כי זהו ביטוח חיים. אופציה אחרת היא לא לבקש את רשותו ואישורו ולבטח את החוב לפי גובה החוב, לפי תנאים שייקבעו בתיאום עם חברת הביטוח (אם יברח מהארץ, ימות וכו').

**מוטבים**- חוזה ביטוח יכול להיות חוזה לטובת צד שלישי ויכול להיות חוזה רגיל. כשאנני מבטח את הרכוש שלי אני מבטח אותו בשביל עצמי. אני כורת את החוזה ואני מקבל את דמי הביטוח זהו חוזה רגיל לגמרי. אני גם יכול להפוך את חוזה הביטוח לחוזה לטובת צד שלישי. אין מגבלה לכרות חוזים לטובת צד ג'. זכותי להחליט אם יהיה מוטב או לא יהיה ואם יהיה מוטב מה יהיה חלקו בתגמולי הביטוח. באותה מידה באפשרותי לקבוע כמה מוטבים יהיו. זיקת הביטוח נבחנת מול המבוטח ו/או המוטב. כלומר אם ביטחתי את המכונית שלי וקבעתי שחברי המוטב אז חברי יקבל את הכסף. ואם ביטחתי את רכבו של חברי וקבעתי שהוא המוטב גם פה הוא יקבל את הכסף. אם אני קובע כמה מוטבים ולא קובע מה חלקם אז כל אחד יקבל את חלקו היחסי. אך אני יכולה לקבוע גם באחוזים. לחברת הביטוח אין say, אני קובע. יחד עם זאת, כל טענת הגנה לחברת הביטוח שיש לה מולי יש לה גם מול המוטב. המוטב לא יכול לקבל יותר ממה שהמבוטח היה מקבל.

**קיזוז**- בחוה"ח יש פרק המסדיר את נושא הקיזוז. על מנת שאפשר להודיע הודעת קיזוז צריכים להתקיים תנאים:

* מדובר בסכום קצוב
* שהגיע מועד פרעונו.

ביטחתי את המכונית בפרמיה על סך 5000 ש"ח, ואני חייב לחברת הביטוח 3000 ש"ח. במקום לתת לי 50 אלף כפי שמגיע לי אקבל 47 אלף. החוק מאפשר לחברת הביטוח לקזז בלי להודיע בהתקיים שני תנאים- הגיע מועד הפירעון והסכום קצוב. חברת הביטוח יכולה לקזז גם מהמוטב, למרות שהמבטח חייב ולא המוטב. אם החוב של המוטב אז אפשר לקזז לו בכל מקרה. כשמדובר בביטוח ויש לנו מוטב אז מותר לקזז ממנו רק בחוב באותה פוליסה שבה הוא המבוטח תובע. כלומר אם יש לי ביטוח דירה וביטוח רכב. והחוב שלי בביטוח דירה אך אני המוטב שלי פורע את התגמולים בביטוח רכב- לא ניתן לקזז לו כיוון שזה לא אותה פוליסה. אם למוטב יש חוב כלשהו כלפי חברת הביטוח אפשר לקזז לא בכל מקרה, לא משנה מה.

יש שני סוגי מוטבים- מוטב רגיל ומוטב עם קביעה בלתי חוזרת. מוטב רגיל- המבוטח יכול להחליף אותו בכל עת. מוטב עם קביעה בלתי חוזרת לא ניתן להחליף אותו. ההבדל ביניהם זה שהזכות של המוטב הרגיל מתגבשת רק כשקורה מקרה הביטוח. לעומת זאת הזכות של מוטב בקביעה בלתי חוזרת

לעניין עיקול החוזה או שעבוד החוזה. מוטב רגיל- ביטחתי את המכונית שלי וקבעתי את חברי כמוטב. אני חייב הרבה כסף לאדם אחר. אני משעבדת את חובי לנושה, אם אני משעבדת את המכונית שלי לא אוכל למכור את המכונית או לעשות עסקאות שיפגעו בזכות של הנושה. אם שיעבדתי לה את הפוליסה, אם יקרה מקרה ביטוח היא תקבל את הכסף. נניח גנבו את המכונית, חברי רוצה את הכסף, מי גובר? הנושה המובטח, לו שיעבדתי את הפוליסה, כי יש לו זכות קניינית יותר חזקה, חברי הוא מוטב רגיל, זכותו של חברי נדחית.

במקרה בו אני חייב כסף ולא פרעתי את ההלוואה, אז הנושה מטיל עיקול על הנכס שלי ועיקול על הפוליסה שלי. קרה מקרה הביטוח, וחברי המוטב- הוא לא מקבל את הכסף, הנושה מקבל את הכסף בגלל שהוא עיקל את הפוליסה.

הדבר שונה כאשר המוטב הוא מוטב בקביעה בלתי חוזרת, לא ניתן לשעבד את הפוליסה או להטיל עליה עיקול כי הזכות היא זכות המוטב ולא זכותי לכן הנושה לא יכול לקחת את זה (לכאורה אפשר לעשות כך הברחת נכסים).

בביטוח חיים- בכל תחומי הביטוח למעשה יש לנקוב בשמו של המוטב. בביטוח חיים אני יכול לנקוב בתואר של מוטב ולא בשם של מוטב. למשל בביטוח חיים אוכל להטיב את זכויותיי ל"אישתי". כשאני מת יכולה לבוא אישתי בזמן תקופת החוזה (גרושתי) ואישתי האחרונה בעת מותי (אלמנתי). **בפס"ד חסקין נ' חסקין** הוא לא נכון. היום החוק אומר שאם נקבתי בתוארו של המוטב ולא ציינתי את שמו אז מי שמקבל את הכסף הוא המוטב שנושא את התואר בעת קרות מקרה הביטוח. במקרה זה נכתב "אישתי דינה..." באה הגרושה והאלמנה ורצו את הכסף. חברת הביטוח זרקה את הנשים שיתדיינו ביניהן בבימ"ש.

היום החוק אומר שמי שמקבל את תגמולי הביטוח זה אותו אחד שבאותו סטאטוס הקיים בעת המוות. אך אם נקוב שמו של אדם אז כמובן השם שנקוב הוא זה שיקבל את דמי הביטוח.

כשהמבוטח קובע מוטב שלא קיים הוא שוב הופך להיות המוטב. כלומר אם קבעתי "אשתי" והתגרשנו בלי שהתחתנתי מחדש אז אני חוזרת להיות המוטבת.

חוק הירושה אומר כי כשאדם נפטר יש כמה אפשרויות. אפשרות אחת שהוא משאיר אחריו יורשים ונושים. ואז לוקחים את העזבון ואז מחלקים בין הנושים. אם נשאר עודף הוא מחולק ליורשים. זה נכון בין אם אדם משאיר אחריו צוואה או לא. זכות הנושים עדיפה על זכות היורשים. אבל ב**ס' 147 לחוק הירושה**- אם לאדם יש קופות גמל, קרן פנסייה או ביטוח חיים והוא קבע מוטבים באותם כספים במסגרות אלו והוא מת אז הכספים הללו לא הופכים להיות לק מהעזבון, הם מדלגים על העזבון והולכים ישר למוטבים, בתנאי שקבע כאלו. אם לא קבע מוטבים אז המבוטח הוא המוטב ואם אין מוטבים והוא המוטב אז הכסף הולך לעזבון שלו ואז הנושים יכולים להיפרע.

**הפניקס נ' ניצה פדן**- לבעלה היה ביטוח חיים והוא קבע אותה כמוטבה ולנושים היה זכות עיקול על ביטוח החיים. וכשהוא מת הם רצו את הכסף. ביהמ"ש המחוזי אמר שניצה צודקת והכסף שלה מפני שאם הנושים היו ממשים אז לא הייתה בעייה כי אז היו מוציאים את החלק מקופת הגמל ומחלקים לנושים. אבל ברגע שלא עשו זאת אז נוצר סטאטוס חדש, והכסף הולך למוטבים שלו. הפניקס חשבה שזה לא נכון ולכן ערערה לעליון. היו שם שתי דעות- דנצינגר וארבל ונאור. דנצינגר אומר שצריך לדחות את הערעור של הפניקס ואכן העיקול של הנושים אם הוא לא מומש אז ברגע המוות הוא נופל כי הכסף הופך לכסף של המוטבים והופך מכח ס' 147 לחוק הירושה למוטבים. שתי הבנות, ארבל ונאור אמרו שמאחר והנושים לא היו צד להליך אז הן לא רוצות לדון בערעור.

יש בביטוח חיים אפשרות למצב מרובע- מבוטח- א, מבטח- ב, אדם שחיו מבוטחים-ג ומוטב-ד. במצב כזה, יש שניים שמחכים. המוטב מחכה שהאדם שחייו מבוטחים ימות ואז הוא יקבל את הכסף וגם המבוטח מחכה כדי שיוכל להפסיק לשלם את הפרמייה. אם המוטב מת אז המבוטח יכול להחליף אותו באדם אחר. אם לא יעשה כלום הוא יקבל או עזבונו. לפעמים קורה כי המבוטח מת, אז המבטח- חברת הביטוח פונה למוטב וחובה עליה להודיע על מותו של המבוטח ולהציע לו לבטח במקומו.

ש.ב- אקרן נ' מילשטיין

20/11/13

**המוטבים- המשך**

**בפס"ד מילשטיין נ' אקרן**- בתקופה ההיא קופות הגמל היו עוד בניהול הבנקים. אישה חסכה את כספה בקופות גמל. בקופות גמל ניתן לקבוע מוטב לכספים המצטברים בקופה. האישה הזו קבעה את אחיה כמוטב. לימים עבר ביניהם חתול שחור והיא כתבה צוואה בה היא מורה כיצד יש לחלק את רכושה. היא מחלקת לבני משפחתה, אך לא לאחיה יהודה שהיה מוטב, לו היא הורישה שקל חדש אחד. לאחר שמתה, קם סכסוך לגבי הכספים שבקופת הגמל. **האם הוראות הצוואה יכולות לשנות את קביעת המוטב שנקבעה עם פתיחת החשבון של אותה קופת גמול?** ההוראות לגבי מוטבים מוסדרים באופן חד משמעי בחוק חוזה ביטוח. כשמדובר בחוזים רגילים שאינם ביטוח חל עליהם חוה"ח -חלק שלישי שנוגע לצד ג'. האח טען כי היא לא החליפה אותו. שאר היורשים טענו כי תאריך הצוואה הוא המאוחר יותר.

* דעת המיעוט (גולדברג) טען שכן. הוא טוען שזה היה רצון המנוחה ולכן רצונה הוא זה שקובע.
* שמגר טען שלא. צוואה עקרונית לא יכולה לשנות קביעה של מוטבים אם ההורים שבצוואה לא הגיעה אל החייב לפני שקרה מקרה הביטוח. הודעת החלפת המוטב חייבת להגיע לחייב לפני שקרה האירוע המזכה, בקופת גמל מדובר במוות או בתום תקופת הקופה. שמגר אומר שההודעה לא הגיעה אל החייב (קופת הגמל/ חברת הביטוח), אם היא רוצה לשנות מוטבים עליה **להודיע על כך לחברת הביטוח**. הם לא יודעים מזה, ולכן אין באמצעות הצוואה כדי לשנות את המוטב. שמגר דורש **וודאות משפטית.**

דרך פשוטה יותר לשנות מוטב היא באמצעות מכתב. הבעיה עם שינוי מוטב באמצעות צוואה היא מסוכנת כי יכול לבוא מישהו ולהתנגד לצוואה מסיבות אחרות, ואז הצוואה עלולה להיפסל ולא ניתן להשתמש בה לשינוי המוטבים.

במקרה אחד, אדם קבע את אשתו כמוטבה. הוא עזב אותה ולא התגרש ממנה ועבר לגור עם ידועה בציבור. אם הוא רוצה שהידועה בציבור תקבל את הכסף הוא צריך לעשות זאת שלוש שנים לפני שהוא מת והם אכן צריכים להיות מוכרים כידועים בציבור. הוא מת באזור שנה לאחר לפני שמת, ולכן חברת הביטוח אמרה שאשתו צריכה לקבל את הכסף. במחוזי נקבע כי הן יחלקו ביניהם. **בעליון דנצינגר** אומר כי יש לפעול בתו"ל, ובכך לכבד את רצונו של האיש. הדרישה השרירותית של חברת הביטוח לא מעניינת, מה שחשוב שאכן היו ידועים בציבור מספיק זמן ושיחסיהם היו רציניים דיים.

* חוק חוזה הביטוח בישראל לא חל על ביטוח ימי

יש משותף לכל מקרי הביטוח (ביטוח חיים, רכוש וחבויות) הוא שמדובר במקרה בלתי צפוי. בביטוח חיים ברור כי כולנו נמות אך לא בטוח מתי. בביטוח רכוש וחבויות לא ברור אם יקרה מקרה הביטוח ואם כן מתי. מעורבות המבוטח במקרים אלו בלתי רצונית (למעט מקרים של התאבדות, וגם זה רק לאחר תקופה מתחילת הביטוח).

**בפס"ד מדינת הילדים**- מדובר בביטוח עסקי. אין מניעה לעשות ביטוח כנגד כל סיכון שהמבוטח חשוף לו, פיזי או כלכלי. במקרה זה דובר בסיכון כלכלי, וביטח עצמו נגד התממשות הסיכון. בפס"ד דובר על אמרגן שמארגן הופעות לילדים בחופשת פסח בגני התערוכה בת"א. הוא מבטח את עצמו נגד מספר אירועים, למשל ביטול של כל האירוע באותו שבוע פסח והנזק כתוצאה מכך. הדבר השני הוא מיעוט משתתפים. הדבר השלישי הוא ביטול אחד מאותם אירועים שאמורים לחול בשבוע פסח. הוא טען שהיא מיעוט משתתפים וקרה מקרה הביטוח. הוא טען שזה נובע בשל תנאי מזג האויר שלא היו בשליטתו (גם חמסין וגם גשם) והסיבה השנייה הייתה הפיגוע במשגב העם. כשהוא הגיש את התביעה לחברת הביטוח, הוא אמר שבשנה הקודמת היה לו 100 אלף איש והשנה 80 אלף אז יש לשלם לו על חוסר של 20 אלף משתתפים. המחוזי הסכים. **בעליון** נאמר שיש להוכיח קש"ס בין הסיבה לתוצאה. זאת משום שיכול להיות שהמיעוט היה בכלל בגלל תחרות, שהיה מקום אחר זול יותר. בנוסף אומר העליון כי אולי רמת ההופעות הייתה נמוכה או שהשיווק לא היה טוב. כלומר כשאנחנו עושים ביטוח זה כנגד מקרה שאין לנו שליטה אך אם אנחנו גורמים לנזק הביטוח לא מכסה.

התיק ירד למחוזי לבדוק מחדש. הוכחת הנזק הינה מאוד בעייתית. ולבסוף הגיעו לפשרה. ביהמ"ש העליון למעשה שם את הדגש על כך שיש צורך באירוע בלתי צפוי שאין לנו שליטה עליו. מי שחייב להוכיח את הקשר בין הסיבה לתוצאה הוא המבוטח.

אם נדבר על ביטוח רכוש, הוא מחולק לביטוח לפי רשימת סיכונים או ביטוח כל הסיכונים. כאשר הביטוח הוא לפי רשימה של סיכונים, אז על המוטב להוכיח כי הנזק שנגרם לו הוא כתוצאה מאחד האירועים ושלא יכל למנוע את התממשות הסיכון. הנטל על המבוטח כאן די כבד. במקרה בו הביטוח הוא על כל הסיכונים, המבוטח אל צריך להוכיח את הסיבה המיידית של הנזק, רק את הסיבתיות שנזק הוא תאונתי. אם מנסיבות המקרה ניתן להבין כי סיבת הנזק היא תאונה, על חברת הביטוח, החייב, להוכיח את חריגות התאונה. שהנזק הוא תוצאה של חריג.

כשמדברים על ביטוח חיים צריך לשנות את החשיבה, הוא ללא השלכות פנסיוניות ומיסיות וכו'. מקרה ביטוח בביטוח חיים הוא או במקרה של מוות או בהגיעו של אדם שחייו מבוטחים לגיל מסויים או ב"אירוע אחר בחיים".

**מוות**- הביטוח הוא נגד המוות, נגד התוצאות הכלכליות של המוות.

**ביטוח מעורב**- הגיעו של אדם לגיל מסויים- ביטוח המכסה את המבוטח כנגד מוות בתקופת הביטוח או הגעה לגיל מסוים (המוקדם מבין השניים) – גיל 67 לגברים וגיל 62 לנשים. קצת דומה לביטוח מנהלים, אם אמות לפני הגיל אז המוטבים יקבלו את הכסף, אך אם אגיע לגיל אני אקבל את הכסף. למעשה ביטוח עד גיל X הוא למעשה סוג של חיסכון. אם למשל סכום הביטוח היא מיליון, אז במשך השנים אנו משלמים את הפרמייה באופן כזה שיוצא שהביטוח הוא מעין חיסכון. אך אם אמות לפני הגיל, עדיין אקבל את סכום הביטוח- מיליון. חברת הביטוח מרוויחה כיוון שבכל שקל פרמיה שאנו משלמים אחוז מאוד גבוה הולך לתשלום עבור כיסוי הסיכון ואת היתר היא משאירה אצלה. ככל שאני מתקרבת יותר לגיל שנקבע בביטוח כך החלק שהולך לסיכון קטן יותר והיא יכולה להותיר אצלה סכום יותר גבוה. בכל מקרה אם הסיכון לא מתממש אז הכסף שנותר לה (שלא העבירה לכיסוי הסיכון) נשאר אצלה וכן דמי הניהול והריבית שהיא הצליחה להשיא מהכסף על ידי השקעות עדיין נשאר אצלה (כמובן אחרי קיזוז המיליון שהיא התחייבה לשלם לך בגיל X)- כמובן שזה תיאור מאוד פשטני. אחרי הרפורמה.

לפרמיה שאנחנו משלמים יש מרכיב של סיכון ומרכיב של חיסכון. בשנים הראשונות, המרכיב הדומיננטי מבחינת המבטח הוא מרכיב הסיכון ובשנים האחרונות המרכיב הדומיננטי הוא מרכיב החיסכון. זאת משום שבחלוף הזמן נצבר כסף בקרן, ואם יתרחש מקרה הביטוח, כבר יש מספיק כסף בקרן כדי לשלם למבוטח. קיימים שני סוגים של ביטוח חיים מעורב:

1. **ביטוח חיים מעורב פרטי** – בביטוח החיים הפרטי אין השתתפות מעביד והטבות מס. המבוטח זכאי לבצע פדיון מלא או פדיון חלקי. פדיון חלקי הכוונה היא למשיכת חלק מסוים מהקרן שנצבר בפוליסה, כאשר ממשיכים לשלם את הפרמיה. כאשר המבוטח מגיע לגיל מסוים או נפטר, נפדית יתרת הקרן (לאחר קיזוז הפדיון החלקי). כאשר עושים פדיון מלא, למעשה מסתיים חוזה הביטוח, והמבוטח מקבל את כל הסכום שנצבר בפוליסה.

בביטוח פרטי, חוץ מפדיון מלא וחלקי ניתן לבצע סילוק / המרה – סילוק משמעו הפסקת תזרים הפרמיה מהמבוטח. סילוק חלקי משמעו לשלם פרמיה נמוכה יותר. אני יכול להמיר את הפוליסה לפוליסה שלא מקבלת יותר בשוטף פרמייה. אני לא רוצה להפסיק את הביטוח אך איני יכול לשלם תוספת. פוליסה מסולקת אומרת שאמשיך להיות מבוטח, בה ישלמו לי סכום מופחת. אפשר לעשות גם סילוק חלקי- כלומר לשלם רק חלק מפרמיה, בשיעור נמוך יותר. זה מן הסתם משפיע על סכום הביטוח.

כל הנ"ל אינם בביטוחים מנהלים, פה יש שליטה כמעט מוחלטת של המבוטח, אין גורמים נוספים, אין מעסיק או הטבות מס וכו'. בביטוח מנהלים המעביד משתתף בפרמיה ואז לא ניתן לשנות כך את הפרמיה.

1. **ביטוח מנהלים** – מדובר בעתודת פיצויים. בפוליסה הזו יש כספי חיסכון של המבוטח – 5% משכר הברוטו שמפריש העובד, 5% שמפריש המעביד ועוד 81/3% שמפריש העובד במסגרת פיצויי פיטורין. אם העובד מפוטר הוא זכאי לפיצויי הפיטורין, אך אם הוא התפטר המעביד לוקח חזרה את 81/3% מהקרן.

כיום, התקנות מחייבות אותנו לקבל את כספי הביטוח בצורה של קצבה. כאן נכנסת נוסחת ההמרה. ממירים את כל הכסף שבקרן לקצבה חודשית הנפרסת ומשולמת על פני 240 חודשים. אם המבוטח נפטר קודם לכן, המוטבים שלו ממשיכים ליהנות מהכסף עד לסיום 240 החודשים. אם המבוטח ממשיך לחיות עוד שנים, הוא ימשיך ליהנות מתשלומי ביטוח, אף שהכסף בפוליסה שלו נגמר. מדובר בסיכון שהמבטח לוקח על עצמו.

**"אירוע אחר בחיים"**- שאינו מוות ובלא בהגיעי לגיל מסוים. למשל נישואי בני. החרדים בבני ברק למשל עשו ביטוח בחברת ביטוח שוויצרית. באירוע כמו נישואים חברת הביטוח בדקה את הגיל הממוצע בו מתחתנים בישראל. ידוע הרי שגיל זה אינו הגיל בו נהוג להתחתן בחברה החרדית. כך יצא שחברת הביטוח הפסידה למעשה כי תיכננה לקבל תשלומי פרמיה תקופה ארוכה הרבה יותר מזו שקרתה בפועל. המבוטח בביטוח מסוג זה אומר שהוא רוצה את הכסף או כשימות או בנישואי בנו (לדוגמא), המוקדם מבין השניים.

**ביטוח בריאות**- ביטוח הוצאות רפואיות. מקרה הביטוח הוא הצורך להוציא את אותן הוצאות. גם כאן בד"כ מדובר בהוצאות שאינן צפויות. התשלום הוא פונקציה של פרמיה. **ביטוח של תאונות ומחלות** הוא ביטוח דמי נכות- כלומר עליי להפוך לנכה כדי לקבל את הכסף. מקרה הביטוח זה התאונה או המחלה, אך לא די בכך, אחת משתי אלו הייתה צריכה לגרום לי לנכות. תגמולי הביטוח שאקבל יהיו כגובה הנכות. ניתן לכסות את עצמנו גם כנגד נכות צמיתה או כנגד נכות זמנית. ניתן לעשות את הכל ביחד או רק חלק, תאונות זמנית או מחלות זמנית וצמיתה וכו'. בשון העם, ביטוח זה נקרא **ביטוח תאונות אישיות.** סכומי הביטוח הם שרירותיים ולא כמידת הנזק שנגרם. אני יכולה לבטח את עצמי ב50 אלף שח למשל, בלא קשר לגובה הנזק. אני מקבלת כגובה הנכות- כלומר אם הנכות שלי היא 100% אקבל 50 אלף שח, אם נכות צמיתה של 73% אז רק חלק מסכום הביטוח, בהתאם לאחוז הנכות. בביטוח תאונות אישיות אני מקבל את הסכום הקבוע בפוליסה. אם הביטוח הוא במתכונת של אובדן כושר עבודה, אני אקבל את הכסף בצורה של קצבה.

בביטוח חובה שעושים, הוא גם ביטוח תאונות- ביטוח החובה מחסה את הנזק. התשלום שאקבל יהא כמידת הנזק שנגרם. אם יש לי בצד ביטוח החובה פוליסה של תאונות אישיות, אוכל לקבל את הכסף גם מהם. זה למעשה סוג של תוכנית חיסכון. אין קיזוז. כך גם אם למשל מישהו נהרג בתאונה דרכים. התלויים יכולים לתבוע דרך ביטוח החובה והמוטבים מקבלים את ביטוח החיים.

כשיש מזיק אחראי, המזיק שגרם לנזק גוף לא יכול להקטין את התשלומים שעליו לשלם לפי גובה הביטוח שעשיתי לעצמי. חברת הביטוח צריכה לשלם לי במצב כזה אם אני מבוטח, אך אין זה גורע מתשלומו של המזיק בשל נזקו.

11/12/13

**ביטוח אחריות**-

המבוטח=המזיק=הנתבע

הניזוק= צד ג'= התובע

צד ב'= המבטח

צד א= המבוטח

להשלים

**ביטוח אחריות כלפי הציבור** **(צד ג')** לא מכסה נזק שנגרם עקב שימוש ברכב מנועי. המבוטח צריך לבטח את החבות שלו בפוליסה נפרדת- פוליסת נזקי גוף ופוליסת נזקי רכוש. דבר נוסף שלא מבוטח הוא נזק מעובד (חבות מעבידים). כמו כן לא מכוסה אחריות מקצועית. כמו כן לא מכוסה חבות מוצר, וחבות כ D&O- דירקטור ונושאי משרה יש להם חובת זהירות כלפי החברה עצמה וכלפי בעלי מניות. הם יכולים לבטח את האחריות שלהם במסגרת זו. הפוליסה הבסיסית שמכסה אחריות כלפי הציבור לא מכסה את כל הנ"ל. מי שזקוק לאלו צריך לעשות פוליסה נוספת. (סה"כ בנ"ל 7 סוגי פוליסות שונות)

מה שנשאר מביטוח זה ביטוח כמחזיק מבנים וחצרים. למשל אם מישהו שובר את הרגל אצלי. הביטוח שלי יכסה את הנזק שקרה אצלי. צד ג' זה לא מבוטח עצמו ולא מישהו שנכלל בקהילת המבוטחים.

ד"ר רבינוביץ רופא שיניים, נתנאל קובע אצל ד"ר רבינוביץ תור. הוא מגיע ונכנס לבניין של המרפאה ושובר את היד במרפאה משום שהייתה רטיבות על הרצפה. הרופא הפר כלפיו את חובת הזהירות. אנחנו נתבע את הרופא, המקום היה מקום מסוכן ואדם שמפעיל קליניקה לא יכול להפעיל מקום מסוכן. אם הוא מבוטח חברת הביטוח שלו תשלם לנו במקום שישלם מכיסו.

**אחריות מקצועית**- כשנתנאל מגיע לרופא ואומר שכואבת לו השן, ד"ר רבינוביץ צריך לטפל בו כמו כ רופא סביר. אם רבינוביץ מחפף ולא טיפל כראוי בבעיה, לא רק שלא פתר לו את הבעיה אלא יצר בעיה נוספת וגרם לנזק רציני, נתנאל תובע אותו. במידה ויש לו ביטוח אחריות מקצועית הביטוח מכסה את הנזק.

**נזק לעובד**- לד"ר רבינוביץ יש אסיסטנטית שבסוף יום העבודה אוספת את הכלים ומחטאת אותם. היא הכניסה את כל המכשירים למכשיר החיטוי שעובד על חום גבוה וקיבלה כוויה. הכוויה היא תוצאה של מקום עבודה לא בטוח. ואז היא תובעת אותו. כשאנחנו מדברים על נזק לעובד בד"כ מדברים על תאונת עבודה. בד"כ תובעים את המל"ל. אך אם הנזק לא מכוסה כולו ע"י המל"ל, ויש אחראי לנזק אז האסיסטנטית תתבע את הרופא על הדנטה- ההפרש. ואז מפנה ד"ר רבינוביץ את התביעה לחברת הביטוח לשלם את ההפרש בין מה שמשלם המל"ל לגובה הנזק.

**חבות המוצר**- כשבא נתנאל לטיפול. ד"ר רבינוביץ משתדל ומצלם את השן ורואה כי יש צורך בטיפול שורש. ד"ר רבינוביץ צריך לסתום את החור והאסיסטנטית מערבבת את החומר שסותם את החומר. הוא מהדק מצויין ושולח את נתנאל הביתה. אך לאחר יומיים מתפתח דבר נוראי וצריך לעקור את השן כי החומר היה פגום. נתנאל תובע את הרופא. מבחינה מקצועית הרופא היה 100% בסדר, אך החומר לא היה תקין. האחריות שלו היא כספק ולאו דווקא כיצרן. מי שאחראי זה זה שסיפק. חוק אחריות למוצרים פגומים מכסה רק נזקי גוף אך הפוליסה רחבה יותר ומכסה גם נזקי רכוש אבל אז התובע צריך לתבוע מכח פקודת הנזיקין ולא מכח החוק לאחריות למוצרים פגומים. אפשר להרחיב ביטוח חבות מוצר ל recall. כלומר שלוקחים מהחנויות את כל המוצרים הפגומים.

הרופא שיניים שלנו פעיל בהר"ש- הסתדרות רופאי השיניים, והוא אף דירקטור וגיזבר. היה לו יום עבודה קשה והוא יורד במעלית לחניון ודופק מכונית אחרת ביציאה. אבל יש לו **ביטוח נזקי רכוש צד ג'** שמכסה את זה. לאחר מכן הוא דורס אדם, לא הרג אותו, כאן **ביטוח החובה** שלו- מכסה **נזקי גוף**. מתגלים אי סדרים ורשם העמותות פותח בהליכים, הוא אישר את המאזנים בלי לקרוא בכלל אז תובעים אותו, **הביטוח של D&O** יכסה את הנזק. הנה דוגמא בה רופא שיניים צריך 7 פוליסות.

**סכום ביטוח**- כשאני מבטח רכוש, אני יודע מה סה"כ הנזק שצפוי לי כפונקציה של שווי הרכוש. כשאני ושה ביטוח חיים סכום הביטוח שרירותי לחלוטין ואני יכול לבטח את חיי כפונקציה של כמה כסף יש לי ואיזו פרמייה אני יכול לשלם. אך בביטוח רכוש אני צריך לבטח לפי היקף הנזק, איך ניתן לדעת מה יהא היקף הנזק? עוה"ד שמקבלים כל שנה הודעה לחידוש הרישיון מצרפים הצעה לביטוח אחריות מקצועית, לכאורה עו"ד ממוצע צפוי להזיק בסכום של 2 וחצי מיליון ש"ח. ככל שהמשרד גדול יותר מכפילים את הסכום ביותר מספרים. האם זה נכון או לא? ככל שהיקף הפעילות רחב יותר כך הנזק עלול לגדול.

כיצד אפוא יש לקבוע את סכום הביטוח?

סכומי ביטוח בביטוח אחריות הרבה מאוד לא ניתן לקבוע. סכום ביטוח בביטוח אחריות נקרא גם גבול אחריות- הגבול בנזקי רכוש הוא בין חצי מיליון למיליון. מזיקים גדולים יש להם סטטיסטיקה לגבי הנזק שהם עשויים לגרום בשנים הבאות. הם יודעים בדיוק כמה הם שילמו בגין נזקים שגרמו העובדים שלהם ואז סטטיסטית הם יכולים לומר מה יהיה הנזק, אבל לאדם הפרטי קשה להאריך את סכום הביטוח. בביטוח אחריות יכול להגביל את סכום הביטוח גם פר מקרה ביטוח כלומר למשל לתת מכסה ביטוחי של 2.5 מיליון לכל השנה אבל פר מקרה חצי מיליון.

במידה וגרמתי נזק למישהו והשתמשתי מתוך 2.5 ש"ח שבפוליסה ב800 אלף. נגיד ואני חושש שאני אגרום נזק נוסף ולא יהיה לי מספיק בביטוח, אז ניתן לעשות **השבת סכום הביטוח לקדמותו** בשנת הביטוח עצמה. לא ניתן 5 שנים קדימה לבקש כסף אחורה אלא רק באותה שנה עצמה. אפשר גם במקביל לעשות ביטוח נוסף בחברה אחרת.

יש תקופת ביטוח. כל ביטוח מוגבל בזמן, בד"כ ביטוח רכוש הוא לשנה, ביטוח חיים בד"כ עד 67 אך ניתן גם קצר יותר, רוב הביטוחים הם לשנה. נגיד עשיתי ביטוח לשנת 2013. עקרונית מה שמכוסה הוא נזק שגרמתי בשנת 2013, אך נזק כזה יכול להתגלות ב2018 ותביעה עשויה להינתן בשנת 2020, ופס"ד יינתן ב2025, אך הפוליסה מ2013 היא זו המכסה. זהו **כיסוי על בסיס אירוע** -OCCURENCE המקים החבות. כיסוי כזה לא טוב לחברת הביטוח כי הוא משאיר לה **זנב ארוך**. הם צריכים לשמור רזרווה מ2013 עד 2030. כשהיא צריכה לעשות זאת המשמעות שאינה יכולה לשלם דיבידנדים כי היא צריכה לשמור כסף בצד.

מסיבה זאת החליטו לעבור לכיסוי על **בסיס הגשת התביעה**- CLAINS MADE. הביטוח מכסה אותי עבור תביעה בשנת הביטוח. הרבה יותר גרוע למבוטח. כשמוגשת נגדי תביעה ב-2013 המקרה שהיווה את הבסיס לעילת התביעה הוא מקרה שקרה או ב2013 או אחורה. היתרון פה שאם לא הגישו תביעה אפשר לסגור את הספרים לא צריך לשמור רזרוות. מהר מאוד הגיעו חברות הביטוח למסקנה שאם אני מבוטח על בסיס התביעה ב2013 אז אפשר להכניס לי הרבה סיפורים שקרו בשנים קודמות.

ייתכן כי ב2008 גרמתי לנזק לאדם שלא תבע אותי אך אני יודע שהוא עשוי לתבוע אותי, אז עשיתי ביטוח. אין כיסוי כזה. ברגע שאני יודע שיש עילת תביעה אז לא אהיה מכוסה מבחינת חברת הביטוח כי זהו **נזק וודאי.**

תביעה-

1. תובענה בבימ"ש. 2. דרישה 3. דיווח של המבוטח

לאחריות מקצועית, חבות המוצר וחבות D&O בנוי בישראל רק על בסיס הגשת התביעה. שמשמעותו שאם תוגש תביעה בשנת 2013 ייכסו אותי. אבל מי ייתבע אותי כשרק התחלתי לעבוד. אלא מה, אם יבוא בשנת 2014, יבטחו על עוולות שגרמו בשנת 2013 או 2014. ואם יבוא בשנת 2015- יבטחו על עוולות שקרו או בשנת 2015, 2014 או 2013. כלומר **לקוח שבוי**. לגבי נזקים שלא ידעתי עליהם וקרו בעבר, אני יכול לקנות ביטוח רטרואקטיבית. כלומר הביטוח על בסיס התביעה בתנאי שהנזק קרה באותו שנה, אלא אם צברתי שנים בחברת הביטוח.

בביטוח אחריות כלפי הציבור, שימוש ברכב ונזק לעובד עדיין מבטחים על בסיס האירוע.

חוק חוזה ביטוח אומר שכשאני מבוטח בביטוח אחריות הניזוק יכול או לתבוע אותי או אותי ואת המבטח שלי או רק את המבטח שלי. נגיד נתנאל נפגע כתוצאה מהטיפול של ד"ר רבינוביץ, בהנחה שהד"ר לא יודע מזה בשנת 2010. אם רבינוביץ ב-2010 אחרי שהוא שיחרר את נתנאל מרגיש שמשהו לא היה בסדר הוא מדווח לחברת הביטוח שהוא פישל מול נתנאל. השנה שבה נערך הביטוח זה השנה שהפוליסה של אותה שנה תכסה את הנזק, גם אם לא יהיה מבוטח כמה שנים קדימה. דיווח של המוטב בחברת הביטוח הוא לענייננו כמו תביעה. זה חשוב בהקשר של הרזרווה, חברת הביטוח נערכת מבחינת הכסף שהיא שמה בצד. אם דיווחתי בשנת 2010 על פוטנציאל לתביעה, הביטוח של שנת הדיווח הוא שיכסה את התביעה שתוגש כמה שנים אח"כ, גם אם איני עושה ביטוח בשנת 2015 כשהתביעה מוגשת.

**דרישה של הניזוק**- כשנתנאל נפגע ע"י הטיפול הרשלני הוא הולך לעו"ד ומספר על הפגיעה שגרם לו ד"ר רבינוביץ. עוה"ד מוציא דרישה בשם מרשו כשבסוף הוא דורש סכום כסף X. ברגע שהמכתב הגיע, זה מפעיל את הפוליסה של השנה שבה הגיע המכתב. אם הפוליסה מכסה כמה שנים אחורה אז הוא מכוסה, אך אם הפוליסה שלו מכסה רק את שנת 2013, הביטוח לא יכסה אותו.

תביעה, דרישה או דיווח של המבוטח- כל אחד מהשלושה הנ"ל מפעיל את הפוליסה של אותה שנה.

בהנחה שהמכתב מתקבל בשנת 2013 בגין ארוע שקרה בשנת 2010 והפוליסה מכסה גם אירועים שקרו ב2010- הוא חייב להגיע עם המכתב בהקדם לחברת הביטוח שלו. חברת הביטוח שלו בודקת את הכיסוי- האם העניין מכוסה? נגיד והגיעה למסקנה כי האירוע מכוסה, התוכן מכוסה והשנה מכוסה. היא אומרת לרבינוביץ שהיא תטפל בכך, חברת הביטוח לקחה לידה את המקרה. מתגבשת פשרה- אומר החוק שאסור לחברת הביטוח להתפשר עם הניזוק ללא הסכמה בכתב של המבוטח. כלומר חברת הביטוח צריכה לחזור לרבינוביץ ולבדוק אם הוא מוכן להתפשר. הוא יכול לסרב בשל פגיעה במוניטין. במקרה כזה חברת הביטוח יכולה לשים את הכסף בצד ולתת לרבינוביץ להלחם בבימ"ש, אם הוא מסיים ביותר היא תיתן רק 28 אלף, אם פחות אז פחות.

**תביעה**- יש ניזוקים שמתחילים ישר עם תביעה בבימ"ש. עליו לפנות גם פה לחברת הביטוח. אם יש פס"ד אז מה שפסה"ד קובע ואם יש פשרה חברת הביטוח חייבת לקבל את הסכמת המבוטח.

במידה וסכום הביטוח הא מיליון. הדרישה של התובע- צד ג'- היא 1,540,000 ופסה"ד קובע 1,030,00, אך הוצאות המשפט של חברת הביטוח היו 380,000. מי מכסה את וצאות המשפט שהוצאו לצורך הגנתו? החוק אומר שהמבוטח מכוסה מעבר לסכום הביטוח בסכום הוצאות משפט סבירות הנדרשות להגנתו. מה-1,030,000, יצטרך רבינוביץ להוסיף 30 אלף ש"ח,שלא מכסה, אך במקרה של הוצאות חברת הביטוח- 380,000 ש"ח זה מכוסה מכח החוק.

יש פוטנציאל לפשיטת רגל של המבוטח עצמו. זאת אומרת, רבינוביץ שעשה את הביטוח, הוא היה סולבנטי- בר פירעון. אבל חודשיים לאחר שנסתיים הביטוח הוא הפך לחדל פירעון ופשט את הרגל. נתנאל תובע את רבינוביץ כשהוא כבר פושט רגל. יש מצב מיוחד בו הניזוק יכול לתבוע ישירות את המבטח של רבינוביץ. אם הביטוח של רבינוביץ היה בתוקף בזמן המקרה אם על בסיס הגשת התביעה או על בסיס האירוע. למה הסיפור חשוב? כי תיאורתית כספי הפיצויים של נתנאל צריכים לעבור ישירות לקופת המפרק או הנאמן הרי חברת הביטוח כביכול צריכה לשלם כסף לרבינוביץ ולכן הכסף הזה לאחר פשיטת הרגל צריך להתחלק באופן שווה בין כל הנושים.

\* יש פוטנציאל לפשיטת רגל של המבוטח עצמו- בזמן הביטוח המבוטח היה סולבנטי, אך לאחר תום הביטוח (אירוע או תביעה) המבוטח פשט את הרגל, והפציינט של רבינוביץ עשוי לתבוע לאחר שכבר פשט את הרגל. אם הביטוח של הרופא בתוקף בזמן הרלוונטי, יכול הפציינט לתבוע ישירות את חברת הביטוח. אלא מה, אם חברת הביטוח אכן חייבת הכסף היה צריך לעבור תחילה לכאורה לד"ר רבינוביץ ומשם לפציינט שתובע. אך למעשה אם יועבר לד"ר רבינוביץ הוא יועבר לקופת המפרק, ואז הפציינט, ספק אם יפרע. לכן, ע"פ החוק הכסף במצב של פשיטת רגל לא יועבר לקופת המפרק אלא ישירות לנתבע (רלוונטי לכל ביטוחי אחריות).

18/12/13

כאן יש להוסיף נקודה חשובה- אותם טענות הגנה שיש למבטח כלפי המבוטח הוא יכול לטעון כנגד צד ג' שנושה במבוטח , טענות הגנה כגון שהייתה הסתרה בכוונת מרמה או שהפוליסה לא מבוטחת.

אולם יש שאלה של קיזוז (שהיא סוג של טענת הגנה)- האם המבטח יכול לקזז חוב פרמיה של המבוטח מהכספים שהוא חייב לשלם לצד ג' (הנושה במבוטח)? שאלה נוספת באותו עניין זה במצב הבא: בפוליסת חבות המעבידים אין חובות, אבל למבוטח (פושט הרגל) יש חובות אחרים בפוליסה, האם במצב כזה יכול למבטח טענת קיזוז.

על שאלה זו עונה העליון כי חובות הפוליסה היא איננה מעניינה של אחריות המבטח, כלומר בחוזה עצמו קמה למבטח אחריות בקרות מקרה הביטוח, חובות הפוליסה אינה מעניינה של אחריות זו, ולכן המבטח חייב לשלם. שאלת החובות היא חיצונית לחוזה.

מבוטח שלא משלם בעיקרון מחוסה. מבטח שלא מבטל את הביטוח עקב אי תשלום תוך 36 ימים יכול לדרוש את התשלום ואף לנקוט הליכים של הוצל"פ כנגד המבוטח. מבטח ששולח הודעת ביטול והביטול אינו נכנס לתקף אלא בתום 36 ימים, אם קורה אירוע בתקופת הביניים, האירוע מכוסה.

**חובת הזהירות של המבוטח**- המבוטח כשמבטח את חייו או רכושו ובוודאי את אחריותו החוקית הוא מבטח א עצמו כנגד חוסר זהירותו, כלומר רשלן. הביטוח מכסה את הרשלנות שלי. **מה קורה כאשר אני מבטח את רכושי בביטוח רכוש רגיל נגד סיכוני אש, הצפה וכו', ועקב חוסר זהירות שלי הרוש שלי נשרף? האם המבטח יכול לא לשלם לי עקב "אשם תורם"?** אם למשל הפעלתי את התנור בבית דולק.

אשם תורם חוזי- אם חברת היטוח רוצה להפחית מהתגמולים שהיא משלמת לי סכום מסויים בגין אשם תורם, האם אפשר לומר שיש כאן אשם תורם חוזי? האמריקאים המציאו תיאוריה ששמגר בעליון שלנו אימץ אותה וקבע כי גם בתחום דיני חוזים ניתן לייחס לניזוק אשם תורם. כלומר כאשר הניזוק בחוסר זהירותו גרם להפרת החוזה. באשם תורם חוזי אנחנו מדברים על מצב שבו או הניזוק תרם בחוסר זהירותו לנזק שנגרם ע"י המזיק או שהניזוק גרם לכך שהמזיק יפר את החוזה, ואז אנחנו מייחסים לניוק אשם תורם, ומפחיתים לו מהפיצויים את התרומה לנזק (בפס"ד אקסזמין- על יצרן נעלים שרצה לייבא נעליים שהם הפרת זכויות. מי שהזמין את הנעליים הזמין נעליים שידע שלא יוכלו להיות מסופקים ובכך תרם להפרת החוזה). בענייננו, לא חוסר זהירות המבוטח תורם להפרת החוזה. כשאני משאיר את התנור דולק בדירה שלי אני לא ע"י זה עוזר למבטח להפר את החוזה.

דוג'- יש לי ביטוח לרכב, תנאי לכיסוי נגד גניבה זה שאני משאיר את הרכב מוגן, נעול ועם אזעקה פועלת. אם לא אעשה זאת המבטח לא ישלם לי. המבטח אומר לי כי לא יכסה לי את סיכון הגניב במקרה זה. דוגמא אחרת- אני בתחנת דלק מתדלק את האוטו, משאיר את המפתח בסוויץ ונכנס פנימה לשלם- האם המבטח יכול לומר לי כי התרשלתי בשמירה על המכונית? ביהמ"ש יאמר שיש כאן אשם תורם, תרמתי בחוסר זהירותי, נשליך מדיני הנזיקין (לא מדיני החוזים) ונפחית אחוז מסויים. **האם זה לגיטימי?** בפס"ד מהשלום בנצר- אדם ביטח את ביתו כנגד פריצה. הוא החביא את התכשיטים בתוך תרנגולת שהוא הקפיא במקפיא הבית. בפריצה גנבו את התכשיטים והוא קיבל כסף מחברת הביטוח. לאחר מכן הוא קנה שוב תכשיטים ושוב החביא בתוך התרנגולת בפריזר ושוב פרצו לו וגנבו לו את התכשיטים. בפעם השניה חברת הביטוח לא רצתה לשלם. ביהמ"ש השלום מנצרת הוריד אחוז מסויים בגין אשם תורם. מה הקשר? תשובה הזויה לחלוטין, או שמכוסה או שלא.

הגישה של אשם תורם בביטוח היא גישה מאוד בעייתית מפני שאחת הסיבות העיקריות שעושה מבוטח ביטוח זה בגין רשלנותו שלו, וחוסר זהירותו. הביטוח הכי קלאסי של מכונית, אם אני עוקף בחוסר זהירות ולכן מתהפך, חברת הביטוח לא תאמר כי לא תשלם לי מפני שלא נזהרתי. יש מצבים שלכאורה הרשלנות שלי מזכה אותי באופן ברור בתגמולי ביטוח, לכן מדוע יש מצבים בהם רשלנותי תשלול ממני לחלוטין תגמולי ביטוח או תנקה לי חלק מהסכום.

לדעת המרצה לא יכול להיות אשם תורם בנושא של תגמולי ביטוח. אסור להכיר בטענה זו בתחום תביעות ביטוח.

במקרה אחר, בעל משאית השאיל את המשאית שלו לאדם נוסף ואותו אדם השאיל את המשאית לאדם שלישי שהשתמש במשאית בשטחי C, שם השתלטו לו על הרכב. בפוליסה לא היתה מגבלה גיאוגרפית. הם טענו שיש לו אשם תורם, מה פתאום הוא נסע בשטחים אלו. בביהמ"ש העליון, המפקח על הביטוח ביקש להתערב דרך היועמ"ש והוגשה חווד בה הוא אמר כי אינו מכיר באשם תורם בתחום חוזי הביטוח. בסוף לא ניתן פס"ד. ברגע שניתנה חוות דעתו של היועמ"ש נזרק הערעור מהעליון, לא הייתה החלטה של ביהמ"ש העליון. ברגע שהמפקח על הביטוח אמר את שאמר חברת הביטוח העדיפה שלא להמשיך בעליון.

ביטוח נסיעות לחו"ל כולל ביטוח כבודה המותנה בזה שאו שהכבודה תהא צמודה אליי או שאני מוסר אותה לשלטונות הנמל. אומרת חברת הביטוח בחוזה הביטוח במפורש שאם לא כך אין כיסוי. במקרה באנגליה, אישה הגיעה לשדה תעופה והיא מתכוונת לעלות/ לרדת במדרגות הנעות. היא ראתה אדם מבוגר שמתקשה ועזרה לו. היא הניחה את המזוודה בצד ועלתה איתו ואח"כ ירדה והמזוודה איננה. חברת הביטוח טענה כי השאירה את המזוודה ללא השגחה ולכן אינם משלמים. האם ניתן לומר כי יש כאן רשלנות שיש להפחית אשם תורם או לא לשלם כלל כי הפרה את פרטי החוזה.

* האם באמת מה שהאישה עשתה נחשב לכך שעזבה את המזוודה ללא השגחה? בדומה לשאלה אם יצאתי לתדלק זה נחשב שניתקתי מגע עם המכונית, אם יש לי קשר עין? האם אני צריך להיות במכונית? כנ"ל לגבי המזוודה, האם רק עליתי במדרגות, זה נחשב שעזבתי את המזוודה? אנחנו עלולים ליצור כאן תמריץ שלילי לאנשים לעזור.

תנאי מוקדם- תנאי שאם הוא מתקיים אפשר בכלל להיכנס למו"מ בחוזה. אם בפוליסה עצמה רשום כי על המזוודה להיות צמודה למבוטח ולא הופקרה ואז כשהיא בתחתית המבטח אומר שהתנאי המוקדם הוא כזה ולכן אינה זכאית. לטעם המרצה אינו מכיר באשם תורם זה או מכוסה או אינו מכוסה, וייתכן שיהיה מכוסה בתנאים. במצב כזה בו אישה נטשה את המזוודה או אדם נטש את הרכב- זו שאלה פרשנית. במקרה באנגליה היא קיבלה את הכסף ואמרו שזה לא נחשב להפקיר. אין חברת הביטוח לא רוצה שזה יהיה מכוסה עליה לציין זאת במפורש.

**בפס"ד סלוצקי**- אדם ביטח את התכשיטים שלו, חברת הביטוח אמרה שהתנאי המוקדם לכיסוי גניבת תכשיטים שהם נמצאים בכספת. כלומר אם לו היו בכספת לכאורה אין כיסוי. סלוצקי מגיע הביתה ושם את התכשיטים ליד הכסף וגנבו לו את התכשיטים, 250 אלף שח. חברת הביטוח טענה כי אינה מחוייבת בתשלום בשל התנאי המוקדם. בעליון, דפנה ברק ארז אומרת שאין דבר כזה תנאי מוקדם, כי בחוק חוזה ביטוח יש מס' ס' שאינם ניתנים להתניה 18, 21 שאומרים שהמבטח יכול לקבוע תנאים להקלת סיכונו למשל הכנסת תכשיטים לכסף. אם אני לא עומד בתנאים האלו זה לא פותר את המבטח באופן אוטומטי מאחריות. אין דבר כזה לקבוע תנאי מוקדם ולא ניתן להתנות עליהם. ס' 21 מדבר על מהן ההשלכות של אי הקלה על המבטח:

1. אתה מקבל את הכל, לא השפיע על מקרה הביטוח ולכן מקבל תשלום.
2. בתוספת פרמייה. קרה המקרה המבטח היה משלם פחות תוספת הפרמיה.
3. א. אם מתוך כוונת תרמית המבוטח לא קיים את התנאי המקל, על המבטח להוכיח את הנטל ואז יהיה פטור.

ב. המבטח טוען כי לא היה מבטח את המבוטח גם בתוספת פרמייה ואף מבטח סביר לא היה מבטח אותו אף בתוספת פרמייה, רק במצב כזה יהיה פטור.

כשיש תנאי להקלת סיכון המבטח והפרנו את התנאי התוצאה אינה באופן אוטומטי אי תשלום. חברת הביטוח לא הביאה נתונים כאלו ולכן ביהמ"ש פסק לטובת סלוצקי. פסה"ד על פניו מחדש חידוש גדול אך האמת היא שיש החלטות של בימ"ש שלום שפזורות לאורך ולרוחב שאמרו את זה כבר ממזמן, שאלו תנאים שאין להתנות עליהם וכי אין תנאי מוקדם ולכן המבוטח יכול לקבל או תגמולים מופחתים בהתאם לנסיבות.

רשלנות רבתי - ניתן לעבור דרגה במידת הרשלנות ל"רשלנות רבתי", קרי מידרת רשלנות כה חמורה שחברת הביטוח תהיה פטורה.

* פס"ד בעניין ביטוח עבודה - החברה המבוטחת לא נקטה בשום פעולה למניעת תאונות עבודה.

רשלנות רגילה - אין יסוד נפשי, אין מודעות לסכנה (אובייקטיבית) ולכן אין התייחסות לסיכון.

רשלנות רבתי - יש יסוד נפשי, יש מודעות לסכנה (סובייקטיבית) אך יש אדישות לעניין התממשות הסכנה.

כלל גדול בדיני החיובים הוא שהניזוק יזכה בפיצויים רק עבור הנזק שלא היה ניתן למנוע אותו. אנו מיישמים את **עקרון הקטנת הנזק** בדיני החוזים דיני הביטוח וכו'. נזק שהמבוטח יכל למנוע או לצמצם את היקפו בנקיטה באמצעים סבירים או בנקיטה באמצעים שהמבטח הורה לו לנקוט והוא אינו נקט בהם, אותו חלק בנזק לא יכוסה. ברגע שקרה מקרה הביטוח עלינו לנקוט באמצעים סבירים, כבר אור לנו להתרשל, עלינו לנקוט באמצעים להקטנת היקף הנזק.

למשל, היני מבוטח נגד סיכוי הצפה וצינור אצלי התפוצץ, חובת הקטנת הנזק אומרת שעליי לסגור את השיבר הראשי, להרים את החפצים מהרצפה. מה שלא עשית ויכולת לעשות ובכך להקטין את היקף הנזק יופחת מהתגמולים. מצד שני אף אחד לא דורש שאעשה כל שבועיים בדיקה. כלומר החובה קמה לאחר קרות אירוע הביטוח. עקרון זה הוא בביטוחי רכוש אך גם בביטוחי אחריות. זה לא קיים בביטוחי חיים ותאונות אישיות. חוק חוזה הביטוח אומר כי אם הצעדים הללו עלו לי כסף אני אוכל לקבל החזרים להוצאות אלו גם אם לא הצלחתי למנוע את הרחבת הנזק. החוק אומר דבר נוסף מעבר לזה, נגיד אני מבוטחת נגד סיכוני אש בלבד, מוטלת עליי חובה להקטין את הנזק מרגע שהחלה האש, חובה להקטין את הנזק זה להוציא לפחות חלק מהדברים בחדר וע"י כך להקטין את הנזק, אם נעשה זאת ויגנבו לנו את הדברים מבחוץ, ואין לנו ביטוח על גניבה, הגניבה תהיה מכוסה כי זה עבור הקטנת הנזק. לעומת זאת אם לא היינו מוציאים את הדברים הקרובים שניתן להצילם, לא נקבל עליהם את הפיצוי במידה והיה ביכולתי לעשות זאת.

25/12/13

**בכוונה**- החוק קובע באופן חד משמעי כי נזק שנגרם בכוונה, המבטח פטור. יש לכך כמובן הצדקה עניינית משפטית וכו'. מי שגורם בכוונה לקרות ביטוח מנסה להוציא כספים בתואנות שווא ופותח פתח להרבה מאוד מעשים לא הוגנים/ ישרים.

**כשמדובר בביטוח חיים- התאבדות** של האדם שחייו מבוטחים זה נזק שכן מכוס אם ההתאבדות היא בתום שנה מתום תקופת הביטוח. שנה זו תקופה שאפשר לתת לטובתו ולא לרעתו, הסיבה שן מכוסה, כנראה שאין קשר בין הרצון למות לבין עריכת החוזה. מקרה נוסף שכן מחוזה זה **כשהנזק נגרם בכוונה אך שלא על מנת לזכות בתגמולי ביטוח.** לכך שתי דוגמאות:

* **בפס"ד רוזנצוויג**- הבחור היה מהנדס שתיכנן מבנה והוא תיכנן בתת תקן, פחות מידי ברזלים ופחות מידי בטון. אחרים שהעבודה על המבנה הסתיימה נוצרו סדקים. מי שהזמין את העבודה תבע אותו. חברת הביטוח שלו ראיינה אותו והוא אמר שבכוונה תיכנן בתת תקן כי חשב שכך יוכל לחסוך כסף ללקוחות והיה בטוח שהתקן ישראלי משאיר מרווח ביטחון. חברת הביטוח עטה על זה אך ביהמ"ש אמר שהתנהגותו היא רשלנות ובדיוק כנגד רשלנות זו הוא עשה את הביטוח, הוא לא פעל בכוונה כך כדי לקבל תגמולי ביטוח.
* במקרה השני, כאשר אני נוסע במכוניתי והולך רגל חצה את הכביש. ואני שעל מנת לא לפגוע בה סוטה מהדרך כדי לא לפגוע בה לתעלה עמוקה ואני בכוונה עושה זאת כדי לא לפגוע בהולך רגל. גם כאן למרות שמקרה הביטוח נגרם בכוונה, הייתי חייב ולא עשיתי זאת כדי לזכות בתגמולי ביטוח.

הגב' קייקוב- אישה נשואה. לה ולבעלה יש דירה הרשומה על שניהם בטאבו והם מבטחים את הדירה ולכן בפוליסה כתוב הגב' והאדון קייקוב. בעלה שורף את הדירה בלא ידיעתה. היא רוצה תגמולי ביטוח. היא טוענת כי לא ידעה על מעשיו- האם היא צודקת?

* פתרון ראשון- המבטח פטור
* פתרון שני- מקבלים הכל
* פתרון שלישי- 50%

הפתרון הנכון הוא שהיא מקבל 0, מפני שלא ניתן להפריד את האינטרס שלה מהאינטרס שלו בנכס, ברגע שהאינטרס שלהם זהים, ולא ניתנים להפרדה, אז מקרה ביטוח שנגרם ע"י מבוטח אחד מונע גם מהמבוטח התמים את תגמולי הביטוח. **כשהבעלות משותפת חזקה שיש להם אינטרס משותף.**

אם הדירה של שניהם ורק אחד מבוטח, זה לא משנה מי מהבעלים מבוטח ומי עושה את זה בכוונה כיוון שעדיין האינטרס שלהם זהה. בפס"ד לפני כמה שנים, בחור נכנס לגור עם אישה בדירה שלה, ושרף לה את הדירה רצח אותה ואת ילדיה. כשההורים שלה כעיזבון תבעו תגמולי ביטוח מחברת הביטוח, חברת הביטוח אמרה שיש ס' בחוזה שאומר שאם נגרם הנזק ע"י מי שגר בדירה אז המבטח פטור. לאחר סיפור בתקשורת הם שילמו.

במצב אחר שיש בו **שוכר ומשכיר**. גם לשוכר יכולה להיות זיקת ביטוח. אם שניהם מבוטחים באותה חוזה ונאמר שהשוכר גורם בכוונה לנזק למושכר אז האינטרס של השוכר שונה מאינטרס של המשכיר, ואם ידו לא במעל אז הוא יוכל לקבל תגמולי ביטוח בגין הנזק שנגרם למושכר.

במקרה בו סבתא השכירה נכ לנכדה, לבעלה ולשותף. השלושה ניהלו דיסקוטק במושכר, העסק לא הלך אז הם שרפו אותו ותבעו תגמולי ביטוח. חברת הביטוח עלתה על זה ודחתה את התביעה. הסבתא טענה כי ידה אל הייתה בדבר-ביהמ"ש חייב את חברת הביטוח לשלם לסבתא.

**תקופת הביטוח**

תקופת הביטוח מתחילה במועד שמוסכם או עם כריתת החוזה כשלא מוסכם. תקופת הביטוח מסתיימת בתום היום האחרון כפי שמוסכם. בד"כ כשמדובר בביטוחי רוש וגם בביטוחי אחריותתקופת הביטוח היא לשנה, לכן בסוף השנה. מה קורה כשנגמרת השנה?

* במידה והמבטח לא מודיע למבוטח שנגמרה תקופת הביטוח? האם המבוטח יכול לומר שחשב שהביטוח ממשיך? המבטח לא חייב להודיע למבוטח על תום תקופת הביטוח או על כך שהיא צפויה לפוג. כולם יודעים מה קורה בתום תקופת הביטוח.

הארכת תקופת הביטוח- **מצב ראשון** שמוסדר בחוק זה שאם המבוטח מודיע בכתב למבטח עד שלושים יום לפני תום הביטוח שברצונו להאריך את הביטוח לתקופה נוספת והמבטח לא הגיב תוך 15 יום למבוטח יש ביטוח לתקופה נוספת. אני צריך לנקוב כמובן במכתב לכמה זמן אני רוצה את זה. שתיקת חברת הביטוח מהווה הסכמה **מצב שני**- תוך הזמן הקבוע בחוק המבטח מגיב לא ואז אין ביטוח. **אפשרות שלישית**- המבטח קובע מראש ששום הודעה חד צדדית לא יכול להאריך את הביטוח.

מבחינה סטטיסטית למעלה מ-70% מהמבוטחים ממשיכים באותה חברת ביטוח לתקופה נוספת.

אין הגדרה לתקופת הביטוח- החוזה לתקופה בלתי מוגבלת. זה למעשה נדיר ולא קיים למרות זאת חוק חוזה הביטוח הכניס את זה. תקופת הביטוח מתבטאת ע"י הודעה של אחד הצדדים על הרצון לגמור. בהצ"ח דיני ממונות זה ירד.

במצב שלישי- יש חוזה ביטוח לתקופה והתקופה הזו מתחדשת מאליה לתקופה נוספת, זה גם לכאורה ללא הגבלה של זמן. אנחנו אבל יודעים שזה ביטוח של שנה שמתחדש כל שנה לשנה נוספת, ואז אם רוצים לסיים צריך להודיע. זה גם פחות מקובל.

אם נגמרה תקופת הביטוח, ונניח 30 יום לפני קיבלתי הודעה מחברת הביטוח שהם מאריכים את הביטוח לשנה. אם לא הגבתי זה לא אומר שהסכמתי. שתיקה פה מתפשרת כנייטרלית. המקום היחידי שכן שתיקה מתקבלת כהסכמה זה בהודעה מזכה. כשחברת הביטוח פונה אליי אני צריך לעשות קיבול- או מפורש בכתב או בהתנהגות- לשלם. אם יש לי הוראת קבע, והם ממשיכים להוציא כסף, זה לא באמת קיבול כי זה פאסיבי, אך אם חידשתי את ההוראת קבע זה נחשב. כיום המפקח על הביטוח קבע כי חייב להיות קיבול.

בפס"ד כלבו אלומיניום- מדובר על נוהג שהתפתח, בו לא הספקתי לתת קיבול לחברת הביטוח, למרות שבשנים הקודמות תמיד נתתי קיבול. ביהמ"ש העליון אומר שכאן יש מצב של נוהג שהתפתח, הנוהג יצר את מנגנון החידוש ולכן יכל המוטב להסתמך על הנוהג הזה ולראות עצמו מכוסה גם בתום שנת הביטוח השניה או השלישית ולכן המבטח אחראי בגין הנזק שנגרם. ניתן לומר שאם היה שנתיים אז בשנה השלישית יש נוהג. ייתכן שבענפים מסויימים קיימים מנהגים ששונים מענף לענף.

**ביטול הביטוח**-

מצב ראשון- המבוטח הפר את החוזה או את החוק. מול הפרה כזו זכותו של המבטח לבטל את החוזה. אם המבוטח הסתיר בכוונת מרמה מידע מהותו זכותו של המבטח לבטל. דוגמא נוספת, כאשר המבוטח לא משלם את הפרמייה. במצב כזה המבטח יכול לבטל לו את החוזה אלא שהחוק דורש שהמבוטח יקבל שתי התראות. אחת של 15 יום ואחת של 21 יום ורק בתום 36 יום מתבטל החוזה. כמובן שלא צריך להוציא את המכתב ביום שבו נוצר החוב ואפשר גם מאוחר יותר. מבטח שלא מבטל עקב אי תשלום זה לא אומר שויתר על הפרמייה ויוכל לדרוש אותה בהמשך למשל בהוצל"פ.

בהרבה חוזי ביטוח יש הוראה האומרת שכל צד רשאי להודיע לצד השני על רצונו לבטל את החוזה בהודעה מראש של 10-15 יום. האם המבטח יכול לבטל את החוזה רק מכח הסכמה זו בחוזה? **בביטוח חיים**- אין מקום לס' כזה. המבטח יכול לבטל את החוזה או כי המבוטח לא משלם או כי הייתה הסתרת מידע.

ס' 39 לחוה"ח מדבר על תו"ל בקיום החוזה, זאת אומרת גם אם מבטח כלל בחוזה הביטוח הוראה שאומרת שהוא יכול בהודעה בכתב 15 יום מראש לבטל את החוזה, אם הוא שולח הודעה כזו שלא בתו"ל זכותו להתנגד לביטול. דוגמא לכך היא במקח טעות של המבטח. למשל אם המבטח ביטח ובדיעבד התברר לו שטעה בחישובי התועלת- במצב כזה של טעות חד צדדית אינו יכול לבטל את החוזה. **בפס"ד של לול התרנגולות**- התברר למבוטח שהוא רוצה יותר פרמייה. התוצאה שאינו יכול לעשות זאת.

מצב נוסף הוא אחרי שהתחיל הסיכון. לא יכול להיות שהמבטח מבטל את החוזה אחרי שנחשפתי לסיכון. התרנגולות מבוטחות גם אחרי מוות ממגפות, אם המגיפה התחילה בדרום ואני בצפון ועוד לא התפשטה, לא ניתן לבטל לי את הביטוח, זהו ביטול שניתן להתנגד לו.

מכאן יוצא שמבטח יכול לבטל ביטוח רק כשהוא פועל בתו"ל. למשל כאשר מבטח המשנה לו פושט את הרגל ואין לו מספיק כסף כדי לכסות את הסיכון. כשיבטל את החוזה הוא מגן על המבוטח לפחות כמו שהוא מגן על עצמו. במצב כזה הביטול גם מאפשר למבוטח להשיג ביטוח אלטרנטיבי וכל הצדדים בעצם מרוויחים מהתוצאה. מעבר למצב כזה שהוא חריג, אם נעמוד על זכותו לתו"ל, מבטח לא יוכל לבטל ביטוח למעט הפרות חוק או הפרות חוזה.

ביטול החוזה ע"י המבוטח- מבוטח יכול תמיד לבטל את החוזה בכל תחום ומכל סיבה. לא רק זאת, המחוקק תיקן את החוק לאחרונה וקבע כי ביטול ע"י מבוטח נכנס לתוקף תוך 3 ימים. זכותו של המבטח בהרבה מצבים לקנוס את המבוטח על ביטול מוקדם. יש **החזרי פרמיה**- נאמר שהמבוטח מבטל את החוזה ושילם את כל הפרמיה מראש, עקרונית מגיעה לו יתרה חזרה. יש הרבה פוליסות שמחשבות את החזר הפרמיה בשיטה שנקראית **פרוסקלה**- לפי סקלה, כלומר מדרגות, הבנוי על טבלה. 10% פרמיה שנתית על כל חודש של כיסוי + 10% גלובאלי.ז

* **פרו רטה**- יחסי

תעריף לתקופות קצרות עובד על בסיס של 10% פרמיה שנתית לחודש של כיסוי+ 10% גלובאלי. אם אני מבטל את החוזה הם מפעילים עליי תעריף של תקופות קצרות.

ההחזר יכול להיות או פרוסקלה או פרו רטה. אם אין התייחסות מראש מגיע לנו פרו רטה, כדי שיהיה פרוסקלה זה צריך להיות בחוזה.

**בפס"ד שלזינגר**- שליזנגר היה מבוטח בביטוח חיים דרך מקום העבודה. הביטוח מבטח אותו כנגד מוות וגם כנגד גילוי של מחלת הסרטן, המוקדם ביניהם. הוא החליט שבתקופת הביניים בין שמחליף את העבודה הוא מבטל את הביטוח כי אין לו כסף לשלם. כמה חודשים לאחר מכן הוא מגלה כי יש לו סרטן. הוא חוזר לחברת הביטוח וטוען כי טעה ורוצה לבטל את הביטול. העליון: דעת המיעוט אומרת שיש כל מיני סוגים של טעויות. יש טעות חד צדדית שהצד השני לא ידע עליה ולא יכל לדעת. מדובר בטעות בכריתת החוזה, פה מדובר בכלל בטעות בביטול החוזה, ביהמ"ש העביר את הטעות לביטול החוזה שלא בטוח שזה אפשרי בכלל. אם זה טעות שהצד השני יודע עליה או היה צריך לדעת אז הוטעה יכול לחזור בו. אם הצד השני לא ידע או יכל לדעת לא ניתן לחזור בו. שלזינגר אמר שטעה בכך שביטל, הוא מבקש מביהמ"ש לבטל לו את הביטול תוך תשלום פיצויים לצד שכנגד, בגובה הנזק שגורם לפניקס- שזה מה שפניקס צריך לשלם. דעת הרוב- מתייחסת לטעות בנוגע לטעות בביטול החוזה כאילו מדובר בטעות בכריתת החוזה, כששלזינגר ביטל את החוזה הוא החליט שהסיכון אותו הוא העביר לחברת הביטוח זה סיכון שהוא לוקח על עצמו בחזרה. חברת הביטוח כשהחוזה מתבטל בעצם נפתרת מהסיכון אך לא מרוויחה את הפרמיה. בדיעבד אמר שטעה, זוהי טעות בכדאיות העסקה- את זה הוא לא יכול לעשות. נק' שניה מתייחס לקינון מול גילוי. הוא היה מבוטח נגד גילוי מחלת הסרטן ולא הקינון. כל עוד המחלה לא התגלתה לא ארע מקרה הביטוח. אם היינו מקבלים את הפרשנות שלש לזינגר שקינון המחלה הוא מקרה הביטוח היינו פוגעים בציבור כולו, כי אז כל מי שיש בו את הגן לא היו מבטחים אותו.

**ביטוח יתר**

מצב בו אני מבטח את הרכוש ביותר משוויו. קיים רק בביטוחי רכוש. כשמבוטח מגלה שסכום הביטוח עולה על שוויו יש לו זכות להקטין אותו ולהעמידו בגובה שווי הרכוש. ביטוח יתר הוא סתם ביזבוז, כי לא מקבלים יותר מהשווי הריאלי. בביטוח חיים אין דבר כזה ביטוח יתר כי חיים לא ניתן להאריך בכסף- ולכן כל סכום נכון. בביטוח אחריות לא יודעים המה סיכון שחשופים לו ולכן כל סכום נכון.

גם בביטוח חיים ובביטוח אחריות ניתן להקטין את סכום הביטוח ולשלם פרמיה נמוכה.

**ביטוח חסר**- תת ביטוח.

מצב בו אני מבטח את הרכוש בפחות משוויו (רק ברכוש). כשיש אבדן שלם, כל הרכוש הולך אני מקבל מה שביטחתי. הקטע הוא כשהנזק חלקי. כשהנזק חלקי העיקרון של ביטוח חסר אומר שאני מכסה את עצמי בגובה ההפרש- ולכן אקבל רק את החלק היחסי. למשל אם הרכוש שווה 100 וביטחתי -ב50 והנזק הוא 20 אז אקבל את החלק היחסי- 10, נקרא גם **עיקרון המיצוע** (ממוצע). מצב של ביטוח חסר קורה כשאיני מעריך נכון את הרכוש שלי. מצב שני הוא בהשבת סכום הביטוח לקדמות. אם לא נעשה השבת סכום הביטוח לקדמת נהיה במצב של ביטוח חסר ואז נצטרך לעשות מיצוע.

במידה וארצה לנטרל את החיסרון של ביטוח חסר, אוכל לעשות **ביטוח לפי נזק ראשון**. אם אני בעל רשת שופרסל ויש לי 100 סניפים בארץ. כל סניף שווה מיליון ש"ח. על פניו עליי לבטח במאה מיליון. אלא שהסיכוי שכל הסניפים ייפגעו בו זמנית שואף ל-0. אין טעם לבטח את כולם במלוא הסכום לכן אני יכול הלסכים עם המבטח לפי עיקרון של נזק ראשון, למשל לבטח 10 סניפים בלבד שאינם מוגדרים מתוך סה"כ 100 סניפים שיש, ואז אם יגרם נזק לסניף או יותר מתוך 100 הסניפים זה לא ייחשב ביטוח חסר, ואז אקבל תגמולים מלאים עבור הנזקים עד סכום של 10 סניפים. כמובן שהפרמיה יותר גבוה כי זה סיכון ממוקד יותר.

ניתן לבטח גם כסכום ואז אם נפגעו לי 20 סניפים בגובה של חצי מיליון אז הכל מבוטח.

1/1/14 (מליאור דלה טורה)

**נטל ההוכחה**

נטל ההוכחה של המבוטח המבקש לתובע תגמולי ביטוח- נק' המוצא: "המוציא מחברו עליו הראיה". כאן נשאלת השאלה מה הוא צריך להוכיח:

1. חוזה תקף.
2. קשר סיבתי בין המקרה לנזק.
3. קרות מקרה ביטוח- התממשות הסיכון.
4. המקרה קרה בתקופת הביטוח.
5. נזק- מתחלק לשנים: א) מסוג הנזקים הכלולים בחוזה. ב) היקף הנזק.

חריגים שחברת הביטוח צריכה להוכיח כדי לא לשלם (ככלל הטוען לתחולת החריג- עליו הנטל):

1. נזק מכוון (המחוזי הגדיר זאת כך: "שידו לא הייתה במעל" השופטת נתניהו חילקה בין פריצה וגניבה שהמבטח צריך להוכיח שידו לא הייתה במעל לבין שריפה שאין צורך. המרצה חולק על הקביעה ואכן ההלכה היום זה חריג שבכל מקרה חברת הביטוח צריכה להוכיח)
2. אשם תורם (טענת הגנה).
3. היעדר אזעקה

לדוג' אדם המבוטח בביטוח חיים ונפטר- כדי שהמוטב יקבל את הכסף הוא צריך להוכיח מוות (הצגת תעודה פטירה). במצב כזה יכולה חברת הביטוח להעלות טענת הגנה- התאבדות ולכן הנטל עליה להוכיח. במידה והוכיחה הנטל חוזר למוטב שהוא יכול להוכיח שההתאבדות הייתה לאחר שנה מחתימת החוזה.

דוג' נוספת- אדם נפגע בתאונה והצליח לרשום את המספר של הרכב, אבל הנהג ברח. לפי חוק הפלת"ד על הנפגע לתבוע גם את חברת הביטוח של הרכב וגם את הנהג, אולם לא יודעים מי הנהג ולכן נשאלת השאלה על מי הנטל להוכיח מי הנהג. נקודת המוצא הוא שבעל הרכב הוא הנהוג ברכב- ולכן הנפגע יתבע אותו עם חברת הביטוח, במצב כזה חובת ההוכחה מוטלת על הבעלים שלא הוא זה שנהג ברכב ואם חברת הביטוח תרצה להגן בטענה שלא המבוטח הוא זה שנהג- הנטל הוא עליה כי זה חריג (הרי ישנה חזקה שהנוהג הוא הבעלים). יוער כי חרבת הביטוח תרצה לטעון כי הנוהג הוא לא הבעלים כדי שקרנית תשלם ולא היא.

נסכם: המובטח צריך להוכיח רק טענות חיוביות, ואילו חברת הביטוח צריכה להוכיח טענות שליליות כגון שהמבוטח לא קיים הוראות של החוק (נזק מכוון) או הוראות של ההסכם (היעדר אזעקה).

* נטלי ההוכחה קיימים בכל סוגי הביטוח- ביטוח חיים ביטוח רכוש וכו'

**תרמית**

ישנם שני מצבים: תרמית והיעדר תרמית.

נביא דוגמה: דפקו לי את האוטו ובאתי לחברת הביטוח וביקשתי שישלמו על הנזק של התיקון. חברת הביטוח תרצה לא לשלם כי לא ניתן לדעת אם דפקו לי את האוטו או שאני עשיתי את הדפיקה. כאן החוק נכנס לתמונה ופוטר את המבטח מתשלום אם אין לה אפשרות לדעת כיצד נוצר הנזק (וכאן נחזור לנטלי ההוכחה דלעיל המבוטח הוכיח נזק אך לא הוכיח את מקרה הביטוח).

מצב מסובך יותר יהיה במקרה שבו קרה נזק המזכה את המבוטח אולם או מנסה להציג את הנזק כגדול יותר, לדוג' במצב שפרצו לי לדעת ונגנבו חפצים ואני טוען שנגנבו יותר חפצים- זה תרמית. השאלה על מי נטל הוכחת התרמית? הפסיקה קובעת כי המבטח צריך להוכיח (פס"ד פלדמן נ' הפניקס):

* 1. נמסרו עובדות כוזבות או הועלמו עובדות.
	2. במודע.
	3. תוך ניסיון להוציא שלא כדין תגמולי ביטוח.

**הפסיקה קבעה כי שני היסודות הראשונים צריך להוכיח המבטח ומתוכם ניתן להסיק את היסוד השלישי.**

התוצאות של הוכחת המבטח על מרמה- יהיו ביטול מוחלט של תשלום תגמולי ביטוח- לרבות מה שהיה מגיע למבוטח מלכתחילה.

הקדמה- אם במשא ומתן לקראת כריתת החוזה המבוטח מסתיר עובדות מהותיות התוצאה יהיה פטור של המבטח אפילו במצב שהנזק נגרם בלי קשר למה שהמבטח הסתיר.

פס"ד של השופט רביד- במקרה של פסק הדין היה ילד בן 17 שאחרי שבועיים לקח את האוטו ונכנס בעץ, הילד היה בלי מלווה אבל האבא שיקר ואמר שהאבא היה איתו. חברת הביטוח שלחה חוזה והוא גילה שהילד נהג לבד. חברת הביטוח טענה כי הועלמו עובדות במודע- ולכן המסקנה המתבקשת שזה נעשה בניסיון להוציא כדין תגמולי ביטוח. במשפט טוען האבא שהוא מסר טענת כזב כדי שלא יפתח תיק פלילי לבן- על כך עונה השופט רביד כי למניע אין משמעות כדי לשמש הגנה והחזקה באנלוגיה להסתרת עובדות מהותיות במו"מ לקראת כריתת חוזה.

**בפלדמן נ' הפניקס**- סירב הבעלים לומר מי נהג במכונית ולכן חברת הביטוח סירבה לשלם, ואכן נפסק בעליון שבמידה והוכחו שני היסודות הראשונים התוצאה תהייה ניסיון להוציא תגמולי ביטוח במרמה. עד כאן אין מחלוקת לפס"ד של רביד, אולם בשונה מדעתו של רביד אומר רבלין בהערת אגב- בהסתמך על דוגמה שהוא לקח מהשופט עמית- שאם המניע הוא מניע לגיטימי ואין קשר בין המניע לבין ניסיון להוציא תגמולים שלא כדין- המבטח יצטרך לשלם. נטל ההוכחה מונח על הטוען למניע לגיטימי- לדוג'- אדם חוזר מהמאהבת שלו ועושה תאונה, אז הוא מוסר עובדות כוזבות כדי שלא ייחשף הרומן שלו. במצב כזה המבטח יצטרך לשלם.

יצוין כי ריבלין אמר בהערת אגב ואילו רביד הוא שופט וותיק מאוד במחוזי ולא ברור מה תהייה ההלכה. מצד שלישי השופט עמית יושב כיום בעליון- על כן לא ברור כיצד ייפסקו במקרה כזה.

**ביטוח כפל**

1. כפל ביטוח- יש יותר ממבטח אחד שמכסים את אותו סיכון בשני חוזים בתקופות חופפות.
2. כפל סכומי ביטוח-
3. כפל מבוטחים- בעצם מונח חסר משמעות.

סוגים שונים שאינם ביטוח כפל:

1. ביטוח משותף- מספר מבטחים המבטחים את המבוטח באותו חוזה באופן משותף, ואילו המבטחים מבטחים באופן יחסי לפי חלקם. בביטוח משותף יש "לידר" שהוא ראש הקבוצה והוא זה שפונה לשותפים המבטחים והוא זה שגם קובע את הפרמיה, אם קורה מקרה הביטוח הסמכות של הלידר מכוח החוזה הוא לנהל את התביעה. ביטוח משותף נוצר על ידי הלידר כיוון שאין הוא יכול לשאת לבד בסיכון הביטוח.
2. ביטוח רבדים- דוג' בית ששווה מאה אלף, והמבוטח מבטח בצורה רבודה- שחברה אחת מכסה את עשרת אלפים הש"ח הראשונים והחברה השנייה היא בחבות של מעל עשרת אלפים עד העשרים אלף וכן הלאה.

נמשיך במה אינו ביטוח כפל- חברה אחת מבטחת מפני רעידות אדמה ואחת נגד אש זה לא ביטוח כפל (לא אותו סיכון) אולם אם אחת מבטחת גם אש וגם רעידות אדמה זה כן ביטוח כפל, רוצה לומר שהחפיפה לא חייבת להיות טוטאלית. החוק קובע שאם המבוטח מודע לביטוח הכפל מוטל עליו להודיע לכל המבטחים. זאת כדי שהמבטחים יידעו על הקולגות שלהם או כדי שהמבטח או מבוטח יוכלו לבטל את החוזה.

בביטוח חיים אין ביטוח כפל- כי אין חפיפה בשיעור הנזק- הרי לא ניתן להעריך את ערכם של חיי אדם.

**מה קורה בקרות מקרה הביטוח?**

לדוג' בית ששווה מאה והמבוטח ביטח אצל שני חברות שונות במלוא הנזק. קרה מקרה בנזק של עשרים- החוק קובע כי כל חברה חייבת ביחד ולחוד- עד גובה סכום הביטוח החופף. ולכן אם בחברה אחת הוא מבוטח ב-40 ובחברה שנייה ב-60 והנזק היה בשווי 70 אז מהמבטח השני הוא יכול להוציא מקסימום 40 (הסכום החופף) ומהראשון ילך לקחת את יתר הנזק.

לאחר התשלום למבוטח גם המבטחים חייבים אחד כלפי השני- המחוקק קבע כי הם חייבים לפי הייחס שלהם כמו בדוג' השנייה הראשון חייב ב-40% מהנזק והשני ב-60%. הוראות אלו קוגנטיות- כדי למנוע מצב שחברת הביטוח תכניס סעיף לחוזה שאם יש עוד ביטוח אז היא לא משלמת. לאחר שמבטח אחד שילם הוא פונה בתביעת השתתפות למבטח השני- מקורה של תביעה זו הוא מדיני עשיית עושר ולא במשפט (כי הוא קיבל כסף בפרמייה ובסוף המבטח השני שילם)

ניתן דוגמה נוספת של שני מבוטחים. כמו בעל בית ושוכר והבית נשרף עקב כוח עליון השוכר מבוטח אצל מבטח אחד ובעל הבית אצל מבטח שני. במקרה כזה המבטח של השוכר משלם כסף על הנזק והוא מחזיק אותו בנאמנות לטובת בעל הבית. וגם כאן תובעת המבטחת של השוכר בהשתתפות את המבטחת של בעל הבית.

מה קורה במצב שהנזק נגרם עקב רשלנות של השכור ובגלל זה קרתה השריפה. פסק הדין של **מגדל** קובע כשיש תחרות בין תחלוף (תביעת תחלוף היא במצב שחברת הביטוח של בעל הבית שילמה לו את מלוא הכסף ואז היא פונה לחברת הביטוח של השוכר שבגללו קרה הנזק ותובעת את מלוא הכספים) לבין השתתפות (הרי חברת הביטוח של השוכר תטען לתביעת השתתפות כי הם ביטחו בכפל)- התחלוף גובר, מכיוון שהשכור הוא שגרם את הנזק.

ביטוח אחריות עם ביטוח כפל:

קבלן מבוטח בביטוח צד ג' המכסה כל נזק של מי שמגיע לאתר הבנייה בסכום של 5 מליון. בנוסף לכך קבלן משנה המובטח בביטוח חבות מעבידים בסכום של מליון. לקבלן המשנה נפצע עובד בנזק של מליון ₪, במקרה שגם המבטח של הקבל וגם של קבלן המשנה צריכים לשלם. ולכן במצב שהאחריות שווה אז כל מבטח משלם את החלק היחסי. אולם אם הקבלן ביטח אחריות על 30% מהנזק ואילו קבלן המשנה ביטח אחריות על 70% מהנזק ישנה סתירה. במצב כזה- עדיין מתחלקים לפי הייחס של 1/6 (המבטח של קבלן המשנה) לעומת 5/6 (מבטח הקבלן), מתי יהיה הבדל במקרה שהנזק הוא מעל מליון (לדוגמה לעובד קרה נזק בשווי 2 מליון- 70% מכך זה 1.4 מליון- ולכן חברת הביטוח של קבלן המשנה משלמת רק מליון מתוך כך ולכן 0.4 מליון ישלם הקבלן המשנה מכיסו- ביחס ליתר הנזק 0.6 מליון ישלם המבטח של הקבלן הראשי. ואז במליון וב-0.6 מליון יתחלקו חברות הביטוח באופן יחסי 1/6 ו-5/6).

8/1/14

**סכום ביטוח ותגמולי ביטוח**

סכום הביטוח זאת עיקר חבות המבטח. זה המקסימום שהוא לוקח על עצמו. תגמולי הביטוח מחושבים כמידת הנזק אבל זה פונקציה של סכום הביטוח. את סכום הביטוח קובעים:

* לפי ערך ריאלי- לפי שווי, כמה שקונה מרצון היה משלם למוכר מרצון. יש הרבה פרטי רכוש שאם נבטח בערך ריאלי נפסיד משום שאין שוק של רכוש משומש בשוק הזה, ואז אם אבטח אותם והם יהרסו לא אוכל לקנות את אותו רכוש משומש.
* ערך קינון- חדש תמורת ישן. אנחנו יכולים לבטח פרטי רכוש לפי שוויים כחדשים למרות שהרכוש שלנו אל חדש, זה נכון כלפי מיטלטלין וכן כלפי מקרקעין. מתגמולי הביטוח אוכל לממן את הבית החדש. למשל בבית לא ניתן לבנות מבלוקים ישנים, ללא ניתן לשחזר מבנה לפי הערך הריאלי שלו, לכן לפי ערך הקינון, אוכל בבלוקים חדשים לבנות בית חדש. ב**פס"ד מלון דבורה**- כל עוד לא בנו את מלון מחדש לא נתנו להם תגמולים לפי הערך כחדש, הם אמרו שאין להם כסף לבנות חדש. ביהמ"ש אמר שחברת הביטוח אינה מקור מימון. יש מספר מגבלות:

(1) חברת הביטוח לא חייבת לממן אותנו וצריך להוכיח שאכן עשינו קינון. כמו כן יש זמן מוגבל בו המבוטח יכול לקונן את הרכוש שלו.

(2) לא ניתן להשתמש בערך הקינון כדי לקדם את עצמו לעומת איפה שהיינו קודם. הוא מאפשר לנו להשיג חדש אל מול הישן אבל לא משהו משופר יותר. זה נכון בעיקר בביטוחים תעשייתיים. אם אין ציוד מהסוג שהיה לי, כשאקנה ציוד חדש ידגימו לי את הקידום התיאורטי הזה מהסכום. כשמדובר בציוד אלקטרוני שמתקדם מדור לדור, והחדש זול יותר מהישן אז יש ביטוחים למכשירים אלקטרונים שמתאימים עצמם לשטח.

* ביטוח לפי ערך מוסכם- ביטוח חיים תמיד לפי ערך מוסכם כיוון שלא ניתן להעריכם בכסף. אני אף פעם לא נמצא בביטוח יתר בביטוחים אלו. אפשר לעשות ביטוח כזה גם לרכוש, אבל זה צריך להיות פריט רכוש ייחודי כמו יצירות אמנות, תשמישי קדושה, תכשיטים, יצירות אמנות וכו', ללא תלות בנזק שנגרם.

יש לי תמונה שצייר פיקאסו וקניתי בחצי מיליון דולר. מחיר התמונה אינו קבוע. כשאני הולך לבטח את התמונה, בחצי מיליון דולר, אם יגנבו לי אותה, המבטח לא יוכל לומר ששווי התמונה שלוש מאות אלף, אלא רק בערך מוסכם.

בתאונות אישיות עושים ביטוח שלא לפי ערך מוסכם- ביטוח חובה, לנזק אישי. לפי הנזק שנגרם לפי תקרה, ושכר השכרות לפי 3 פעמים הממוצע במשק.

אם נפגעתי בתאונת דרכים וביטוח החובה מכסה אותי ויש לי גם ביטוח תאונות אישיות סכום לפי ערך מוסכם אז אני מקבל לפי הפוליסה הראשונה לפי הנזק ולפי הפוליסה השניה לפי הערך המוסכם.

יש שלושה שלבים של תביעה שתובע המבוטח את המבטח. השלב הראשון הוא הודעה, השלב השני תביעה בכתב והשלב השלישי השלמת פרטים. על המבוטח להודיע למבטח שקרה מקרה הביטוח, בכתב, פקס בע"פ וכו'. ההודעה צריכה להינתן סמוך לאחר קרות מקרה הביטוח, בהזדמנות הראשונה. החוק עושה הבחנה בין הודעה לתביעה בכתב, בהודעה יודעים שקרה משהו, בתביעה יודעים מהו הנזק, היקפו וכו'. אחרי שהמבטח מקבלת את התביעה בכתב הוא יכול לבקש מהמבוטח השלמת פרטים. לאחר שהושלמו הפרטים המבטח יכול לשלם.

ברגע שהמבטח מקבל את ההודעה הוא כבר נערך לבירור החבות, אם ההודעה נשלחת אליו באיחור וכתוצאה מכך אינו יכול לברר את חבותו או היקף חבותו אז הוא פטור מלברר את אותו קטע שיכל לברר, אילולא האיחור בזמן.

יש שלוש דרכים לתבוע:

1. פנייה ישירה לחברת הביטוח- פנייה ישירה דרך ההודעה, פנייה בכתב וקבלת הכסף.
2. תובענה בבימ"ש
3. קריאה לבימ"ש בסדר דין מקוצר. סדר דין מקוצר זו תביעה המבוססת על סכום קצוב או שניתן להגיע אליה בחישוב פשוט, במקרה כזה לנתבע אין זכות להתגונן, הוא יכול להגיש בקשת רשות התגוננות. אם ביהמ"ש יתיר זאת נעביר מסד"מ לס"ד רגיל. פוליסות ביטוח הרבה פעמים מתאימות לתביעות בסדר דין מקוצר. במיוחד אם מדובר בביטוח חיים- אם אדם מת- אין ממש מה להתדיין. מדובר בסכום מוסכם. בכל ביטוח שהסכומים הם חד משמעיים, תביעה כזו חוסכת זמן ותסכולים. אך במקרים בהם צריך לשום את הסכום, יש שאלה של ויכוח עובדתי מה היקף הנזק, ואז צריך להגיש תביעה בסדר דין רגיל.

יש הנחיה של המפקח על הביטוח שאם חברת הביטוח דחתה אותי בתביעה אליה, ואני מגישה נגדה תובענה, היא לא יכולה להוסיף טענות מעבר לאלו שטענה כשדחתה אותי.

התיישנות- הסיבות העיקריות שבגללן אנחנו קובעים התיישנות הן

1. מי שהגיש תביעה באיחור זה אומר שזה כבר לא אקטואלי ולא מעניין אותו וביהמ"ש לא אוהב להתעסק בדברים שאבד עליהם הכלח.

2. כשהנתבע שומר ראיות תקופת זמן סבירה ואז כשהוא מרגיש שהחרב כבר לא מונפת עליו הוא כבר לא שומר את הרזרבות, זו תקופת ההתיישנות.

3. ככל שתקופת ההתיישנות ארוכה יותר העומס על בבתי המשפט רב יותר כי יש יותר זמן להגיש תלונות.

בכל העולם ההתיישנות מוגדרת בסדר גודל של 3-4 שנים. אצלנו ההתיישנות היא של עד 7 שנים. בהצ"ח ממונות רצו לקצר את ההתיישנות, לקבוע לה גג ולהגבילה אף יותר, אך הלובי של לשכת עוה"ד פעלו כנגד תיקון זה ולכן נכון לעכשיו גם בהצ"ח ההתיישנות היא 7 שנים. חוק ההתיישנות שלנו שאמנם קובע שהתיישנותה יא 7 שנים מיום היוולד התביעה מאפשר לקצר את ההתיישנות עד מינימום של 6 חודשים בהסכמה. ההתיישנות בארץ מעיקרה היא התיישנות דיונית. הזכות עצמה לא מתיישנת אלא זכות התביעה מתיישנת. המשמעות היא שאם אגיש תביעה לאחר ההתיישנות והנתבע לא יתגונן בטענת ההתיישנות ביה"מ לא יעלה אותה מיוזמתו. את טענת ההתיישנות צריך להעלות בהזדמנות הראשונה.

בפס"ד של ברק של החברה' שנחטפו לאנטבה מול אייר פרנס, מדובר על כך שהתביעה הוגשה מאוחר מידי.

**התיישנות שלא מדעת**- אם נעלמו מהתובע עובדות עילת תביעתו, ההתיישנות תחל לרוץ רק מיום שהחל לדעת על העילה או שיכל לדעת על העילה.

לפני שנחקק חוק חוזה ביטוח חלה על חוזה הביטוח ההתיישנות הרגילה של 7 שנים. חברות הביטוח הכניסו לכל חוזי הביטוח נספח התיישנות שקבע שההתיישנות היא בת שנה מיום קרות מקרה הביטוח. מבוטחים שתבעו באיחור הפסידו כי חברות הביטוח הקפידו. כשנחקק החוק אז חברות הביטוח אמרו שתקופת התיישנות ארוכה מכבידה עליהם כי עולה הרבה כסף לאגור את הראיות והתיקים. המחוקק התחשב בטענות חברות הביטוח והסכים לקצר את תקופת ההתיישנות ל-3 שנים אך קבע אותה באופן קוגנטי- כלומר לא ניתן לקצר מתחת ל-3 שנים. למעשה ההוראות של חוק ההתיישנות כמו שהן כולם חלות על חוק הביטוח כאשר ההבדל היחיד הוא שההתיישנות היא ל-3 שנים ולא ל-7 שנים.

ב**פס"ד ג'רייס נ' אריה**- מסדר לאחר שנחקק חוק חוזה ביטוח אייך מחשבים את התגמולים. השופט אור סידר ואמר שמדובר בתקופה של 3 שנים וזהו.

**ביטוח התאונות האישיות**-

**הראל נ' עמיתי**- ישנו בחור בשם עמיתי שמבוטח בביטוח תאונות אישיות. יום אחד הוא סבל מאירוע לבבי ועוד בהיותו מאושפז בבית חולים הוא פונה להראל ואומר שנחשף לאירוע לבבי, זה מכוסה בפוליסה ושישלמו לו. הראל דחתה את התביעה ואמרה לו שזה לא מכוסה והוא קיבל את הדין. חמש שנים לאחר מכן עמיתי מגיש תביעה לביטוח הלאומי בעקבות אותו אירוע והמל"ל קבע לו 40%.

העו"ד שלו מגיש תביעה בשם עמיתי להראל, הראל אמרו שבגדול זה מבוטח אך עברה ההתיישנות. עמיתי הגיש תביעה לשלום בת"א ואומר שמגיעים לו תגמולים. הראל מתגוננת ואומרת כי התביעה התיישנה. העו"ד של עמיתי אומר כי הנכות לצמיתות גובשה רק לאחר 5 שנים, ולכן לא עברה התיישנות ממקרה הביטוח. העו"ד טען שמקרה הביטוח זה לא האירוע הלבבי אלא גיבוש אחוזי נכות צמיתה. השלום דחה את התובענה.

המחוזי בערעור, דעת המיעוט של השופט השלום צודק. שתי השופטות שהיו דעת הרוב טענו כי צודק התובע, כי כל עוד לא יודע כמה אחוזי נכות לא יודע מה היקף הנזק ומהו הנזק. הוא נמצא במלכוד כי אם היה מגיש קודם לא היה ידוע מה הנזק. ואז הן קבעו כי יש לשלב את מועד קרות מקרה הביטוח עם גיבוש הנזק במשולב.

הראל עירערה לעליון, היא עשתה דבר חכם, היא הביאה לעמיתי את הכסף, ואמרה שגם אם יזכו בעליון הם לא יקחו את הכסף כדי שהעליון ידון בערעור לגופו של עניין ולא יפחדו על עמיתי. ודעת השופטים התהפכה ואמרו כי יום קרות האירוע ממנו סופרים את ההתיישנות. הנזק הוא ביום בו התרחש.

עומדות בפניו כמה אפשרויות- אפשרות ראשונה הוא פונה לחברת הביטוח ומבקש ארכה להגשת תביעה כי הנכות שלו עוד לא התגבשה. אם לא תסכים הוא יכול לגשת לבימ"ש ולבקש צו הצהרתי. אפשרות אחרת שחברת הביטוח תשלח אותו לרופא שיקבע או שילך לרופא שלו. כל הדברים האחרים הם דברים שיש שליטה עליהם אפשר לשחק איתם קדימה ואחורה, לעומת תאריך קרות המקרה שהוא קבוע ולכן יש לבדוק את ההתיישנות מאותו תאריך.

**התיישנות בביטוחי אחריות**

מבוטח=מזיק=נתבע

ניזוק=תובע=צד ג'

ב**פס"ד קסטיאל**- בשנת 200 מגיעה גברת קסטיאל לבי"ח פלן, הרצפה רטובה והיא שוברת את הקרסול. בשנת 2004 היא תובעת את בי"ח קפלן. מדובר בתביעת נזיקין רגילה לכן ההתיישנות היא 7 שנים. בקפלן בודקים את האירוע ומגיעים למסקנה שחברת הניקיון היא שאחראית על האירוע ולכן לאור הסכם של קפלן עם חברת הניקיון משמר שהיא אחראית. לכן הודיעו להם הודעת צד ג'. עורך דינו של משמר מתגונן נגד תביעתה של קסטיאל. בסופו של דבר ניתן פס"ד נגד משמר בשנת 2010. אחרי שניתן פס"ד מגלה העו"ד של משמר שהיה להם ביטוח שמכסה את החבות, הוא פונה ב-2013 לחברת הביטוח, היא אומר שעבר הזמן. במקרה הז חברת הביטוח צודקת. אם הביטוח לא יודע בשנת 2000 שגרם נזק אז הוא נכנס לחוק ההתיישנות שאומר שנעלמו מעיני המזיק חובותיו. משמר מגלים שיש להם חבות בנזק רק בשנת 2007 כשמבל הודעת צד ג', לכן מ-2007 מתחיל מרוץ ההתיישנות שבין משמר לחברת הביטוח שלה. ב-2007 הם היו צריכים להודיע לחברת הביטוח, אם הייתה אומרת שאינה מכסה, הייתה צריכה לשלוח הודעת צד ד' נ' חברת הביטוח.

לא ייתכן שרק אחרי קבלת פסה"ד משמר יפנו לחברת ביטוח לשלם. כלומר **כל עוד לא התיישנה התביעה של הניזוק נ' המזיק לא מתיישנת התביעה של המבוטח המזיק נגד חברת הביטוח שלו.** ביהמ"ש העליון אומר שאם המבוטח יגיש תביעה נ' חברת הביטוח שלו ויתן פס"ד הצהרתי אז למעשה הוא מכין את הקרקע ונותן לניזוק חומר איך לתבוע את המבוטח, כלומר הוא אומר אני אשם ולכן על חברת הביטוח לשלם. לכן אומר ביהמ"ש יש לחכות עד להגשת התביעה, ואז כל עוד לא התיישנה התביעה של הניזוק בזמן ההתיישנות הקבוע לו בחוק, וכל עוד הניזוק לא הגיש תביעה לא יחל מירוץ ההתיישנות של המבוטח נ' חברת הביטוח.

הרעיון הזה שקם בבתי משפט מחוזיים משלים את פס"ד קסטיאל. הגדיל לעשות השופט דרורי במחוזי ירושלים ולומר כי כל עוד לא ניתן פס"ד לא מחל מירוץ ההתיישנות של המבוטח מול חברת הביטוח. זה לא הגיוני משום שאז לחברת הביטוח אין אפשרות להתגונן ישירות מול הניזוק.

בביטוח כפל- מבטח ששילם למבוטח תגמולי ביטוח ועכשיו הוא פונה לחברת הביטוח השניה שכיסתה את אותו סיכון להשתתף. מבטח א' שילם הכל למבוטח אך המבוטח היה מבוטח גם אצל מבטח ב'. כמה זמן יש למבטח א' לגבות את ההשתתפות ממבטח ב'. יש שלושה רגעים- מועד קרות הביטוח, מועד התשלום ומועד הידיעה. ההתיישנות במקרה זה תהא **7 שנים** כי זו לא תביעה של ביטוח אלא תביעת השתתפות- תביעה רגילה. תביעת השתתפות עומדים על דיני עשיית עושר שלא במשפט, התביעה נולדה ב**מועד התשלום**, כיוון שזה עשיית עושר שלא במשפט. אם נודע לו מאוחר יותר אז המועד יהיה מועד הידיעה, 7 שנים מהמאוחר ביניהם. כל טענת הגנה שיש למבטח ב' נ' המבוטח שלו ניתן להשמיע כנגד מבטח א'.

התיישנות בביטוח חיים- ההתיישנות היא 3 שנים. אלא מה, אם הביטוח כולל בתוכו יסוד של חיסכון אז לגבי רכיב החיסכון של הכסף שמוחזק ע"י חברת הביטוח ההתחייבות לא נגמרת כי מדובר בחיסכון, הכסף שלי. על מרכיב הסיכון יש התיישנות של 3 שנים על מרכיב החיסכון אין התיישנות.

התיישנות בתביעות תחלוף- תחלוף זה זכות המבטח לתבוע את המזיק אחרי שהוא שילם למבוטח תגמולי ביטוח בשל הנזק שהמזיק גרם למוטב (שיבוב). תביעת התחלוף היא במהותה תביעה נזיקית, במקום שהניזוק יתבע את המזיק אז המבטח תובע את המזיק, לכן תביעת ההתיישנות מתיישנת לאחר 7 שנים מיום קרות אירוע הנזק. כל עוד לא התיישנה זכותו של הניזוק לא התיישנה זכותו של המבטח.

15/1/14

**סוכן הביטוח**-

הוא זרוע השיווק של חברות הביטוח. בשנים האחרונות לאור התפתחות הטכנולוגיה מתפתחת התופעה של שיווק ישיר, אך אולי 10% מהביטוח משווקים בשיווק ישיר והרוב עדיין נעשים באמצעות סוכנים. סוכן ביטוח ה עיסוק המחייב רישיון שנעשה ע"י המפקח על הביטוח. יש צורך לעבור תקופת התמחות ורק לאחר מכן מקבלים רישיון מורשה. יש שלושה תחומי התמחות בעיסוק כסוכני ביטוח- ביטוח כללי, ביטוי ימי או פנסיוני. בביטוח פנסיוני יש דבר חדש ושונה- יש שני סוגי סוכנים- סוכן/ משווק ויועץ. בתחום הביטוח הכללי והימי אין מקצוע שמוכר בחוק כיועץ. היועץ הוא גוף עצמאי ניטרלי שמייעץ ללקוח על צרכי הפנסיה שלו, הוא גובה את שכה"ט מהלקוח. הלקוח בד"כ יהיה גוף כלכלי גדול, אך גם הפרט יכול לבקש ייעוץ. לעומתו המשווק, מקבל את העמלה מהגוף אליו הוא מפנה את הלקוחות. גם כמשווק עליו לפעול במקצועיות, ולבנות ללקוח את התיק שהכי מתאים לו ע"פ ההיצע שיש לו בחברות שהוא עובד עימן, לעומת היועץ שצריך לבנות מכל השוק. יש סוכנים שעובדים עם יותר מחברת ביטוח אחת, ואז יכולים להתאים את הביטוח הטוב ביותר.

מעמדו של הסוכן מול המבוטח ומעמדו מול המבטח- על פניו הסוכן הוא מתווך. הוא מביא את הסוס אל השוקת, אך לא עושה מעבר לכך. למרות זאת, בציבור יש בורות טוטאלית בכל הנוגע למעמדו של הסוכן וכן בכל הנוגע למי שמכסה אותו, ולכן החליט המחוקק לאחר תירה רבה סותרת, לא רק להשאיר את הסוכן כמתווך אלא להפוך אותו גם **לשלוח.** כשלוח הוא כמובן יכול לחייב את אותו גורם שמטעמו הוא השלוח בחבויותיו. השלוח מחייב את השולח אך ורק במסגרת השליחות שנקבעה לו.

בתחומים בהם החוק לא מסדיר את שליחות הסוכן אז אם יש הסכם ביניהם אז הוא שלוח גם בעניינים נוספים, אך אם אין הסכם הוא לא שלוח לעניינים נוספים אלא רק לעניינים אותם החוק מפרט- מדובר בעניינים דיספוזיטיביים- שליחות של ברירת מחדל, **כל עוד לא נקבע אחרת.** התחומים בהם הסוכן הם שלוח המבטח:

1. (א) לעניין המו"מ לקראת כריתת החוזה ולעניין כריתת החוזה- כשסוכן ביטוח מנהל איתי מו"מ זה כאילו המבטח אמר ולכן חובת תוה"ל של המבטח צריכה להתבטא בהתנהגות הסוכן. דיני תוה"ל חלים גם על המבטח. לעניין כריתת החוזה- אם הסוכן אמר שאני מבוטח מרגע זה- זה כאילו המבטח אמר זאת.

**התנאה**: יכול המבוטח לבקש מהסוכן להיות שלוח שלו. על מנת שהסוכן יהפך שלוח של המבוטח, בקשת המבוטח חייבת להיות בכתב. דיני השליחות הם חלק מדיני החוזים, ולפי דיני השליחות ניתן למנות אדם לשלוחי גם בע"פ. המחוקק רוצה שבביטוח לעשות זאת בכתב- כי אין שום הגיון מעשי כלכלי או משפטילמנות את הסוכן כשלוח, יש צורך לראות בהסכמה ברורה בכך (טכנית עדיף לסגור את העסקה עכשיו ולא שהשלוח- הסוכן ילך ויכרות עסקה בשמנו עם חברת הביטוח. לכאורה עדיף לכרות איתו את החוזה כשהוא משמש כשלוח המבטח). ברגע שחותמים חוזה עם השלוח שלה- החוזה לא מתקיים כי זה כאילו היא חתמה חוזה עם עצמה.

כשהמבטח לא רוצה בסוכן כשלוח שלו והמבוטח לא יודע זאת- המבוטח רואה בסוכן כשלוח המבטח, עליו לדעת שאין כך מצב הדברים ולכן הדבר הראשון שעל הסוכן לעשות זה לומר למבוטח כי אינו שלוחו, וכן כי אינו שלוחו של המבוטח- כלומר הסוכן הוא מתווך. בביטוחי חיים המבטח לא סומך בד"כ על הסוכן ולכן לרוב, במקרי הרי גורל אלו, המבטחים לא נותנים לסוכנים להיות שלוחיהם לעניין ביטוח חיים.

(ב) ייחוס ידיעה- אנחנו מייחסים למבטח את ידיעת הסוכן. כל המידע שהגיע לסוכן במהלך המו"מ המבטח נחשב כיודע אותו. זה סעיף קוגנטי אז גם לא משנה לנו אם הסוכן הוא שלוח או לא.

1. תשלומים- פחות אקטואלי ב2014, והיה רלוונטי בסוף שנות ה-70 כשנחקק החוק. המחוקק אומר שהסוכן הוא שלוח המבטח לעניין גבית דמי הביטוח, כלומר אם המבוטח שילם את הפרמיה לסוכן כאילו שילם למבטח. אם הסוכן ברח עם הכף, זו בעיה של המבטח. זה היה רלוונטי בתקופה ששילמו בצ'קים. בחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים ישנה הוראה מפורשת האומרת כי פרמייה שסוכן גבה חייב להעביר לחברת הביטוח עד 15 לחודש הבא. היום לא רלוונטי כי משלמים באמצעות כרטיסי אשראי. לכן כשסוכן ביטוח מסדיר עסקה כיום, לא משנה אם הוא שלוח או לא, הוא דורש את כרטיס האשראי דרך כרטיס האשראי או הוראת קבע ישירות לחברת הביטוח. גם על הוראה זו החוק מאפשר **להתנות:** אם המבטח אומר להעביר את הכסף ישירות אליו, על הסוכן לומר זאת למבוטח ובמידה והסוכן גונב את הכסף זו בעיה של המבוטח.
2. הודעות- במהלך הפוליסה או לאורך הביטוח, יש צורך להודיע הודעות כמו קרות מקרה הביטוח, או שינוי במצב וכו'. אם הודעתי לסוכן המבטח לא יוכל לומר שלא ידע. אך זוהי הוראה דיספוזיטיבית- ולכן אם המבטח מורה להודיע לו ולא לסוכן- עליי להודיע לחברת הביטוח.

ניתן להתנות על כל הנ"ל מלבד על **ייחוס ידיעה!!!** אין פה סמכות למשל לעניין יישוב תביעות, אלא אם המבטח מינה אותו, אך כל עוד לא קיבל סמכות ואין לא הרשעה אז בחריגה זה מחייב אותו אישית.

**תחלוף, שיבוב, סוברוגציה**

כאשר אני מבטח את הרכוש שלי למשל נגד סיכוני אש, יש 3 אפשרויות שעלולים לגרום לי לנזק אש:

* נזק עצמי- אני גרמתי לעצמי, ברשלנותי אז אני מכוסה.
* נזקי טבע שהובילו לשריפה.
* מעוול- אדם שמבצע כלפיי עוולה בכוונה או ברשלנות. למעשה יש לי ביטוח, השכן לא משלם. לכן אומר המחוקק שלמבטח יש עילה לתבוע את המזיק. זכות התביעה שלי עוברת למבטח- תחלוף (המבטח מחליף אותי).

למבטח למעשה קמה כאן עילת תביעה כנגד השכן. נניח שהנסק שנגרם היה 100 אך הייתה השתתפות עצמית של 20. המבטח נתן רק 80. לי יש עילה לתבוע ב-20 ולמבטח ב-80. אם ארוץ ואתבע את השכן ויווצר מעין מעשה בית דין, ואז המבטח לא יוכל לתבוע, כי התובע - המבטח בתחלוף אמור לכאורה להחליף אותי, ולכן לא ניתן שאתבע בשמי וגם הוא יתבע בשמי. אם אני בתביעתי מונע מהמבטח לתבוע בעצמי אז למבטח עילת תביעה כנגדי, וההפך. כדי למנוע את הסיטואציה הזאת יש לעשות פיצול סעדים- ואז כל אחד לוקח את חלקו בשת"ף. אם מקבלים בתביעה 70, יש כמה אפשרויות:

1. אני אקח את ה-20 שלי והשאר ילך למבטח
2. המבטח לוקח ואם יש עודף אקבל.
3. מחלקים לפי אחוזים.

השיטה הישראלית היא שיטה שבה קודם כל המבטח נפרע ורק אם יש עודף המבוטח זכאי לעודף. הרציונאל הוא שכשהמבטח מחשב לי את הפרמיה הוא לוקח בחשבון שיוכל להגיש תביעת תחלוף, אם אקח לו את הפרמיה חלקה או כולה, הוא יצטרך להגדיל לי את הפרמיה. מעבר לכך, תמיד אחוז מסוים מהנזק הוא באשמתי.

התחלוף קיים גם בביטוחי אחריות, אם רופא השיניים גורם נזק למטופל בשל מצב פגום וחברת הביטוח של רופא השיניים צריכה לשלם, היא תוכל לאחר מכן לתבוע את היצרן. **מתי אין תחלוף?**

* כשהחוק קובע שאין תחלוף- בביטוח חיים אין תחלוף. בביטוח תאונות אישיות שהן על סכום קבוע ולא לפי נזק- אין תחלוף. תגמולי הביטוח ישולמו וזה לא סכום שמאפשר לביטוח לתבוע את המעוול.
* לא תוגש תביעת תחלוף נגד קרוב משפחה של המבוטח אם הוא גרם לנזק. אין הגדרה בחוק לקרובי משפחה.
* הנזק נגרם ע"י עובד- כי הוא חלק מהארגון המבוטח. באנגליה אין חוק חוזה ביטוח והפסיקה קבעה שלא תובעים את העובד אלא אם עשה זאת בכוונה. בישראל אין פסיקה כזו, אייך ייתכן שניתן לייבא זאת.
* כשההסכם קובע שאין תחלוף- קיים מושג מכה תחת מכה- בכדי שחברות הביטוח לא יתבעו זה את זה כל הזמן שהרי יש תאונות דרכים רבות בין חברות הביטוח והתדיינות בבימ"ש יכולה להיות אינסופית. ההסכם שנעשה הוא מכה תחת מכה, והוא חל רק על רכבים פרטיים- ואין חובה להשתמש בהסכם הזה (אם חברת הביטוח הגיע למסקנה שהמכוניות שלה יותר נפגעות מאשר פוגעות למשל). בהסכם הזה הם מונעים מראש על תביעות תחלוף.

**בפס"ד נרות ירושלים**- התברר שהמשכיר ויתר מראש על הזכות לתבוע את השוכר. המשכיר ביטח את עצמו נגד סיכון והשוכר גרם לנזק אש. המשכיר אמר לחברת הביטוח לשלם- וחברת הביטוח גילתה על חוזה השכירות- המשמעות שלא תוכל לתבוע את המזיק. אומר העליון- יש הסתרה של פרט מהותי מחברת הביטוח, ולכן החברה פטורה מלשלם למבוטח תגמולי ביטוח כי נשללת ממנה הזכות לתחלוף. יש להודיע על כך מראש לחברת הביטוח. חברת הביטוח תכניס לתוך חוזה הביטוח הוראה בה היא מוותרת על תביעת תחלוף נגד X או Y, וכנראה תיקח פרמיה גבוהה יותר. עדיף לתאם דברים אלו מראש.

במצב בו אין תביעות תחלוף- שלא מכח חוק חוזה ביטוח ולא הסכם אלא מכח דיני עשיית עושר שלא במשפט- אם יש מבטח שנתבע לשלם תגמולי ביטוח, ואין למבוטח עילת תביעה, הנזק לא מכוסה והמבטח בכל זאת משלם- ומבקש לבצע תביעת תחלוף. יכול המזיק להתגונן בטענה שהמבטח מתנדב. אם המבוטח תובע את המזיק אז הוא צריך להעביר את תגמולי הביטוח למבטח. השופטת שטרסברג כהן אומרת שלא נותנים למזיק להיכנס לקרביים שבין המבוטח למבטח ואם יש שיקולים אחרים המצדיקים את התשלום שמשלם המבטח למבוטח שלו זה לא ישלול ממנו את הזכות לתבוע גם אם אין כיסוי מלא מסודר ומפורש של הנזק הזה בחוזה.

תחרות בין ביטוח כפל לבין תחלוף- פס"ד **הכשרת היישוב נ' מגדל**- אנו מדברים על מצב שיש לנו שני מבוטחי: מבוטח א' ומבוטח ב' ויש בהתאמה מבטח א' ומבטח ב'. המבטחים מבטחים את אותו רכוש, מבוטח ב' גרם נזק למבוטח א' והוא פונה למבטח א' שישלם לו. מבטח א' פונה למבטח ב' שישלם לו את כל הכסף ששילם למבטח א'. בתגובה עונה מבטח ב' כי הוא ישלם רק חלק יחסי כי זה ביטוח כפל- ביטחתי רכוש ואם היו תובעים אותי (מבטח ב') אני הייתי משלם חלק מהנזק ותובע את החלק השני. עונה לו מבטח א' שמבוטח ב' הינו מבוטח שלך ובכל מקרה את החלק השני הייתה משלם למבוטח ב'.עונה לו מבטח ב' שזה שונה כי לא ביטחתי חבות של מבוטח ב' אלא רק רכוש שלו. על כך פסק העליון- שמבטח ב' לא ירוויח רק בגלל שהניזוק עשה ביטוח על הרכוש ולכן בתחרות בין תחלוף לכפל- תביעת התחלוף גוברת ועל מבטח ב' לשלם במלואו למבטח א' ואז לפנות לתביעת תחלוף- שבנד"ד לא רלוונטית כי המזיק (זה שאמורים לתבוע אותו) מבוטח אצלו.

* מתי מתחיל מרוץ ההתיישנות בתביעת תחלוף? מרגע מקרה הביטוח- הרגע בו בוצעה העוולה. תביעת התחלוף היא למעשה תביעה נזיקית ולכן זכותו של הניזוק לתבוע את המזיק תוך 7 שנים מיום קרות הנזק.

**פרשנות חוזה הביטוח**- חוזה ביטוח שלא זקוק לפרשנות- אין צורך לפרשו בכח. כן נפרש את החוזה כאשר לא ברור מהו רצון הצדדים. חוזה ביטוח בהקשר של פרשנות כפוף לחוה"ח חלק כללי, בו יש פרק על פרשנות. ס' 25 אומר שחוזה יפורש לפי אומד דעתם של הצדדים. לצדדים יש אומד דעת סובייקטיבית ואומד דעת אובייקטיבית. סובייקטיבי- מה שכל צד חשב, אם אומד דעתם שונה זו מזו, זה אומר שלא ניתן לפרש את החוזה ע"פ אומד דעתם הסובייקטיבית לכן יש לעשות זאת ע"פ אומד הדעת האובייקטיבי- מה שאדם סביר והגון היה עושה בסוג כזה של עסקה.

אנחנו הולכים דרך אומד הדעת האובייקטיבי לתכלית החוזה- מה הצדדים האובייקטיבים היו רוצים שיכלל בחוזה. אומד דעת סובייקטיבי מתאים יותר לחוזה ששני צדדים מנסחים בעצמם, לעומת חוזה ביטוח בו המבוטח רק מצטרף לחוזה. בחוזה ביטוח בד"כ נלך לאומד הדעת האובייקטיבי של הצדדים. אם גם אומד הדעת האובייקטיבי לא מביא לנו את הפתרון ולא מוצא לנו את התוצאה הראויה אז נלך לכלל פרשנות משני- פירוש החוזה כנגד הנסח. **נדגיש** ונאמר כי זהו כלל פרשנות משני בלבד! וגם פה יש לשים לב שלא מעוותים את החוזה רק בכדי להגיע לתוצאה בה אנו מעוניינים. ב**פס"ד שליו נ' סלע**- המבוטח היה מבוטח בביטוח תאונות אישיות- נפגע מאמצעי אלימות חיצוניים ונגלים לעין. כשקיבל התקף לב ורצה שחברת הביטוח תשלם לו- חרת הביטוח אמרה שזה לא היו אמצעי אלימות חיצוני ונגלה לעין. אין מפגש בין אומד הדעת הסובייקטיבית של שניהם. גם כאן קשה לומר מה הייתה מטרת החוזה ואז הולכים לפרוש החוזה נגד הנסח ואז ניתן לפרש אלימות כאלימות נפשית ורוחנית וכו' ולא רק פיזית. לכן אומר ברק שחברת הביטוח צריכה לשלם תגמולים לשליו. אור בדעת מיעוט לא מקבל את הפרשנות של ברק.

* כשאנו מדברים על אלימות אלימות יכולה להיות גם אלימות עצמית ולא חייבת להיגרם כלפי צד ג'.

כלל פרשנות נוסף שגם הוא מוסדר בחוה"ח חלק כללי- פירוש החוזה **לפי נסיבותיו**- הרקע, טיוטות קודמות, מסמכים נלווים, נוהג וכו'. ב**פס"ד שחף נ' אליאנס**- שחף הייתה חברת ספנות ואליאנס חברת ביטוח. שחף ביטחה את האוניות באליאנס. כשמדובר בביטוח אוניות זה מאוד דומה לביטוח רכב, מבטחים את האונייה וצד ג'- היינו נזקים שהאונייה גורמת. ביטוח סטנדרטי- ביטוח גוף האנייה מכסה את בעל האנייה מניזוקים צד ג' עד גובה של 75%. בשלב מסויים הגיעה אליאנס שאין טעם להנפיק פוליסות אינדיבידואליות לכל ספינה של שחף, ובפוליסה אחת תהיה רשימה של 20 אוניות. בשנת האירוע, הונפקה פוליסה שכללה את כל האוניות, והתנגשה אוניה באוניה אחרת וגרמה לנזק גבוה יותר מגובה האוניה. שחף אמרה שהמגבלה של הפוליסה היא לא לפי כל הצי ולא לפי האוניה ולכן על חברת הביטוח לכסות הכל. ביהמ"ש בדק לפי נסיבותיו את המקרה ופרש כך שהפוליסה אחת הייתה רק התייעלות אדמינסטרטיבית של חיסכון בנייר ולכן חברת הביטוח לא שילמה את כל הנזק.

**כיבוד הציפיות הסבירות של המבוטח**- או, הצפייה הסבירה. זוהי גישת פרשנות אמריקאית שאימצנו לפיה ניתן לפרש חוזה גם בניגוד ללשון המפורשת של החוזה וזאת אם החוזה הוא בלתי מצפוני או אם החוזה הוא תוצאה של חוסר תו"ל במו"מ או תרמית במו"מ. כלומר אם הייתי יודע על תנאים מסויימים בחוזה לא הייתי חותם חוזה. **בפס"ד אחד**- בו אדם היה מבוטח נגד אוטם שריר הלב. שם חברת הביטוח אמרה שתית לו 50 אלף שח. חברת הביטוח אמרה שהגדרה של אוטם זה אם יש הופעה של זיזים באק"ג. הרופא שלו אמר שפחות מ-5% מהאטמים זה עם זיזים. ביהמ"ש אומר שיש לפרש לפי הציפיות הסבירות של המבוטח שמבטח נגד 95% מהמקרים ולא רק 5%. זהו סעיף מאוד לא מצפוני.

**דוגמא נוספת**- אדם היה מבוטח נגד גידול בראש, פנה לחברת הביטוח וזו אמרה שיש רק רשימה מסויימת של גידולים מכוסים, התברר אצל הרופא שפחות מ1% מהגידולים בראש מכוסים. ביהמ"ש קבע כי גם במקרה זה הציפייה היא שיכסה את רוב הגידולים ולא 1% ולכן נקבע כי יש לפצותו.

זהו כלל צרכני, האמריקאי משתמשים בו בעיקר בחוזי ביטוח.

בפס"ד היה מבוטח עם ביטוח חובה, בד"כ יש מגבלה בביטוח חובה למטרות פרטיות ועסקו של המבוטח. היה מבוטח שהעסק שלו היה למשל הובלת לחם. הוא הלווה לגיס שלו את האוטו שהוביל פרחים ולא לחם. הגיס היה בתאונה ונהרג. חברת הביטוח אמרה שעסקו של הגיס אינו עסקו של המבוטח. הוגשה תביעה שעלתה עד העליון. הבטח בכלל לא שאל את המבוטח מה המקצוע שלו. מעבר לזה כשזה מגיע לעליון ריבלין אומר שהמטרה היא לכסות את האנשים ושזה סותר את העיקרון של פיזור הסיכון. יש לפרש את החוזה גם לפי כיבוד הציפיות הסבירות של המבוטח.

לבחינה- 30 ש' אמריקאיות.

שאלות בקיאות והבנה. צריך לקרוא את פסה"ד.