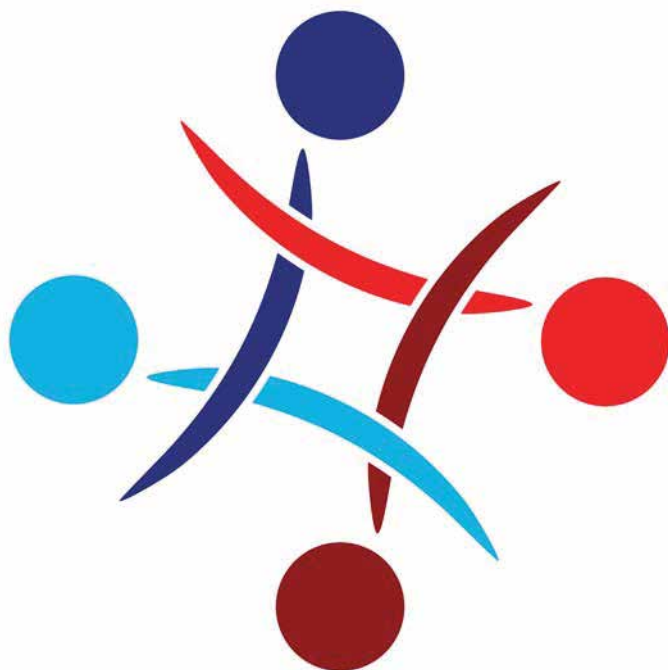


מדריך זכויות חולי פרקינסון

מאת עו"ד רפאל אלמוג



זכויות חולי פרקינסון

התש"פ – 2020

תוכן עניינים

5..... הקדמה

6..... על המשרד

7..... רקע על המחלה

8..... צעדים ראשונים במימוש זכויות

11..... מינוי אפוסטרופוס

13..... ייפוי כוח מתמשך

18..... מימוש זכויות מול המוסד לביטוח לאומי

18..... א. ענף נכות כללית :

21..... ב. קצבת שירותים מיוחדים :

22..... ג. שיקום מקצועי :

23..... ד. ענף נכות מעבודה :

24..... ה. קצבת סיעוד :

25..... סיכום נושא הביטוח הלאומי :

27..... מימוש זכויות מול רשויות נוספות

27..... א. קצבת ניידות (משרד הבריאות) :

28..... ב. פטור ממס (מס הכנסה) :

29..... מימוש זכויות מכוח ביטוחי אובדן כושר עבודה

48..... מימוש זכויות מכוח ביטוחי סיעוד

הקדמה

בהתחלה הרגשתם רעד, עייפות, נוקשות וכאבי שרירים. עם הזמן המצב הלך והתדרדר וייתכן שחשתם פגיעה ביכולת המוטורית ונטיית הגוף קדימה. ברגע אחד נפל דבר, ממש כמו רעם ביום בהיר התבשרתם על כך שהינכם סובלים ממחלת פרקינסון. דאגות אישיות, משפחתיות וכלכליות, החלו להציף אתכם. אך, לא ויתרתם, נחושים מתמיד התחלתם להכיר ולהילחם במחלה.

בין לבין, לבד או בעזרת יקירכם, התחלתם בבירור זכויותיכם המשפטיות, במוסד לביטוח לאומי, במשרד הבריאות, מס הכנסה ותאגידי הביטוח. בנקודה זו, קרוב לוודאי שנתקלתם לא אחת, בחומה אחר חומה ובאטימות המערכת, הציבורית והפרטית. כיום אתם כבר מבינים שניתן להתמודד ולחיות לצד המחלה, ואף בכבוד רב. אך מה שחשוב בנוסף הוא לוודא כי הנכם מקבלים את מלוא הזכויות להן אתם זכאים.

במסגרת מדריך זכויות זה, סקרנו עבורכם, קהל חולי הפרקינסון, את עיקרי זכויותיכם במוסדות המדינה (ביטוח לאומי, משרד הבריאות ומס הכנסה) בענפים הבאים, ובתאגידי הביטוח (מכוח ביטוחי אובדן כושר עבודה וסיעוד):

- ✓ נכות כללית
- ✓ שירותים מיוחדים
- ✓ שיקום מקצועי
- ✓ נכות מעבודה
- ✓ סיעוד
- ✓ קצבת ניידות
- ✓ פטור ממס הכנסה

חשוב לנו להדגיש כי מפאת קוצר היריעה והיעדר היכולת לדון במלוא הנושאים המשפטיים הרלבנטיים למחלת הפרקינסון, המידע המובא להלן הינו ראשוני בלבד, ובכל מקרה מומלץ להיוועץ עם עורך דין הבקיא בתחום דיני הביטוח והנזיקין. דלת משרדנו פתוחה עבורכם בכל עת, לכל שאלה, מידע או עזרה הדרושים לכם בנושא.

על המשרד

משרד עורכי הדין "אלמוג- שפירא" הוקם ע"י שני שותפים – עו"ד רפאל אלמוג ועו"ד רן שפירא, לאחר מספר שנות עבודה במשרדי עורכי דין מובילים בתחום הביטוח והנזיקין.

המשרד עוסק בייצוג והופעה בבתי המשפט, בתיקי ביטוח ונזיקין בלבד.

המשרד כיום הנו אחד המשרדים המובילים והמקצועיים בתחום דיני הביטוח והנזיקין, וידוע ומוכר ככזה אשר נלחם ללא לאות את מלחמתו של האזרח הפשוט אל מול גופי הענק, להם לכאורה יתרון ראשוני משמעותי בהליך המשפטי בשל היותם בעלי משאבים וכוח רב.

מקצועיות צוות המשרד ועמידתו בכל דרך על זכויות לקוחותיו הן אלו אשר מעניקות לו את המוניטין שצבר ואת מספר הלקוחות הרב שהמשרד מייצג. יושרה, הגינות ומקצועיות חסרת פשרות הן הבסיס העומד כנר לרגלי צוות המשרד.

על מנת להעניק לקהל לקוחותינו שירות משפטי מקצועי, יעיל ואיכותי כאמור, בחר משרדנו למקד את עיסוקו לתחום הביטוח והנזיקין. כמו כן, המשרד מקפיד על התעדכנות יומיומית במקורות המשפטיים, לרבות פסקי דין, חוקים ומאמרים בתחום עיסוקו.

למשרדנו אתר אינטרנט המצוי בכתובת – www.rlaw.co.il. כמו כן, מפעיל משרדנו לטובת הציבור את הפורטל המשפטי לאזרח בתחום דיני הביטוח והנזיקין (מימוש זכויות) – www.LawTip.co.il, אשר זוכה לביקורות חיוביות מצד גולשים רבים ואנשי מקצוע בתחום.

למעלה מכך, משרדנו אמון על ניהול פורום מימוש זכויות באתר העמותה לחולי פרקינסון, ומעביר לחבריה הרצאות מקצועיות אודות מימוש הזכויות למול הרשויות השונות ותאגידי הביטוח.

משרדנו מודע לחשיבות הרבה הטמונה במימוש זכויות לקוחותינו ולכן מתבצעת חשיבה משפטית, מקצועית ומעמיקה, החל מקבלת התיק ולכל אורך ניהולו, ללא כל קשר להיקף התביעה ולסכומה.

נשמח להעניק לכם את שירותי משרדנו.

רקע על המחלה

מהי מחלת פרקינסון? פרקינסון הינה מחלה ניוונית, פרוגרסיבית, של מערכת העצבים. המחלה מתקדמת באיטיות ומאופיינת בפגיעה ביכולות פיזיות ומוטוריות.

מה הגורם להתפתחות ההדרגתית של המחלה? חוסר במוליך העצבי הקרוי "דופמין", על רקע התנוונות קבוצת תאי החומר השחור, המפריש את אותו החומר.

מהם התסמינים השכיחים של המחלה? ניתן למנות מספר רב של תסמינים, אך העיקריים:

- רעד, בד"כ בכפות הידיים, הזרועות והרגליים.
- עייפות, כאבי שרירים ממושטים, נוקשות ונטיית הגוף קדימה.
- פגיעה מוטורית, עד כדי אי יכולת ביצוע פעולות היום יום.
- דמנציה – ירידה בתפקוד הקוגניטיבי, והתדרדרות מנטלית.
- פגיעה במערכת העצבים ההיקפית, עד כדי עצירות ובעיות שתן.

תסמינים אלה, לרוב, הם שמזכים את החולה בזכויות בענפי הביטוח השונים במוסד לביטוח לאומי ותאגידי הביטוח מכוח פוליסות ביטוח פרטיות. עניין זה יבוא לידי ביטוי ביתר פירוט, בהמשך המדריך.

צעדים ראשונים במימוש זכויות

טרם נכנס לעובי הקורה, חשוב לנו להסביר לכם את השלבים הראשונים ההכרחיים שיש לבצע לטעמנו, כאשר מעוניינים להתחיל לקדם את נושא מימוש הזכויות של חולה פרקינסון.

א. בירור מצב קוגניטיבי

האם החולה במצב בו הוא יכול מבחינה קוגניטיבית לטפל בענייניו (כגון לחתום על מסמכים, לתת הסכמות לטיפול רפואי וכו'). אם כן – אין מניעה משפטית כי יפעל בכוחות עצמו למימוש זכויותיו. אם לא – מומלץ לפעול למינוי אפוטרופוס לגוף ו/או לרכוש, לפי הצורך.

ב. איסוף מסמכים רפואיים

אספו את מלוא המסמכים הרפואיים הרלבנטיים, ובין היתר מסמכים רפואיים המצויים בקופת החולים, בתי חולים, רופאים פרטיים ובמוסדות שונים, כגון המוסד לביטוח לאומי. עותק מלא מן התיעוד חשוב ביותר הן לצרכים רפואיים והן משפטיים, שכן אתם תידרשו לא פעם להציג מסמכים רפואיים בפני חברת הביטוח, המוסד לביטוח לאומי ועוד, ולכן כדאי שעותק מלא מהתיעוד הרפואי ימצא תמיד ברשותכם.

ג. איסוף מלוא מסמכי הביטוח

אספו ורכזו את העתקי מלוא פוליסות הביטוח בהם הינכם מבוטחים (סיעוד, מחלות קשות, אובדן כושר עבודה וכו').

חשוב לדעת כי חוזה ביטוח מורכב משלושה חלקים :

- א. הצעת ביטוח.
- ב. דף מפרט / רשימת ביטוח.
- ג. תנאים כלליים.

עליכם לעמוד על קבלת העתק מלא מהפוליסה ולאסוף את הצעת הביטוח, רשימות הביטוח הספציפיות למבוטח ואת התנאים הכלליים של הפוליסות (התנאים הכלליים נקראים - "ז'קט").

בין השאר, בחנו קיומן של פוליסות ביטוח בדרכים הבאות:

- פנו אל סוכן הביטוח שלכם ו/או של משפחתכם ובקשו ממנו להעביר אליכם העתק מלא מפוליסות הביטוח.
- עיינו בתלושי השכר ובדקו האם מופרשים דמי ביטוח חודשיים לתאגיד ביטוח כזה או אחר. ככל וישנה הפרשה לתאגיד ביטוח כלשהו, פנו ישירות אל תאגיד הביטוח ועמדו על קבלת העתק מלא מהפוליסה. דעו, כי על פי חוק חוזה הביטוח, תאגיד הביטוח חייב להיעתר לבקשתכם.
- עברו על הדו"חות הרבעוניים שנשלחו אל ביתכם על ידי קופת החולים ובחנו האם מופרשים דמי ביטוח חודשיים. ייתכן והינכם מבוטחים בביטוח קולקטיבי, כגון ביטוח סיעודי לחברי הקופה, ואינכם יודעים על כך.
- עברו על הדו"חות הרבעוניים שנשלחו אליכם על ידי תאגידי הביטוח השונים, או אף קרנות הפנסיה.

לאחר איסוף העתק מלוא הפוליסות, חשוב מאוד לעיין בתנאי הפוליסות, על מנת ללמוד על היקף זכויותיכם. במידת הצורך, היוועצו בגורמים מקצועיים.

ד. ערכו "פרוטוקול רפואי"

רשמו ותעדו בצורה ברורה ומדויקת את מלוא המגבלות הנובעות ממחלת הפרקינסון, ובכלל. בעת בדיקת תביעתכם על ידי נציגי הגופים השונים, יעמוד לרשותכם זמן מוגבל. לפיכך, עליכם להיות ערוכים להעביר "תמונת מצב" מפורטת, מדויקת וברורה ככל הניתן, על מנת שתוכלו לקבל את שמגיע לכם. בעת בדיקה על ידי גורמים מקצועיים, כגון רופאים מטעם המוסד לביטוח לאומי או תאגידי הביטוח, אל לכם להתבסס על סמך הזיכרון בלבד.

יתרה מכך, פעמים רבות, מצבכם הגופני בעת הבדיקה על ידי נציגי הרשויות השונות, לא בא לידי ביטוי כפי שהינו בפועל. מחלת הפרקינסון ידועה בשכיחות גבוהה של מצבי on ו-off ולכן חשוב כי תדעו שלרישום הנ"ל ישנה חשיבות רבה במימוש הזכויות.

ה. צאו לדרך – מימוש הזכויות

יש לעבור לצד הפרקטי, קרי מימוש הזכויות מול ביטוח לאומי (ענף נכות כללית, נפגעי עבודה, סיעוד) ושאר רשויות המדינה, כגון משרד הבריאות - אגף ניידות, מס הכנסה (זכאויות לפטורים), ומימוש הזכויות מול תאגידי הביטוח המבטחים אתכם בפוליסות ביטוח פרטיות / קולקטיביות, בהתאם למוסכם.

מלוא הטפסים הדרושים לכם לצורכי מימוש הזכויות מצויים כיום באינטרנט. באם אינכם מוצאים טופס כלשהו, הינכם מוזמנים לפנות אל משרדנו, בכל עת. אנו מבטיחים להשיב לשאלותיכם מהר ככל הניתן.

כך גם בכל הנוגע לזכויותיכם מכוח פוליסות הביטוח - אם אינכם מבינים את תנאי הפוליסה ורוצים לוודא כי לא "פספסתם" כיסוי כלשהו, היוועצו עימנו. מכיוון שכבר קראתם את הפוליסות לפני כן, הרי שכבר בשלב זה תהיו בקיאים יותר בתנאי הפוליסות ותוכלו להבין ולוודא ביתר קלות כי אתם או יקירכם תקבלו את הזכויות.

לצערנו, רבים מהלקוחות המגיעים למשרדנו לקבלת ייצוג בתיקי ביטוח, לא ביצעו אף את הבדיקות הראשוניות - דבר המקשה על ההסבר ועל הבנתם לגבי זכויות המטופל המבוטח. לכן, מומלץ לא לזלזל בביצוע הבדיקה המקדימה לפני שמגיעים למשרדו של עורך הדין.

בנקודה זו נבקש להזהירכם מחברות שונות הטוענת כי הן מתמחות במימוש זכויות רפואיות. היזהרו מחברות אלו! מעבר לכך שלא מדובר בעורכי דין אלא באנשים שטוענים כי הם "מומחים", הרי שגם בית המשפט קבע שפעילותן של החברות הינה בניגוד לחוק! אז, ראו הוזהרתם.

מינוי אפוטרופוס

מתי ימונה אפוטרופוס? כאשר חולה אינו מסוגל לדאוג לענייניו, הבריאותיים ו/או הממוניים. בנוסף, בהיעדר מינוי, עשויים להיפגע זכויות, אינטרסים או צרכים של החולה, לא הופקד אצל האפוטרופוס הכללי ייפוי כוח מתמשך, ואין דרך המגבילה פחות את זכויותיו, חירותו ועצמאותו של החולה.

מי יכול להתמנות כאפוטרופוס? כל אדם, תאגיד, האפוטרופוס הכללי, ועדת אפוטרופוסות לנפגעי השואה (מורכבת מנציג משרד הבריאות וגוף המטפל בענייני השואה). את הבקשה למינוי אפוטרופוס יכול להגיש בן זוגו או קרובו של חולה כאמור, וכן היועץ המשפטי לממשלה או בא כוחו. ע"פ סעיף 33 לחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, בית המשפט אף רשאי למנות אפוטרופוס שאינו בן זוגו או קרובו של חולה (אשר מסיבות השמורות עימם אינם מוכנים להתמנות), כאשר אין מי שמוסמך ומוכן לדאוג לחולה במקומם.

מהן סמכויותיו של האפוטרופוס? לעשות כל הדרוש למילוי תפקידיו, למעט שורת עניינים הטעונים אישור של בית המשפט, כגון: השכרת נכסים שחוקי הגנת הדייר חלים עליהם, נתינת מתנה, ערבות, ועוד.

כיצד ימונה אפוטרופוס? על המבקש להתמנות לאפוטרופוס להגיש בקשה בשלושה עותקים לבית המשפט לענייני משפחה במקום מושבו של החולה (טפסים ניתן למצוא אצל עובדים סוציאליים, באינטרנט ובבתי המשפט לענייני משפחה), במסגרתם יש לפרט ולצרף:

- פרטי החולה, מצבו הרפואי והנפשי והסיבות בגין דרוש המינוי.
- תעודות רפואיות בתחומים הרלוונטיים.
- תצהיר התומך בכל האמור בבקשה.
- במידה ויש בני משפחה שאינם מסכימים למינוי, יש לצרפם כמשיבים לבקשה.

מהן חובות האפוטרופוס? מלבד לדאוג לענייני החולה כאמור, על האפוטרופוס לנהל פנקסי חשבונות (הכנסות והוצאות החסוי), לשמור אסמכתאות, להחזיק את הכספים בחשבון בנק נפרד, לערוך ביטוחים מפני נזקים לרכוש החסוי או תביעות ע"י עובדיו, ולהעביר אחת לשנה ובתום התקופה דו"ח בנוסח הבא, המאומת בתצהיר, אלא אם סבור האפוטרופוס הכללי כי אין צורך באימות התצהיר:

תיקכם מס' _____

אל האפוטרופוס הכללי ב _____
 בענין האפוטרופוסות על החסוי שם מס' ת"ז מען _____

פרטה

אני הח"מ _____ המען _____ המכהן על פי צו שניתן בבית המשפט המחוזי ב _____
 תיק _____ ביום _____ כאפוטרופוס על החסוי, מגיש בזה פרוט נכסי החסוי וחובותיו
 ליום _____:

1. נכסי החסוי

(א) מיטלטלין

(1) רהיטי בית וחפציו: _____

(2) תכשיטים ורכי ערך אחרים: _____

(ב) מקרקעין וזכויות במקרקעין:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(ג) כספי החסוי וחובות המגיעים לו:

(1) יתרת כספים וני"ע בבנקים: _____

(2) חובות המגיעים לחסוי: _____

(3) זכויות אחרות: _____

2. חובותיו של החסוי:

(1) _____

(2) _____

(3) _____

תצהיר

הנני מצהיר כי פרטה זו משקפת את מלוא נכסיו וחובותיו של החסוי הידועים לי, לתאריך
 היום, וכי תוכן הצהרתי אמת.

ייפוי כוח מתמשך

אולי לא נעים להכיר בכך, אך כל אחד עלול להגיע למצב שבו יאבד את צלילותו או יידרדר כושרו הקוגניטיבי, גם באופן פתאומי, ועקב כך תיפגע יכולתו לקבל החלטות עצמאיות בנוגע לתחומים מהותיים בחייו, כגון טיפולים רפואיים, רכוש ומגורים, מימוש זכויות כגון הגשת תביעות סיעוד, ועוד. הדבר עשוי לקרות בשל הידרדרות בריאותית בגיל מתקדם, עקב מחלה קשה או תאונה.

מטבע הדברים, היינו מעוניינים שמי שיהיה מופקד על קבלת החלטות בנוגע לחיינו בנסיבות כאלה, יהיה אדם שאנו סומכים עליו שיפעל לטובתנו וידאג לנו כראוי. תיקון שנערך בשנת 2016 בחוק הכשרות המשפטית והאפוטרופסות חולל שינוי דרמטי בהקשר זה. עד התיקון, החוק הקנה לנו מידה מצומצמת של השפעה על זהות האדם שימונה לנהל את עניינינו במקרה שלא נהיה כשירים לעשות זאת בעצמנו.

בעקבות התיקון, כל בגיר שגילו מעל 18, יכול לקבוע מראש, בעודו צלול וכשיר משפטית, מי יהיה האדם שיטפל בענייניו, אם וכאשר לא יוכל לעשות זאת בעצמו, באמצעות מנגנון שנקרא: "ייפוי כוח מתמשך". נבקש להבהיר - אין כל מניעה כי אדם הסובל מפגיעה קוגניטיבית יחתום על ייפוי כוח מתמשך, ובלבד שהוא מסוגל להבין את העניינים השונים הנוגעים לייפוי הכוח (במצב שכזה, נדרשת הערכה רפואית המאשרת את כשירותו לחתום על ייפוי הכוח המתמשך). בכך, למעשה, מרחיב החוק את חירות הפרט לעצב את גורלו.

ההסבר שלפניכם נועד להבהיר את עיקרי החידוש בחוק הכשרות.

ייפוי כוח מתמשך לעומת אפוטרופסות

עד התיקון לחוק, אפוטרופסות הייתה המנגנון היחיד שבאמצעותו אדם כלשהו יכול היה לקבל סמכות לנהל את ענייניו של אדם אחר, שאינו מסוגל לטפל בענייניו בעצמו מפאת מוגבלות נפשית או שכלית, ואשר לא הותיר ייפוי כוח רפואי, כללי או נוטריוני.

רק בית המשפט מוסמך למנות אפוטרופוס, ולכן קרוביו של מי שלכאורה נדרש לו אפוטרופוס, או נציג המדינה, נדרשו לפנות לבית המשפט, שיכריע אם יש למנות אפוטרופוס, ומה תהיה זהותו.

זהו הליך שמופעל בדיעבד, כלומר לאחר שכבר הדרדר מצבו הנפשי או הקוגניטיבי של אדם, עד כדי כך שאין באפשרותו לנהל את ענייניו בעצמו ולהחליט מי ינהל אותם במקומו.

אומנם נתונה לאדם אפשרות להורות מראש מי הוא רוצה שימונה כאפוטרופוס בענייניו ("הנחיות מקדימות", כמשמעות מונח זה בתיקון לחוק), ובית המשפט מתחשב בהוראה כזו, אך בסופו של דבר, המינוי נעשה אחרי שהאדם נחשב לכזה שאיבד את כשרותו המשפטית, וההכרעה הסופית בנושא נתונה לבית המשפט.

לעומת זאת, ייפוי כוח מתמשך נערך מראש, כאשר מייפה הכוח עדיין צלול וכשיר משפטית, ובאמצעותו הוא מסמיך, לפי ראות עיניו, אדם אחר שייטול את המושכות על ענייניו, במקרה שבו לא יהיה מסוגל לדאוג להם בעצמו. ייפוי הכוח המתמשך ייכנס לתוקף בנסיבות אלה. מייפה הכוח נקרא: "הממנה". זהו למעשה מעין מנגנון חלופי לאפוטרופוסות, צופה פני עתיד, שאינו מצריך פנייה ואישור של בית המשפט.

כמו כן, בעוד אפוטרופוס מקבל לידי סמכויות כוללות ונרחבות לנהל את כל ענייניו של החסוי, ולמעשה נכנס בנעליו באופן מלא, השימוש בייפוי כוח מתמשך מאפשר לממנה להגביל את היקף סמכויותיו של מיופה הכוח, ולקבוע כי בתחומים מסוימים יהיה רשאי לפעול, תוך הגבלת סמכויות בתחומים אחרים.

מי רשאי להתמנות כמיופה כוח?

זהות מיופה הכוח נתונה לבחירת הממנה. יחד עם זאת, החוק קובע מספר תנאים בנושא. כך, מיופה הכוח לא יכול להיות אדם שנותן תמורת תשלום שירות רפואי, סיעודי, סוציאלי או שיקומי לממנה, וגם לא מי שמספק לממנה מגורים תמורת תשלום, אלא אם הוא קרוב משפחה של הממנה. כמו כן, לא ניתן למנות כמיופה כוח את עורך הדין או בעל המקצוע שבפניו נערך ייפוי הכוח המתמשך.

כמו כן, אדם לא יכול לשמש כמיופה כוח של יותר משלושה אנשים שונים, אלא אם כן מדובר בקרוב משפחה של הממנה. לעומת זאת, הממנה יכול למנות לעצמו מיופה כוח יחיד או מספר מיופי כוח שישמשו מיופי כוח במשותף. הממנה יכול לחלק סמכויות בין מיופי הכוח במשותף, או לחלופין לקבוע כי יפעלו במשותף לצורך כל דבר ועניין.

נוסף על כך, הממנה יכול לקבוע בייפוי הכוח שאדם מסוים ישמש כמחליף של מיופה הכוח שאותו מינה, אם מינויו של מיופה הכוח יפקע, מסיבה כזו או אחרת.

מהן סמכויות מיופה הכוח?

הממנה יכול לבחור אם להקנות למיופה הכוח סמכות לנהל את ענייני הרכוש שלו וכן את ענייני הבריאותיים והאישיים, או רק עניינים בתחום מסוים. כמו כן, יכול הממנה להגביל את תקופת תוקפו של ייפוי הכוח או לקבוע שתוקפו אינו מוגבל בזמן.

כך, ניתן למנות מיופה כוח שיהיה מופקד רק על ניהול רכושו וכספיו של הממנה או רק על ניהול עניינים אישיים מסוימים כגון צרכי יומיום, מגורים, עניינים חברתיים או רק על ניהול ענייני הרפואיים של הממנה.

ישנן פעולות מסוימות שמיופה הכוח לא יוכל לבצע, אלא אם כן הוסמך לכך מפורשות במסגרת ייפוי הכוח המתמשך. בין פעולות אלה: מתן תרומות, מתנות והלוואות ומתן הסכמה לבדיקה פסיכיאטרית. פעולות מסוימות אחרות, כמו עסקה במקרקעין, למעט השכרה של נכס לתקופה שאינה עולה על חמש שנים, או מתן תרומה, מתנה או הלוואה בסכום העולה על מאה אלף ש"ח, לא יוכל מיופה הכוח לבצע ללא אישור בית המשפט. נוסף על כך, החוק מונה מספר פעולות שבשום מקרה לא יהיה מיופה הכוח מוסמך לבצע, ובהן: המרת דת, השתתפות בבחירות, מתן הסכמה למסירת ילד לאימוץ ועריכת צוואה.

כיצד עורכים ייפוי כוח מתמשך?

ייפוי הכוח נערך על גבי טופס מיוחד שנועד לכך. על הממנה ועל מיופה הכוח לחתום על הטופס בפני עורך דין שעבר הכשרה מיוחדת המסמיכה אותו לערוך ייפוי כוח מתמשך, ושאינו לו עניין אישי בייפוי הכוח. מיופה הכוח יצטרך לאשר על גבי הטופס שהוא מבין את המוטל עליו מכוח ייפוי הכוח, ואילו עורך הדין יצטרך לאשר כי התרשם שהממנה ערך את ייפוי הכוח מתוך רצון והסכמה חופשית.

קיימת אפשרות לערוך "ייפוי כוח מתמשך רפואי", המקנה למיופה הכוח סמכויות לניהול ענייני הבריאותיים של הממנה, אך לא בעניינים אחרים. במקרה כזה, ניתן לחתום על ייפוי הכוח בפני עורך דין, העונה לתנאים שפורטו לעיל, או לחלופין בפני איש מקצוע מהתחום הטיפולי: רופא מורשה, פסיכולוג, עובד סוציאלי או אח מוסמך.

לאחר עריכתו, יש להפקיד את ייפוי הכוח המתמשך אצל האפוטרופוס הכללי. ניתן להפקיד את הטופס במסירה אישית או באופן מקוון, באמצעות עורך הדין שחתם על ייפוי הכוח, ולאחר מכן לשלוח בדואר רשום את הטופס החתום המקורי. להלן תעודת ההכשרה של עו"ד רפאל אלמוג ממשרדנו לעריכת ייפוי כוח מתמשך:



וזאת לתעודה

כי

עו"ד רפאל אלמוג

מס' רישיון 45679

אשר השתתף בהכשרת עורכי דין


לפי חוק הכשרות המשפטית והאפוטרופוסות, התשכ"ב-1962 שנגערכה על ידי האפוטרופוס הכללי בשיתוף עם לשכת עורכי הדין בישראל והסתיימה ביום 25 בינואר 2018

מוסמך לערוך

ייפוי כוח מתמשך, הנחיות מקדימות לצורך מינוי

אפוטרופוס ומסמך הבעת רצון

על פי החוק


סיגל יעקבי, עו"ד
האפוטרופוסה הכללית

ט' בשבט תשע"ח (25.1.2018)

מתי נכנס ייפוי כוח מתמשך לתוקף?

ייפוי כוח מתמשך נכנס לתוקף כאשר הממנה חדל להיות מסוגל להבין בעניין שלגביו ניתן ייפוי הכוח המתמשך או לקבל החלטות בעניין זה.

הממנה יכול לפרט בייפוי הכוח באילו תנאים בדיוק ייכנס ייפוי הכוח לתוקף. למשל, ניתן לקבוע כי ייכנס לתוקף כאשר הממנה יאושפז במוסד פסיכיאטרי או כאשר פסיכיאטר יקבע שצלילותו נפגעה. אם לא נקבעו תנאים בייפוי כוח באשר למועד כניסתו לתוקף, יידרש מיופה הכוח להציג חוות דעת רפואית, הקובעת כי מצבו של הממנה עונה על התנאים בהם ייפוי הכוח אמור להיכנס לתוקף.

בכל מקרה, מיופה הכוח אינו רשאי להחליט באופן עצמאי על כניסת ייפוי הכוח לתוקף, אלא עליו להודיע "מיודע" (ככל ונקבע) כי התקיימו התנאים לכניסת ייפוי הכוח לתוקף ואז למסור הצהרה על כך לאפוטרופוס הכללי, בצירוף חוות דעת מומחה, אם ישנה כזו. ייפוי הכוח ייכנס לתוקף רק לאחר שהאפוטרופוס הכללי יאשר זאת.

מי מפקח על מיופה הכוח?

החוק קובע, כי מיופה הכוח חייב לפעול בשקידה, במיומנות, במסירות ובתום לב למען הממנה, וכי עליו לשמוע את דעת הממנה בכל החלטה הנוגעת אליו ולהתייעץ עמו, כל עוד ניתן לברר את דעתו ורצונו של הממנה.

עם זאת, החוק אינו מסתפק בפירוט חובותיו של מיופה הכוח, אלא קובע גם מנגנון המאפשר פיקוח מסוים על פעולות מיופה הכוח: דיווח "אדם מיודע". כך, בייפוי הכוח המתמשך על הממנה לציין אדם אחד או יותר שמיופה הכוח יצטרך לדווח להם על החלטותיו ופעולותיו בענייני הממנה, בתדירות שיקבע הממנה, אלא אם קבע הממנה במפורש אחרת. "המיודע" לא יכול להיות קרוב משפחה של מיופה הכוח, אלא אם כן מיופה הכוח הוא קרוב משפחה של הממנה.

כמו כן, יכול הממנה לקבוע שמיופה הכוח יצטרך לדווח על פעולותיו לאפוטרופוס הכללי, ובכך להפוך את האפוטרופוס הכללי למפקח על מיופה הכוח.

מימוש זכויות מול המוסד לביטוח לאומי

המוסד לביטוח לאומי מורכב מענפים שונים. אין דרך אחת שבה אנו פונים למוסד לביטוח לאומי ובמסגרתה נקבע האם אנחנו זכאים למכלול ההטבות או לא. לעיתים, יכול חולה פרקינסון להיות זכאי לתגמולים ולהטבות במספר ענפים (לא תמיד במקביל). במדריך זה סקרנו עבורכם את הענפים העיקריים הרלבנטיים, אך חשוב לברר ולוודא האם קיימים ענפים נוספים בהם יש זכאות, וכמו כן יש לבדוק במקרים ספציפיים, את הסתירה בין זכאויות שונות (לדוג' סתירה בין קבלת קצבת זקנה לקצבת נכות כללית).

א. ענף נכות כללית:

מי מבוטח בענף זה? תושב ישראל, מגיל 18 ועד גיל פרישה, הסובל מנכות תפקודית כתוצאה מליקוי רפואי.

מי זכאי לקבל קצבת נכות? מי שעונה על התנאים הבאים: (1) נכותו הרפואית עולה על שיעור של 60%, או עולה על שיעור של 40% בתנאי שאחד מסעיפי הליקוי הינו בשיעור של 25% לפחות. (2) איבד לפחות 50% מהכושר להשתכר, או אינו יכול להשתכר בשיעור של 25% משכר הממוצע במשק. (3) הכנסותיו אינן עולות על התקרה הקבועה בחוק (60% או 45% מהשכר הממוצע במשק, בהתאם לליקוי הרפואי).

כיצד נבחנים תנאי הזכאות? לאחר הגשת טפסי תביעה, יזמן אתכם פקיד התביעות לבדיקה, אחת או יותר, על ידי ועדה רפואית המורכבת מרופא/ים הרלבנטיים למחלתכם.

כיצד נערכים לוועדה הרפואית?

✓ **אספו את מלוא המסמכים הרלבנטיים**

הצגת מלוא האבחנות והמגבלות בליווי ממצאי בדיקה אובייקטיביים, משפרת את הסיכויים שנציגי הוועדה יעריכו כדבעי את נכותכם ו/או דרגת אי הכושר ממנה הנכם סובלים.

✓ **ערכו פרוטוקול רפואי**

ערכו פרוטוקול רפואי המרכז את כלל המחלות מהן הינכם סובלים והשפעתן על יכולת התפקוד.

חשוב לדעת כי לרשותכם דקות בודדות, בהן הנכם עשויים להימצא תחת מתח, לחץ ובלבול מהמעמד. על מנת למנוע מצב בו לא מועלות בפני הועדה הרפואית מלוא טענותיכם, גבו אותן בכתב, הקריאו מתוכן או הגישו סיכום שערכתם מראש.

✓ הגיעו לוועדה בעזרת מלווה

על פי חוק הנכם זכאים לנוכחות של מלווה בעת הבדיקה. מעבר לנפקות הראייתית שיש בנוכחות מלווה בעת הצורך, המלווה יכול לסייע בביצוע בדיקות טכניות. כך למשל, יכול המלווה לבחון כי הוועדה מורכבת מנציגים מתאימים, כי כל המסמכים שהוגשו נמצאים לפנייהם, כי מאפשרים לכם לפרוס את טיעונכם וכי לא שכחתם במקרה ביצוע פעולה מהפעולות האמורות.

✓ הגישו סיכומים רפואיים עדכניים

בהקשר זה חשוב להגיש סיכומים רפואיים עדכניים התומכים במחלתכם ו/או מגבלותיכם. הימנעו מעשיית שירות לנציגי המוסד לביטוח לאומי והגשת מסמכים אשר אינם מחזקים את תביעתכם.

✓ הגישו תעודת רופא מומחה / חוות דעת

זכותכם לצרף תעודת רופא מומחה / חוות דעת על מנת לחזק את תביעתכם בכל הנוגע לשיעור הנכות ו/או שיעור המגבלה התפקודית. הגשה של תעודה / חוות דעת כאמור, עשויה לשפר את סיכויי תביעתכם. יחד עם זאת חשוב לדעת כי המוסד לביטוח לאומי אינו מחויב לה.

✓ הימנעו מנקיטה של מונחים משפטיים ו/או פרשנויות

צאו מנקודת הנחה כי הרופאים היושבים בוועדות הרפואיות בקיאים ומנוסים במלאכתם. ככל ונעשתה טעות משפטית, הרי שניתן לבקרה. ממצאי הבדיקה הם שחשובים. ניסיון להתעמת עם רופאי הוועדה, אינו מועיל לכם, בלשון המעטה.

✓ **נהגו בנימוס כלפי חברי הועדה**

צאו מנקודת הנחה כי מלבדכם בודקים הרופאים חולים נוספים, אשר חולים במחלה כזו או אחרת, ובכלל זה כאלה אשר שמחת החיים אבדה להם ועל כן אינם מוטרדים מ"הנוחות" בה מצוי הרופא בוועדה. הרופאים עשויים להיות קצרי רוח וסבלנות, ועליכם להימנע ככל הניתן ממינוף תסכולם האישי נגדכם.

בנוסף, הקפידו להשיב על כל השאלות הנשאלות ואל תנסו להתחמק משאלות "המטרידות" אתכם.

✓ **הימנעו מהסתרת פרטים או הטעיית נציגי הועדה**

כל מילה נוספת בעניין זה מיותרת. בהקשר זה חשוב להבהיר כי הרופאים היושבים בוועדות הביטוח הלאומי מכירים את מחלת הפרקינסון על כל השלכותיה. למשל, העובדה כי קיימים מצבי os ו – off למחלה. לפיכך, הימנעו מהצגת מצגים, גם אם בעת הבדיקה מצבכם "טוב יותר".

✓ **תנו דגש למחלות ולמגבלות**

הימנעו ממתן דגש על "כאב". כאב הינו סובייקטיבי, משתנה מאדם לאדם ואינו ניתן להערכה. לכן, אינו מזכה בנכות ע"פ חוק. מנגד, מגבלות תפקודיות, מזכות בנכות.

✓ **ערכו סימולציה עם חבר / בן משפחה, קודם לוועדה**

✓ **הכי חשוב - הגיעו לבדיקה ערוכים ככל הניתן!**

עורכי דין הבקיאים בתחום משפטי זה יוכלו להעניק לכם טיפים ועצות מועילים, אשר מן הסתם לא ניתן להעלותם במסגרת מדריך קצר זה. לפיכך, לפני כל וועדה רפואית, מכל מין וסוג שהוא עקב מחלתכם, הנכם רשאים ליצור עמנו קשר לקבלת הסבר ו/או מידע נוסף.

מהם שיעורי הקצבה? נכון למועד זה, בהתאם לנתוני המוסד לביטוח הלאומי, קצבת נכות מלאה (אבדן כושר של למעלה מ- 75%) הינה 3,312 ₪. כמו כן, יכולה להינתן תוספת ככל וישנם תלויים במבוטח (הכוונה לבן/בת זוג וילדים על פי הגדרת המוסד לביטוח לאומי).

תביעה שנדחתה, האם זהו סוף פסוק? לא. בהתאם לתנאי החוק, ניתן להגיש ערר על אחוזי הנכות הרפואית שקבע המוסד לביטוח לאומי בתוך פרק זמן של 60 ימים מקבלת ההודעה בדבר ההחלטה של המוסד לביטוח לאומי בעניינו של המבוטח. בערר זה (המתנהל מול וועדה רפואית עליונה) יכול המוסד להחליט להעלות את אחוזי הנכות וגם להפחיתם.

על תוצאות הערר ניתן לערער בשאלות חוק, משפטיות בלבד, ולא רפואיות (בעיקר מדובר בנושאים טכניים, כגון: הרכב לוקה או חסר של חברי הוועדה, אי עמידה בחובת הנימוק של ההחלטה, התעלמות מחוות דעת רפואיות, אי ביצוע בדיקות רפואיות או הערכות מומחים וכו') בפני בית הדין האזורי לעבודה.

מלבד לכך, ניתן להגיש בקשה לדיון מחדש (תביעה חדשה), בחלוף 6 חודשים ממועד קביעת הוועדה הרפואית ביחס לתביעה, או אף קודם לכן ככל וישנם מסמכים המעידים על החמרה בנכות / אי הכושר.

חשוב להדגיש כבר כעת, כי אין לראות בהחלטות הוועדות הרפואיות, בענף זה, כמו גם בענפי ביטוח אחרים, כסוף פסוק, ובכל מקרה יש לבחון את חוקיות קביעת המוסד לביטוח לאומי ובחינת אפשרות הגשת ערר / ערעור או בקשה לדיון מחדש.

ב. קצבת שירותים מיוחדים:

מה מטרת הקצבה? קצבת שירותים מיוחדים (שר"מ) מטרתה להעניק טיפול אישי לנכה, התלוי בעזרת הזולת לשם ביצוע הפעולות היומיומיות, לצרכיו האישיים ו/או לצורכי משק הבית. קצבת שירותים מיוחדים הינה קצבה שניתן לקבלה מהמוסד לביטוח לאומי ובכך למעשה להעמיד את סכום הקצבה הכללית על סכום גבוה יותר.

מי זכאי לקבל קצבת שירותים מיוחדים? מבוטח העומד בתנאים הבאים: א. מבוטח מגיל 18 ו- 90 יום עד גיל פרישה, המתגורר בישראל. ב. מקבל קצבת נכות ובעל נכות רפואית בשיעור של 60% לפחות, או לא מקבל קצבת נכות, אך נקבעה נכות רפואית הגבוהה מ-75%. ג. תלוי בזולת בביצוע הפעולות היומיומיות (ניידות, רחצה, הלבשה, מעברים, אכילה, שליטה על

סוגרים), במרבית שעות היממה. ד. אינו מאושפז במוסד סיעודי או שיקומי. ה. אינו מקבל הטבות על פי הסכם ניידות, למעט מקרים בודדים המפורטים בחוק.

מהם שיעורי הקצבה? 50%-188%, בהתאם לרמת התלות בביצוע הפעולות היומיומיות. החל מיום 1.1.2019, שיעור הזכאות נקבע בהתאם לדרגת הצורך בעזרה:

- א. עזרה רבה ברוב הפעולות ושעות היממה מזכה בעזרה בשיעור של 50%, ובסכום כספי ע"ס 1,422 ₪.
- ב. עזרה רבה בכל הפעולות וברוב שעות היממה מזכה בעזרה בשיעור של 112%, ובסכום כספי ע"ס 3,325 ₪.
- ג. עזרה מלאה (לחלוטין) בכל הפעולות והשעות מזכה בעזרה בשיעור של 188%, ובסכום כספי ע"ס 5,324 ₪.

ישנם תנאים נוספים וספציפיים הרלבנטיים לתקופת הזכאות ולשיעורי הקצבה, המחייבים ברור.

ג. שיקום מקצועי:

כעיקרון נושא השיקום המקצועי חשוב מאוד לאדם המשתקם ממצב רפואי לא פשוט. במקרה זה קיים ענף במוסד לביטוח לאומי שמטפל בנושא השיקום המקצועי.

מי זכאי לשיקום מקצועי? התנאים המצטברים לזכאות הם: א. בעל נכות בשיעור של 20% ומעלה לצמיתות. וגם. ב. אינו יכול לעבוד בעבודתו או בעבודה מתאימה אחרת. וגם. ג. זקוק להכשרה מקצועית על מנת לשוב לעבודתו הקודמת או עבודה מתאימה אחרת. וגם. ד. מתאים לשיקום מקצועי.

בכל הנוגע לנפגעי עבודה הזכאות שונה מעט. במקרה של נכות מעבודה, היא זכאי מבוטח לשיקום מקצועי אם נקבעה לו דרגת נכות בשיעור של 10% לפחות, הוא אינו יכול לעבוד בעבודתו הקודמת או בעבודה מתאימה אחרת וכן הוא מתאים לשיקום מקצועי.

האמור לעיל הם עיקרי התנאים. כמובן שקיימים תתי תנאים שגם דרכם ניתן להיחשב כזכאי. כמו כן, התנאים שלעיל הינם כלליים ויש לגביהם פירוט רחב יותר בחוק הביטוח הלאומי.

לשיקום המקצועי חשיבות רבה, שכן מלבד לחזרה לשגרה תעסוקתית תקינה, הדבר משפיע במישרין על מצבו הנפשי של החולה, כמו גם הביטחון כי הוא יכול לחזור לחיים רגילים ותקינים, ככל האפשר.

ד. ענף נכות מעבודה :

תחילה נבקש להבהיר כי הרלבנטיות של ענף זה לחולי פרקינסון הינה לרוב נמוכה ומצומצמת. ככלל, על מנת שיוכר חולה פרקינסון כנפגע עבודה ויהא זכאי לגמלה, נדרשת הוכחה של קשר סיבתי בין המחלה ובין חומרים כימיים אליהם נחשף החולה במקום עבודתו. הווה אומר, כי הפגיעה אירעה על דרך של "מחלת מקצוע" כמשמעות מונח זה בחוק.

מטעמים אלה, ראינו לנכון שלא להעמיק בענף זה, ועל כן נסקור בקצרה את הנושאים המרכזיים בענף.

מי שהוכר כנפגע עבודה, הרי שהטיפול הרפואי הנדרש כתוצאה מפגיעתו יינתן לו חינם בהתאם לתנאי החוק. לשם מיצוי הטבה זו, על נפגע העבודה לקבל ממעסיקו טופס ב.ל. 250 או טופס ב.ל. 283 אם מדובר בעצמאי, ולפנות עמו לקבלת השירות הרפואי.

נפגע עבודה שהוכר ככזה, יזכה בשלב ראשון לדמי פגיעה (אובדן הכנסה). דמי הפגיעה הינם נגזרת ממשכורתו של המבוטח. הם ניתנים עבור 91 ימים, ומחשבים אותם יומית לפי 75% מההכנסה החייבת בדמי ביטוח בשלושת החודשים האחרונים טרם הפגיעה, לחלק ב – 90. ישנו סכום מקסימאלי עבור יום עבודה, וכמובן שגם מדמי הפגיעה, כמו ממשכורת, מנכים מס הכנסה, דמי ביטוח לאומי ודמי ביטוח בריאות.

לאחר קבלת דמי הפגיעה, ניתן להגיש עד לא יאחר מ – 12 חודשים ממועד הפגיעה, תביעה לקבלת קצבת מעבודה. לאחר קבלת התביעה, תזומנו לוועדה רפואית שתעריך את אחוזי הנכות.

שיעור הקצבה לה יהא זכאי נפגע העבודה משתנה בהתאם לשיעור הנכות שנקבע, כך למשל, בגין נכות שבין 9%-19%, יהא זכאי נפגע העבודה לקצבה חד פעמית, ואילו נכות בשיעור של 20% ומעלה מזכה בקצבת נכות חודשית הנגזרת בעיקר ממשכורתו ומאחוז הנכות שנקבעה.

לאחרונה נשאלנו לא אחת "האם יש טעם להגיש תביעה אם בסופו של יום לא תישאר נכות צמיתה...?"

תשובתנו בעניין זה חד משמעית - במקרה של פגיעה בעבודה, חובה לפנות לביטוח הלאומי על מנת לקבל מפקיד התביעות הכרה בנזק כפגיעה בעבודה. ייתכן כי לאחר בדיקה רפואית של הועדה הרפואית לא תימצא נכות ולא תהיו זכאים לפיצוי, אך במידה ותחול בעתיד החמרה במצבכם הרפואי, משמעות ה"הכרה" מצד הביטוח הלאומי הינה כבדת משקל. ההכרה תאפשר לכם לפתוח את ההליך מחדש ולטעון להחמרה, שעשויה להעניק לכם פיצוי.

למרבה הצער, הואיל ומחלת הפרקינסון הינה מחלה פרוגרסיבית, סביר כי עם השנים מגבלותיכם יחמירו, ומכאן החשיבות.

ה. קצבת סיעוד :

קצבה זו מטרתה להעניק סיוע לחולים קשישים, אשר מצבם הרפואי אינו מאפשר להם לקיים אורח חיים תקין, בשעה שאינם יכולים לבצע את הפעולות היומיומיות הבסיסיות, ולעיתים אף אינם יכולים לשאת בעלות הכרוכה בשירותי תמיכה.

מי מבוטח בענף זה? תושב ישראל, לרבות עקרות בית, אשר הגיעו לגיל פרישה (ככלל: נשים 62 וגברים 67. תלוי בלוחות הקבועים בחוק).

מי זכאי לגמלת סיעוד? החוק קובע מספר תנאים מצטברים: א. מי שהיה מבוטח ערב הגשת התביעה לפחות 12 חודשים. ב. עמידה במבחן הכנסות (יחיד – 10,273 ₪ לגמלה מלאה, 15,410 ₪ ל 50% גמלה. זוג – 15,410 ₪ לגמלה מלאה, 23,114 ₪ ל 50% גמלה). ג. זקוק במידה רבה לעזרה בביצוע הפעולות היומיומיות, כגון: הליכה, רחצה, הלבשה ושליטה על סוגרים, או זקוק להשגחה למען בטחונו האישי. ד. גר בבית ואינו נמצא במוסד סיעודי.

כיצד מתבצעת הערכת התלות? לאחר הגשת התביעה, המוסד לביטוח לאומי שולח לביתו של המבוטח נציג מטעמו (אח/ות או נציג רפואי אחר), לשם בדיקת תלות בביצוע הפעולות היומיומיות. בשני מקרים יכולה להתבצע הערכת התלות שלא בביתו של המבוטח: א. במקרים בהם מצבו הבריאותי של המבוטח כה קיצוני, רשאי הביטוח הלאומי להכריע על סמך המסמכים הרפואיים בלבד. ב. מבוטחים אשר עברו את גיל 90, יכולים להיבדק על ידי רופא מומחה בתחום הפסיכוגריאטריה, בקליניקה שלו במוסד הציבורי, על חשבון הביטוח הלאומי.

מהם שיעורי הגמלה? בעקבות רפורמת הסיעוד שנכנסה לתוקף בחודש נובמבר 2018 שונו רמות התלות, וכיום במקום שלוש רמות תלות ישנן שש רמות, הנקבעות בהתאם ליכולת התפקוד של המבוטח. בנוסף, בעוד שלפני הרפורמה ניתן היה לקבל את הגמלה בעין, קרי ב"שירותי סיעוד" בלבד (מטפל, מרכז יום, מוצרי ספיגה ועוד), כיום ניתן לקבלה בשירותי סיעוד או בכסף, בהתאם לבחירת המבוטח.

לאילו עוד הטבות ושירותים זכאים מבוטחים שהוכרו? מקבל קצבה עשוי להיות זכאי להטבות נוספות כגון:

- הנחה בחיוב צריכת מים חודשית, למקבלי גמלת סיעוד ברמה ב' ומעלה. ההטבה מבוצעת אוטומטית.
- הנחה בתשלומי ארנונה. ההטבה מבוצעת אוטומטית, אך במידה וההטבה לא עודכנה, יש לגשת לגזברות הרשות המקומית ולהציג אישור על קבלת גמלת סיעוד.
- ועדה המורכבת מעובד סוציאלי, אחות ונציג הביטוח הלאומי יכולה לאשר למקבל גמלת סיעוד את ההטבות הבאות: מטפל, טיפול במרכז יום לקשישים, אספקת מוצרי ספיגה, משדר מצוקה ושירותי מכבסה.
- בנוסף, בדומה למקבלי קצבת זקנה, מבוטחים הזכאים לגמלת סיעוד זכאים גם לפטור מתשלום אגרת רשות השידור, הנחה בשיעור 50% על נסיעות בתחבורה ציבורית.

סיכום נושא הביטוח הלאומי:

הפירוט דלעיל הנו תמציתי ביותר. מטרתנו הייתה להכיר לכם את הענפים השונים במוסד לביטוח לאומי, אשר יכולים לסייע לחולי פרקינסון הזקוקים לעזרה, כספית ואנושית.

חשוב מאוד לבדוק היטב את הזכאות מול המוסד לביטוח לאומי ולפעול להגשת הטפסים בהקדם ככל הניתן, שכן לעיתים הטיפול בתביעות אורך זמן רב. אנו ממליצים גם להיכנס לאתר האינטרנט של המוסד לביטוח לאומי ולבדוק היטב בכל ענף שיכול להיות רלבנטי האם יש מקום להגשת תביעה.

האם במימוש זכויות במוסד לביטוח לאומי יש צורך בליווי עו"ד? אנשים רבים שואלים האם חייבים לפנות למוסד לביטוח לאומי באמצעות עו"ד. התשובה היא – לא. ניתן למלא את הטפסים לבד ולצרף כל שנדרש בהתאם להוראות של טפסי התביעה. ואולם, אנשים רבים מעדיפים להיעזר בעו"ד לצורך ליווי משפטי במימוש זכויות אל מול המוסד לביטוח לאומי מטעמים רבים, כגון חוסר זמן וחוסר יכולת או רצון לעסוק במילוי הטפסים כפי הנדרש. טעם נוסף הוא רצונם לוודא קודם לכן מהן הזכאויות שעליהן כדאי "להילחם".

לרוב, טרם הגשת הטפסים, עורך הדין יפנה את המבוטח לבדיקה אצל מומחה נוסף חיצוני, באמצעותו ניתן להעריך מהם אחוזי הנכות אשר המבוטח זכאי להם, עוד לפני שניתנה החלטת המוסד. כך ניתן במקצועיות גדולה יותר לבחון את החלטת המוסד ובהתאם גם לטעון כנגדה (באמצעות צירוף חוות דעת של מומחה).

לסיכום, המלצתנו היא לא להירתע בשל המידע הרב, ולבדוק היטב את הזכאויות שניתן לממש אל מול המוסד לביטוח לאומי.

מימוש זכויות מול רשויות נוספות

א. קצבת ניידות (משרד הבריאות):

על פי הסכם ניידות שנחתם בין משרד האוצר למוסד לביטוח לאומי, עשוי נכה, ובכלל זה חולה פרקינסון, הסובל מליקויים גופניים ברגליים המגבילים את כושר תנועתו, להיות זכאי לגמלת ניידות, ובין היתר לקצבה חודשית והלוואה עומדת לרכישת רכב חדש.

מי זכאי לגמלת ניידות?

- א. מי שמלאו לו שלוש שנים וטרם הגיע לגיל 67.
- ב. ועדה רפואית קבעה לו אחוזי מוגבלות בניידות, על פי רשימת ליקויים קבועה, בה ניתן לעיין באתר הביטוח הלאומי.

חשוב לדעת כי החוק מסייג זכאותם של נכים שונים (כגון: נכי צה"ל, שוטרים, סוהרים ונפגעי פעולות איבה), הפטורים מתשלום מיסי רכב, או המקבלים תשלום עבור החזקת רכב או עבור השתתפות בהוצאות ניידות. ההסכם מונה תנאים נוספים לזכאות (כגון: תנאים לבעלי / חסרי רישיון נהיגה ונכים המוגבלים בניידות ושוהים במוסד), אך אלה המפורטים לעיל הם העיקריים.

כיצד מגישים תביעה ומהם שלבי הבדיקה? את טופס התביעה מגישים ללשכת משרד הבריאות במחוז מגורכם, בצירוף מלוא המסמכים הנדרשים (רישיון נהיגה, ביטוח מקיף, תלושי שכר, כתב התחייבות). בהמשך, תשלחנה אליכם הזמנה לוועדה רפואית. לחילופין, באפשרותכם לאשר כי הוועדה תקבע את שיעור המוגבלות שלא בנוכחותכם. ככלל מומלץ שלא לוותר על הבדיקה, ויש להיערך אליה כדבעי.

תוך 60 ימים ממועד קבלת ממצאי הוועדה הרפואית, הקובעים את שיעור הזכאות לגמלה, יש להגיש תביעה לקבלת ההטבות במוסד לביטוח לאומי.

מה ניתן לעשות במקרה של דחיית תביעה? ניתן להגיש ערר לוועדה רפואית לעררים תוך 60 ימים. על החלטת וועדה רפואית לעררים ניתן להגיש ערעור אל בית הדין האזורי לעבודה בתוך 60 ימים מקבלת החלטת הוועדה.

ב. פטור ממס (מס הכנסה):

על פי פקודת מס הכנסה (סעיף 5)9 לפקודה), נכים העונים לקריטריונים המנויים בפקודה, עשויים להיות זכאים לפטור מתשלום מס. ההטבה עשויה להגיע לאלפי, אם לא עשרות אלפי שקלים בשנה (!).

מי זכאי לפטור מתשלום מס ?

א. חולה אשר נקבעה לו דרגת נכות בשיעור 100% בגין סעיף ליקוי אחד, או 90% נכות בגין שלל סעיפים.

חישוב אחוזי נכות הינו משוקלל. הווה אומר, אם נקבעו לאדם 10% נכות בגין מגבלה א' ו- 10% נוספים בגין מגבלה ב', הרי שסך נכות הינה 19% ולא 20%. יחד עם זאת, חשוב לדעת כי בכל הנוגע לנכויות המוענקות עבור איבר זוגי (כגון: גפיים תחתונות / עליונות), אחוזי הנכות מחושבים שלא בצורה משוקללת אלא באופן רגיל, קרי חיבור אחוזי הנכות. למשל, אם נקבעים 40% נכות בגין גפה תחתונה ימנית ו- 40% נכות בגין גפה שמאלית, הנכות לחישוב היא 80% ולא 64% (משוקללת).

ב. הנכות הינה למשך 184 ימים, לפחות.

לפיכך, חשוב להקפיד על קביעה נכונה ומתאימה של מועד תחילת הנכות. נכה הסובל משלל מחלות ומגבלות, מוכרח להקפיד על מועד תחילת הנכות האחרונה שהתגלתה ואשר מזכה אותו בפטור.

היכן וכיצד מגישים את התביעה? את התביעה להערכת שיעור הנכות יש להגיש למוסד לביטוח לאומי, היות ולמערכת מס הכנסה אין מנגנונים רפואיים להערכת נכויות. חולי פרקינסון, אשר מחלתם הוכרה כפגיעה בעבודה, יכולים להיעזר בקביעות של אחוזי נכות שנקבעו בוועדות הרפואיות של המוסד לביטוח לאומי ענף נפגעי עבודה.

לאחר קבלת הערכת הוועדה הרפואיות הקובעת אחוזי נכות מזכים כאמור בגמלה, יש להגיש לפקיד השומה תביעה לפטור ממס (טופס 1516) בצירוף הפרוטוקול הרפואי. חשוב לדעת כי ניתן להגיש את התביעה לתקופה רטרואקטיבית של עד 6 שנים ולעתיד.

מימוש זכויות מכוח ביטוחי אובדן כושר עבודה

הקדמה

אנו נתקלים במשרדנו מידי יום במבוטחים, חולי פרקינסון, שלמרבית הצער נמצאים במצב של אובדן כושר עבודה, ונתקלו בסירוב כזה או אחר של חברת הביטוח לשלם את התגמולים החודשיים. במקרים רבים אנו מגלים, כי סירוב חברת הביטוח לשלם את התגמולים הינו מטעמים פסולים ו/או חסרי בסיס עובדתי ו/או משפטי.

מהו ביטוח אובדן כושר עבודה?

ביטוח המעניק למבוטח תחליף לפרנסתו ולהכנסותיו החודשיות, במקרה שהלה איבד את כושרו לעבוד (מכל סיבה שהיא, למעט מקרים המוחרגים מביטוח), בהתאם לתנאי הביטוח שרכש.

במקרה שיוכר המבוטח ככזה הממלא אחר תנאי מקרה הביטוח, ונמצא באי כושר מעבר לתקופת ההמתנה הקבועה בפוליסה, תישא חברת הביטוח בסכום תגמולי הביטוח לו התחייבה בפוליסה.

על פי רוב, על מנת שמבוטח ייחשב כבלתי כשיר לעבוד, עליו לאבד את כושר עבודתו בשיעור של 75% לפחות.

יחד עם זאת, ניתן לרכוש הרחבות, מכוחן יהיה המבוטח זכאי לתגמולי ביטוח גם בשיעורים נמוכים יותר, למשל החל משיעור של 25%.

חשוב להבין, כי מדובר למעשה בדרגת אי כושר ולא בדרגת נכות רפואית. כלומר, גם מבוטח שאינו סובל מנכות רפואית בשיעור של 75% ומעלה עשוי להיות זכאי לתגמולי אי כושר, בהנחה ודרגת אי הכושר שלו הינה מעבר לכך. במילים אחרות, נבחנת יכולת התפקוד של המבוטח.

בין יתר הנושאים אשר נלקחים בחשבון בעת הערכת היכולת התפקודית: עיסוק המבוטח והפעולות הכרוכות לשם ביצועו, גילו, סוג פגיעתו, עוצמת הפגיעה וכן יכולתו להסתגל למצב החדש.

מכאן - נכותו הרפואית של המבוטח אינה מהווה כשלעצמה מדד בלעדי לבחינת כושר עבודה.

לשם הפשטת הנושא, ניקח למשל מבוטח פסנתרן הסובל כתוצאה ממחלתו מרעד קל בידים. מבחינה רפואית, עשויה פגיעתו לזכותו באחוזי נכות רפואית בודדים, אולם מבחינה תפקודית, הפגיעה ביכולתו לתפקד כפסנתרן הינה בשיעור של 100%, קרי הוא אינו יכול לשוב ולנגן.

האם תנאי לקבלת תגמולי אובדן כושר עבודה הוא שהמבוטח לא יעבוד בפועל?

בחלק מתביעות אובדן כושר עבודה המגיעות בסופו של יום לערכאות שיפוטיות, מציגות חברות הביטוח דו"חות חקירה מהם עולה שעל אף שהמבוטח טוען שאינו יכול לעבוד, בפועל הוא ממשיך לעסוק בעבודתו.

נשאלת השאלה, האם יש בכך כדי לשלול את זכאותו של המבוטח לתגמולים? המבחן שהתפתח בפסיקה לשאלה הינו מבחן נורמטיבי ולא דווקא עובדתי רפואי בלבד. בתי המשפט קבעו לא אחת כי במקרים בהם המבוטח נוטל על עצמו סיכון ועובד חרף מצבו הרפואי, אין בכך כדי לשנות את הקביעה הרפואית עובדתית כי אינו כשיר לעבודה זו. בתי המשפט גם מבינים כי המניע לכך יכול להיות פעמים רבות מצבו הכלכלי של המבוטח עקב דחיית התביעה, ואילו ציפים אחרים אשר לא מותירים למבוטח ברירה אלא להמשיך לעבוד, חרף מצבו הבריאותי.

יחד עם זאת, חשוב לציין כי בחלק לא מבוטל מביטוחי אובדן כושר עבודה, תנאי לתשלום תגמולי הביטוח הוא כי המבוטח אינו עובד בפועל ו/או אין לו הכנסות. על כן, ככל ויימצא שהמבוטח בפועל עובד ו/או בעל הכנסות, הוא עשוי לא למלא אחר תנאי הביטוח או להימצא כמפר את תנאיו.

כמו כן, בהתאם לחוזר המפקחת על הביטוח מיום 20.4.15, שנכנס לתוקף מיום 1.6.16 (להלן: "חוזר המפקחת על הביטוח"), ככל ויש למבוטח הכנסה חודשית אחרת, מעיסוק שאינו עונה על הגדרת "עיסוק סביר", זכאותו לתגמולי ביטוח לא תבוטל. יחד עם זאת, למבטח תהא זכות לקזז הכנסה זו מהפיצוי החודשי, כך שסכום הפיצוי החודשי בצרוף ההכנסה האחרת לא יפחת מ-120% מממוצע השכר של המבוטח מכל מקור הכנסה.

חשוב לציין בהקשר זה, כי חברת הביטוח לא תוכל לקזז הכנסות פסיביות והכנסות שמקורן בעבודה שבוצעה על ידי המבוטח לפני קרות מקרה הביטוח.

האם בקרות מקרה הביטוח משוחרר המבוטח באופן אוטומטי מתשלום דמי הביטוח?

לא. אין המדובר בכיסוי הניתן באופן אוטומטי, אלא בהרחבה הניתנת בתוספת של תשלום דמי ביטוח חודשיים, ולפיה במידה ונמצא המבוטח במצב של אובדן כושר עבודה, הוא ישוחרר מתשלום דמי הביטוח החודשיים בנוסף לתגמול החודשי.

בפועל, מרבית הפוליסות כוללות גם כיסויים מפני שחרור תשלום דמי הביטוח בעת אובדן כושר עבודה.

כיסוי זה ניתן גם לרכישה לבדו, ללא כל קשר לכיסוי המעניק תגמול חודשי במקרה של אובדן כושר עבודה. כלומר, במקרה של אובדן כושר עבודה, ישוחרר המבוטח מכלל דמי הביטוח המשולמים על ידו.

ההבדלים בין פוליסות הביטוח הנמכרות בשוק

האם קיים שוני בין הגדרות מקרה הביטוח בפוליסות ביטוח אובדן כושר עבודה המשווקות על ידי חברות הביטוח?

מבחינת התחרות לה היינו מצפים בשוק פרטי, ניתן אפוא לומר כי זו נמדדת בעיקר בפרמיות החודשיות ושאר העמלות המשולמות. מבחינת תנאי הביטוח, כלל חברות הביטוח מציעות כיום פתרונות ביטוח דומים למדי, עם שינויים מינוריים בין הביטוחים המשווקים על ידי החברות.

בין כלל פוליסות ביטוח אובדן כושר עבודה המשווקות כיום, ניתן למצוא שלוש הגדרות עיקריות למקרה ביטוח (מצב מזכה בתגמול):

א. ביטוח אובדן כושר עבודה סטנדרטי:

המבוטח ייחשב כמי שאיבד את כושרו לעבוד אם אינו יכול לעבוד בכל עבודה שהיא.

מדובר בהגדרה כללית ורחבה ביותר, לפיה רק במצבים קיצוניים יהיה זכאי המבוטח לתגמול חודשי.

חשוב לציין כי חוזר המפקחת על הביטוח ביטל למעשה הגדרה כללית זו, בקובעו כי ברירת המחדל להגדרת מקרה הביטוח הינה "עיסוק סביר" – ראו להלן.

ב. ביטוח אובדן כושר עבודה לפי "עיסוק סביר":

המבוטח ייחשב כבלתי כשיר לעבוד, אם מלבד לחוסר יכולתו לשוב לעבודתו, הוא אינו מסוגל לעבוד בכל עיסוק סביר אחר בהתאם להשכלתו, הכשרתו וניסיונו.

מדובר בהגדרה עמומה, המותירה מקום רב לפרשנות ומקימה פתח למחלוקות. על נושא זה, נדון בנוסף בהמשך המדריך.

ג. ביטוח אובדן כושר עבודה מקצועי:

המבוטח ייחשב כבלתי כשיר לעבודה, במידה ואינו מסוגל לחזור לעיסוק בו עסק בשנים האחרונות (בד"כ 5 שנים).

מדובר בפוליסה המצומצמת ביותר, לפיה די בכך שהמבוטח יאבד את היכולת לעבוד בעבודה מסוימת.

ניתן גם למצוא בשוק הביטוח ביטוחים המשלבים בין סעיפים ג' ו- ב'. למשל, ביטוחים הקובעים שלמשך תקופת אי כושר מסוימת ישולמו למבוטח תגמולים לפי הגדרה מקצועית, ולאחר מכן ייבחן אי הכושר בהתאם למבחן ה"עיסוק הסביר".

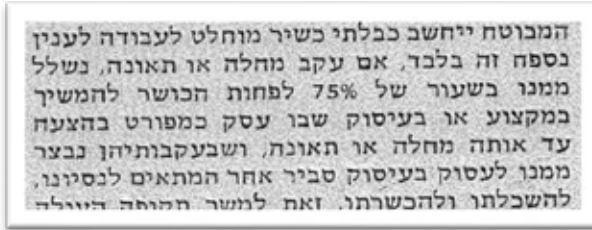
חשוב לדעת כי לא מעט תביעות ביטוח אובדן כושר עבודה נדחות בנימוק שמצבו הרפואי של המבוטח אינו ממלא אחר הגדרת מקרה הביטוח. הואיל ומדובר בשאלה הנתונה במרבית המקרים לפרשנות, בפועל יוצא שלא מעט מהתביעות נדחות בנימוקים קלושים. עם זאת, מוטב לתת את הדעת על סעיף זה טרם רכישת הפוליסה.

פוליסות בהן הגדרת מקרה הביטוח היא לפי "עיסוק סביר"

פוליסות אלה הן הנפוצות ביותר, והגדרת מקרה הביטוח בהן מעוררת מחלוקות רבות המגיעות לעיתים לפתחם של בתי המשפט. זאת, כתוצאה מעמימות ההגדרה והפתח הרחב בה לפרשנות.

הלכה למעשה, באמצעות הגדרה עמומה זו, מצליחות חברות הביטוח לרוקן במקרים רבים את הפוליסות מתוכן. חשש אמיתי זה, הוביל את בתי המשפט לפתח מספר הלכות בנוגע לשאלה מהו אותו "עיסוק סביר".

לצורך הבהרת הגדרת מקרה ביטוח זה, להלן דוגמא מתוך תיק שטופל ע"י משרדנו, בו מקרה הביטוח הוגדר כך:



כפי שניתן לראות, הגדרה זו מאפשרת אפוא לחברת הביטוח ליצוק לתוכה עיסוקים רבים, ובכך לרוקן למעשה את הפוליסה מתוכן.

כפועל יוצא, קבע בית המשפט העליון כי את המונח "עיסוק סביר אחר בהתאם לנסיגו, להשכלתו ולהכשרתו" יש לפרש על פי "מבחן הזיקה". הווה אומר, על "העיסוק הסביר" להיות בעל זיקה למקצוע המבוטח בפוליסה. אין חובה שהזיקה תהיה ישירה, ודי בקשר כלשהו מבחינת תחום העבודה והפעולות הכרוכות בביצועה, ואין צורך בקשר הדוק.

בפרשה מאוחרת יותר התגבשה הלכת בית המשפט העליון ונקבע כי מבחן הסבירות יבחן על פי המבחנים הבאים:

א. האם ישנה זיקה בין עבודתו הקודמת של המבוטח והעיסוק "הסביר" האחר.

ב. האם העיסוק האחר עומד בהלימה אחת עם כישוריו התעסוקתיים. כך, ייתכן שהמבוטח אינו יכול לעבוד עוד בעבודה פיזית, אך יכול לעבוד בעבודת ניהול או פיקוח בעלת זיקה למקצועו, ולכן אינו עומד בתנאי המזכה בתשלום.

ג. האם מבחינה אובייקטיבית העיסוק האחר אפשרי אצל אדם סביר בעל נתונים זהים למבוטח.

ד. האם העיסוק האחר אינו פוגע ביכולתו להשתכר, כפי שהשתכר קודם לכן.

ה. האם העיסוק האחר אינו פוגע במעמדו החברתי של המבוטח ואורח חייו כפי שהיו ערב איבוד כושר העבודה.

חשוב להבהיר, הלכת בית המשפט העליון אמנם גיבשה כללי פרשנות ודרך לבחינת סבירות העיסוק האחר, אולם הדבר עדיין נתון לפרשנותו של בית המשפט ולהשקפותיו הקונקרטיות בכל מקרה ומקרה.

מועד תחילת הביטוח

הליך כריתת חוזה הביטוח מורכב ממספר שלבים, כאשר תחילתו בחתימת המבוטח על הצעת ביטוח ושאר טפסי הצטרפות כגון טופס הצהרת בריאות. בהמשך, עורכת חברת הביטוח הליך "חיתום" שמטרתו לבחון את מצבו הרפואי של המבוטח ולהחליט האם לקבלו לביטוח, ובאילו תנאים.

יחד עם זאת, בחלק לא מבוטל מהמקרים, הליך גביית דמי הביטוח מתחיל בד בבד עם חתימת המבוטח על טופסי ההצטרפות לביטוח (למשל בחתימתו על הוראת קבע).

לעיתים, בפער הזמן שבין החתימה על טופסי ההצטרפות ועד הוצאת הפוליסה, עשוי המבוטח לאבד את כושרו לעבוד.

סוגיה זו מעוררת שתי שאלות:

א. מי המציע ומי הניצע בעסקת הביטוח.

ברי, כי אם חברת הביטוח היא המציעה, הרי שעם חתימת המבוטח על הצעת הביטוח, חזקה כי השתכללה עסקת הביטוח, ובמקרה של התרחשות מקרה ביטוח, עומד לזכות המבוטח כיסוי ביטוחי (בכפוף לתנאים נוספים מדיני החוזים). מנגד, אם המבוטח הוא המציע, הרי שעד שחברת הביטוח מעבירה את עמדתה, או מנפיקה פוליסה, המבוטח נמצא בלא כיסוי, ועשוי לעמוד בקרות אירוע מזכה בפני שוקת שבורה.

סביב סוגיה זו קיימות לא מעט מחלוקת בפסיקת בתי המשפט.

טענת חברות הביטוח באופן טבעי הינה כי המבוטח הוא המציע, למרות שבמרבית המקרים חברת הביטוח היא היוזמת את עסקת הביטוח, מנסחת את הפוליסה ואף גובה פרמיות.

ב. האם יש לאפשר למבטח המתעכב באופן ניכר בהנפקת הפוליסה והמצאתה, ליהנות מן ההפקר במקרה שאירע מקרה הביטוח טרם נעשה כן, ולדחות כיסוי ביטוחי למבוטח?

בפסיקת בתי המשפט נקבע כי על המבטח להבהיר למבוטח מפורשות כי בשלב הביניים הנ"ל, עד לאישור חברת הביטוח, הוא חסר כיסוי ביטוחי, ולהשאיר בטופס הצעת הביטוח את תאריך תחילת הביטוח ריק, עד לאחר מתן האישור. מבטח שאינו עושה כן, לא יוכל לפטור עצמו מחבות.

נימוקי דחייה שכיחים

תביעות אובדן כושר עבודה רבות נדחות, מנימוקים שונים ומגוונים.

חשוב לנו כבר עתה להבהיר, פעמים רבות מתבררות דחיותיהן של חברות הביטוח כחסרות בסיס עובדתי ו/או משפטי. לפיכך, בכל מקרה של דחיית תביעה, אל תאמרו נואש ובחנו את חוקיותה של דחיית התביעה באמצעות עורך דין הבקיא התחום הביטוח.

ואלו נימוקי הדחייה השכיחים ביותר:

א. אי התקיימות תנאי הגדרת מקרה הביטוח:

כך למשל, חברת הביטוח עשויה לחלוק על דרגת נכותו הרפואית ו/או התפקודית של המבוטח, ויכולתו לעבוד או לאו.

חברת הביטוח אף עשויה לטעון כי המבוטח יכול לעבוד בעיסוקים סבירים אחרים (תלוי בסוג הפוליסה כאמור).

ב. קיומם של חריגים אשר לטענת חברת הביטוח פוטרים אותה מחבות על פי הפוליסה:

כך למשל, עשויה חברת הביטוח לטעון כי מקרה הביטוח אירע באופן ישיר ו/או עקיף עקב מקרה המוחרג בפוליסה, כגון: שיכרון, שימוש בסמים, פגיעה עצמית, מעשה פלילי.

חשוב שתדעו, כי על פי פסיקת העליון, על חברת הביטוח מוטל הנטל להוכיח קיומם של סייגים הנועדים לפטרה מחבות.

ג. מקרה ביטוח שנתבטל:

מקור הטענה בסעיף 16 לחוק חוזה הביטוח, ולפיו מקרה ביטוח שכבר אירע לפני ההצטרפות לביטוח – בטל.

חברת ביטוח המתבססת בעת דחייתה על נימוק זה, טוענת אפוא במילים פשוטות כי המבוטח היה עוד קודם להצטרפותו במצב של אובדן כושר עבודה.

ד. אי גילוי פרטים מהותיים:

מדובר אפוא בטענה השכיחה והנפוצה ביותר, במסגרתה טוענת חברת הביטוח כי בעת ההצטרפות לביטוח, הסתיר ממנה המבוטח פרטים מהותיים, אשר אילו ידעה אודותיהם לא הייתה מקבלת אותו לביטוח, או לחילופין הייתה מקבלת אך תחת תנאים (למשל מחריגה מצב רפואי מסוים, או גובה פרמיות גבוהות יותר).

ראו למשל דוג' לדחייה בתיק המנוהל על ידי משרדנו:



ברם, לנימוק זה, המתבסס על הוראת סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח, פעמים רבות אין כל בסיס, וחברת הביטוח לא יכולה לסמוך ידה על התרופות הקבועות בחוק.

כך, לאחר בירור עובדתי מעמיק, עשויה להימצא טענה זו כשגויה, בין היתר משום שהמבוטח לא סבל מהמחלה ו/או לא אובחן כסובל בה ו/או לא ידע על כך.

בנוסף, חברת הביטוח לא תוכל להסתפק בכך שתוכיח כי המבוטח הפר את חובת הגילוי, ופעמים רבות יהא עליה להוכיח כי המבוטח עשה כן במרמה. למשל, במקרים בהם התגלתה הפרת החובה כעבור שלוש שנים ממועד ההצטרפות לביטוח.

בהתקיים אחד מהמקרים הבאים, חברת הביטוח לא תוכל להתנער כליל ממחויבותיה ואף לא תוכל לטעון לתשלום חלקי ויחסי של התגמולים, אלא אם כן תצליח להוכיח כי המבוטח פעל מתוך כוונת מרמה באי גילוי מלוא עברו הרפואי:

א. חברת הביטוח ידעה ו/או יכולה הייתה לדעת על מצבו הרפואי האמיתי של המבוטח:

חשוב להבהיר – מעטים מאוד המקרים בהם חברת הביטוח לא יכולה הייתה לדעת לגבי מצבו הרפואי של המבוטח. שכן, כבר בעת ההצטרפות לביטוח, מחתימה חברת הביטוח את המבוטח על טופס ויתור על סודיות רפואית והיא אמורה לערוך הליך חיתום. כנוהג שאימצו לעצמן חברות הביטוח, הן אינן טורחות לאסוף את המסמכים הרפואיים כחלק מהליך החיתום. כך יוצא, שלמרות שניתן בדרכים קלות ופשוטות, להתחקות אחר מצבו הרפואי של המבוטח, כגון שימוש בטופס ויתור על סודיות רפואית, לא עושות כן חברות הביטוח, אלא לאחר מקרה הביטוח בלבד. הליך זה מכונה "חיתום בדיעבד" ולעניות דעתנו הינו נוהג פסול ואסור.

ב. המידע הרפואי אשר נטען לגביו שהוסתר על ידי המבוטח, חדל להתקיים עוד קודם למקרה הביטוח, או שאין קשר בינו ובין איבוד כושר העבודה, כך שהוא לא השפיע או תרם להתרחשותו.

הגשת תביעת ביטוח אובדן כושר עבודה

על פי חוק חוזה הביטוח, לאחר שאירע מקרה הביטוח, על המבוטח למסור לחברת הביטוח הודעה על כך. את ההודעה אפשר להעביר בעל פה, אך מומלץ לעשות כן בכתב ולוודא קבלתה, על מנת שחברת הביטוח לא תטען בשלב מאוחר יותר כי לא נמסר לה דבר מקרה הביטוח וכי המבוטח פעל להכשלת חבותה.

על מנת שחברת הביטוח תפעל לבירור חבותה על פי הפוליסה ותשלם לו את תגמולי הביטוח, על המבוטח להגיש לחברת הביטוח תביעה בכתב.

במרבית המקרים ברשות סוכני הביטוח / חברות הביטוח טפסי תביעה ערוכים מראש ("סטנסיל"). חשוב כבר עתה להבהיר כי למרות שהחוק נוקט לשון "תביעה", אין המדובר בתביעה לערכאה שיפוטית, אלא בדרישה לחברת הביטוח לערוך בירור ולשלם את תגמולי הביטוח.

במסגרת התביעה תידרשו לפרט את הנסיבות לאיבוד כושר העבודה (פירוט המחלות והמגבלות הרפואיות), פרטים על העיסוק ערב איבוד כושר העבודה ובעבר. כמו כן, תידרשו לצרף אסמכתאות רפואיות ואסמכתאות המעידות על הכנסותיכם.

המלצתנו, קודם להגשת התביעה היועצו ברופא תעסוקתי, לשם בחינת עניינכם והשלמת התיעוד הרפואי במידת הצורך.

לאחר הגשת התביעה, חברת הביטוח תפעל לבירור חבותה, ובין היתר תפעל לאיתור תיקכם הרפואי וכן לבירור נסיבות איבוד הכושר, ואף ייתכן שתבקש לזמנכם לבדיקה רפואית.

מומלץ להגיש תביעה בכתב בסמוך ככל הניתן לתחילת איבוד כושר העבודה, בין השאר, משום שהדבר מחייב את חברת הביטוח להתחיל בבירור החבות ולשלם את התגמולים בתוך שלושים ימים לאחר מכן (בכפוף לתקופת המתנה הקבועה בפוליסה).

הגשה מאוחרת של התביעה עלולה לעכב את תשלום התגמולים, ואף עלולה להוביל לדחיית תביעה בטענה של הכשלת בירור החבות במועד, ובהתאם סירוב של חברת הביטוח לשלם עבור תקופות שחלפו ואשר בהן היא לא יכולה הייתה להעמיד את מצבכם הרפואי הנטען לבחינה.

תשומת ליבכם גם לתקופת ההתיישנות המקוצרת הקבועה בהליכים של תביעות ביטוח. ראו בהמשך.

היזהרו משינויים תכופים של הכיסויים בפוליסה

כאמור, בעת קבלת מבוטח לביטוח אובדן כושר עבודה, עורכת חברת הביטוח הליך של חיתום רפואי, הנערך על ידי חתם שתפקידו להעריך את הסיכון של המבטח בעסקת הביטוח.

דא עקא, במשך השנים חלים אצל מרבית המבוטחים שינויים אישיים, משפחתיים ומקצועיים, המצריכים שינוי (לטובה או לרעה) בכיסוי הביטוח. כך למשל, מבוטח אשר בעת ההצטרפות לביטוח הרוויח סך של 5,000 ₪ בחודש, וביטח עצמו בסכום זה, סביר להניח שירצה ברבות השנים להגדיל את סכום הביטוח. בבואו לעשות כן, עשוי המבוטח להידרש לחתום על הצהרת בריאות חדשה, דבר שאינו מומלץ כלל וכלל. הבעייתיות מתחילה בכך שבמשך השנים עשוי לחול שינוי במצבו הרפואי, ואז כאשר יתבקש לחתום על הצהרת בריאות חדשה, ייתכן שחברת הביטוח תבקש לבצע החרגות, תוספות חיתומיות וכו'.

אך, חמור מכך, הסיכוי לכך שמגבלה רפואית כזו אחרת, קטנה ככל שתהיה, תשכח ותישמט לה מהצהרת הבריאות, גדל. הדבר מעמיד למעשה את המבוטח בסיכון גבוה יותר לדחייה של תביעת ביטוח אובדן כושר עבודה מצד חברת הביטוח על בסיס הטענה של הפרת חובת הגילוי.

סוכני הביטוח כמובן לא יתנגדו לערוך פוליסה חדשה, משום שהעמלות והמענקים שהם מקבלים מחברות הביטוח גדולים יותר.

חשוב לדעת - כאשר עושים הרחבה בלבד ולא שינוי מהותי, ההצהרה החדשה תקפה להרחבה בלבד (יש להקפיד על הנושא עם סוכן הביטוח).

החל ממתי ועד מתי משולמים התגמולים?

על פי חוק, על חברת הביטוח מוטלת חובה לשלם למבוטח את תגמולי הביטוח בתוך שלושים ימים ממועד קבלת מלוא המסמכים הדרושים לה לבירור חבותה. זאת, כאמור, בין היתר הסיבה שרצוי ומומלץ להגיש תביעת אובדן כושר עבודה בסמוך ככל הניתן לתחילת מקרה הביטוח.

יחד עם זאת, הנושא כפוף למסגרת הכיסויים הביטוחיים שרכשתם.

פוליסות ביטוח אובדן כושר עבודה כוללות, על פי רוב, תקופת המתנה, כאשר התקופה המקובלת הינה בת שלושה חודשים. עם זאת, ניתן לרכוש הרחבה בתוספת תשלום המכונה בשם "פרנציזה", לפיה יוכל המבוטח לקבל את תגמולי הביטוח עבור החודשים השני והשלישי של תקופת ההמתנה. החישוב נעשה בד"כ כך שבחודש הרביעי והחמישי לאובדן כושר העבודה, מקבל המבוטח תשלום כפול, כך שיוצא שתגמולי אי הכושר משולמים החל מהחודש השני.

תגמולי אי כושר עבודה ישולמו על ידי חברת הביטוח כל חודש בחודשו, ובלבד שמתקיימים התנאים הבאים:

א. הפוליסה בתוקף, לא בוטלה בגין אי תשלום דמי ביטוח או כל סיבה אחרת, ולא הגיעה לסוף התקופה הנקובה ברשימת הביטוח. תקופת הביטוח במרבית הפוליסות כיום הינה עד לגיל הפרישה (67 אצל גברים ו-62 אצל נשים או יותר, בהתאם ללוחות גיל פרישה, אשר היו קבועים אותה עת בחוק).

ב. מקרה הביטוח (המצב המזכה בתגמול חודשי) בפוליסה מתקיים, והמבוטח לא חדל להיות באובדן כושר עבודה.

לשם כך, רשאית חברת הביטוח להעמיד את המבוטח לבדיקה רפואית על ידי מומחים מטעמה אחת לתקופה. בדיקה כל 4-6 חודשים לערך הינה דרישה סבירה.

שיעורי הפיצוי

מהו סכום הביטוח למקרה של אובדן כושר עבודה וכיצד חברת הביטוח מחשבת אותו?

שיעור תגמולי הביטוח תלוי בסכום הביטוח שנרכש על ידי המבוטח. יחד עם זאת, על פי הנחיית המפקח על הביטוח משנת 1983, המעודכנת במרבית פוליסות הביטוח, שיעור תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה לא יעלה על 75% ממוצע שכרו של המבוטח בשניים עשר החודשים שקדמו למקרה הביטוח. ודוק, ככל וחישוב זה גבוה מסכום הביטוח שנרכש, ישולם למבוטח סכום הביטוח הקבוע בפוליסה. ברם, ככל וחישוב נמוך מסכום הביטוח, ישולם למבוטח בהתאם לחישוב שקבע המפקח.

סוגיה זו מעוררת את חמתם של מבוטחים רבים, ולא מעט מחלוקות משפטיות עוסקות בנושא.

הבעייתיות שישנה בהגבלת תגמולי הביטוח החודשיים:

א. חוזר המפקח על הביטוח הודן בנושא, הינו אנכרוניסטי ומיושן.

לעניות דעתנו, הגיע העת לתיקון חקיקתי, לא כל שכן שעה שההנחיה מכשירה התנהגות בחוסר תום לב מצד חברות הביטוח. ונסביר.

מצד אחד, גובה חברת הביטוח דמי ביטוח חודשיים לפי סכום ביטוח הקבוע בפוליסה, כאשר במקרים רבים מדובר בסכום שהינו בערכי פיצוי, בשונה מערכי שיפוי (היינו אין כל צורך להוכיח נזק, קרי ירידה בשכר).

מצד שני, כאשר עורכת חברת הביטוח את החישוב, היא לוקחת בחשבון משתנים שלא נלקחו בחשבון בעת עריכת הביטוח וגביית דמי הביטוח, כגון רמת השתכרותו של המבוטח בשניים עשר החודשים שקדמו לאיבוד כושר עבודתו.

ב. חישוב כאמור יוצר חוסר קוהרנטיות בין דמי הביטוח החודשיים המשולמים ובין סכומי הביטוח.

ג. חברות הביטוח אשר אימצו באופן טבעי את החוזר אל תוך התנאים הכלליים של הפוליסות המשווקות על ידן, לא עומדות על פי רוב על נושא זה בעת צירוף המבוטח לביטוח ולא מסבירות למבוטח את משמעויותיו.

גם אם הדבר מועבר לידיעת המבוטח טרם אירע מקרה הביטוח, הדבר עשוי לגרום נזק למבוטח, בין היתר בשל הצורך בעריכת חוזה ביטוח חדש ומילוי הצהרת בריאות חדשה.

ד. פעמים רבות ממוצע השכר ב-12 החודשים אינו משקף את השכר האמיתי של המבוטח משום שישנם לא מעט מקרים בהם מבוטח לא מאבד את כושרו מיידית וחלה ירידה הדרגתית בשכר.

בפסיקת בתי המשפט בתחום הביטוח בנושא זה, ניתן להבחין בקרן אור של שינוי המצב, אך נדמה כי הדרך עוד ארוכה.

סוגיה נוספת הנוגעת לחישוב הפיצוי החודשי, עוסקת באופן חישוב ממוצע השכר, כאמור בהנחיית המפקח על הביטוח הנ"ל, כאשר אחד המשתנים לחישובו הוא מועד תחילת מקרה הביטוח. ברי, כי כאשר מועד תחילת מקרה הביטוח – אובדן הכושר לעבוד, מצוי במחלוקת, אזי באופן טבעי מתעוררת מחלוקת באשר לחישוב הממוצע הנ"ל.

כך, במקרה שטוען מבוטח כי הוא נמצא במצב של אובדן כושר עבודה החל מיום 1.1.2019, אך בפועל חברת הביטוח טוענת כי הוא נמצא במצב של אובדן כושר עבודה החל מיום 1.3.2019. בלבד, ברי כי יתעוררו פערים בחישוב השכר הממוצע ותוך כך עשויים להשתנות גבולות הביטוח. שכן, בחישוב של חברת הביטוח נלקחים חודשיים בהם לא עבד המבוטח.

לכן, פעמים רבות מגיעות לפתחם של בתי המשפט מחלוקות העוסקות בשאלת מועד תחילתו של מקרה הביטוח.

אם יש לי שני ביטוחים, האם אקבל תגמול כפול?

באופן עקרוני, כאשר מדובר בפוליסת ביטוח אובדן כושר עבודה מסוג "פיצוי", אין כל בעיה לקבל תגמול כפול. הבעיה כאמור מתעוררת בשל הנחיית המפקח הני"ל משנת 1983, המגבילה את שיעור התגמול החודשי מכלל הביטוחים שברשות המבוטח. כך, יוצא שבאופן תיאורטי אין כל טעם לרכוש פוליסות ביטוח שסכומן הכולל גבוה משיעור ממוצע השכר בשניים עשר החודשים שקדמו לאי הכושר.

מיסוי על תגמולי אי כושר עבודה – דברים שחשוב לדעת:

השאלה המרכזית היא האם תגמולי ביטוח אי כושר עבודה המשולמים על ידי חברת ביטוח למבוטח, פטורים מתשלום מס, או שמא על המבוטח לשלם מס בהתאם לשיעור התגמול, כפי שנוכה מס משכרו ערב איבוד הכושר?

ובכן, המענה לשאלה זו מצוי בסעיף 3 לפקודת מס הכנסה.

על פי סעיף זה, כספים המגיעים למבוטח על פי ביטוח אובדן כושר עבודה "יבואו בחשבון בקביעת הכנסותיו או רווחיו". במילים פשוטות: תגמולי אי כושר עבודה המשולמים למבוטחים אינם פטורים מתשלום מס.

חשוב להבהיר כי ניכוי המס בביטוחי אי כושר עבודה ייעשה גם במקרים בהם המבוטח מקבל את התגמול בתשלום חד פעמי ולא על דרך של קצבה חודשית, ובאותו שיעור. ניסיונות לטעון כי כאשר משולם התגמול באופן חד פעמי (הוני) יש לנכות שיעור מס מופחת לאור הוראות פרק ה' לפקודת מס הכנסה נדחו. כאשר התגמולים כשרים להיות ממוסים על פי הוראות פרק ב' לפקודת מס הכנסה, הרי שיש לנכותם בהתאם לשיעורים הקבועים בפרק זה, גם אם בסופו של יום התגמול מועבר בתשלום אחד.

במצבים בהם משולמים תגמולי אי כושר עבודה בתשלום חד פעמי, על חודשים או שנים עברו, מומלץ להיוועץ עם יועץ מס על מנת לבחון אפשרות ההפחתת שיעור המס. כך למשל, ישנם מצבים בהם מבוטחים הסובלים ממצב של אי כושר עבודה יהיו פטורים מתשלום מס, וזאת לאור מצבם הבריאותי והוראות חקיקה אחרות המקנות זכאות.

מבחינה פרוצדוראלית חשוב לדעת כי כל עוד המבוטח לא העביר לחברת הביטוח אישור מפקיד השומה המבהיר מה שיעור המס שיש לנכות, תנכה חברת הביטוח את השיעור המקסימאלי. לפיכך, טרם קבלת התשלום, מומלץ לפנות אל פקיד השומה הקרוב למקום מגוריכם ולהמציא לחברת הביטוח אישור כאמור.

התיישנות תביעות אובדן כושר עבודה

על פי הוראות חוק חוזה הביטוח, האפשרות להגיש תביעת ביטוח מתיישנת כעבור שלוש שנים ממועד מקרה הביטוח. הווה אומר, תביעות אובדן כושר עבודה מתיישנות בתוך שלוש שנים מהמועד בו איבד המבוטח לראשונה את כושרו לעבוד, בהתאם להגדרת תנאי הביטוח.

יחד עם זאת, כלל זה, כפוף להוראות נוספות, כאשר בראשן פסיקת בתי המשפט לפיה תביעה מכוח פוליסת אובדן כושר עבודה הינה תביעה בעילה מתחדשת (נמשכת). כלומר, העילה עשויה להתחדש כל חודש בחודשו, עד תום תקופת הביטוח בפוליסה, בכפוף לכך שהמבוטח נמצא במצב של אובדן כושר עבודה, כהגדרתו בפוליסה.

המשמעות המעשית של היות עילת התביעה מתחדשת, נמשכת, היא שכל עוד המבוטח נמצא במצב של אובדן כושר עבודה, באפשרותו להגיש תביעה בגין שלוש שנים אחורה. אמנם, בדרך זו מפסיד המבוטח חלק מתקופתו, אך תביעתו לא מתיישנת כליל.

חשוב לדעת, כי מניין ההתיישנות אינו נעצר עם פניית המבוטח אל חברת הביטוח. רק הגשה של תביעה משפטית לבית המשפט עוצרת את מניין ההתיישנות.

עוד חשוב לדעת, כי במקרים מסוימים, הקבועים בחוק ההתיישנות, ניתן להאריך את מועד ההתיישנות אף מעבר לאמור לעיל, כגון במקרים של "התיישנות שאינה מדעת" ו- "הודאה במקצת הזכות".

סעד הצהרתי

אחת השאלות הנפוצות ביותר בקרב ציבור מבוטחי אובדן כושר עבודה היא – האם ניתן להגיש תביעה על כל תקופת הביטוח שנותרה לעתיד, על אף שהעילה בגין החודשים העתידיים טרם התגבשה? האם בתי המשפט נוטים לאשר תביעות כאלה? אימתי?

דוגמא להמחשה: מבוטח בן 66 הסובל ממחלה ממארת, איבד את כושרו לעבוד, ועל פי קביעות רפואיות אין סיכוי שיוכל לחזור לעבודתו ולמעגל העבודה בכלל. נשאלת השאלה האם מבוטח זה יוכל לבקש מבית המשפט לפסוק לו פיצוי עבור כלל התקופה שנותרה בפוליסה? התשובה חיובית.

סמכות בית המשפט להיעתר לבקשת המבוטח קבועה בחוק (הוראת סעיף 75 לחוק בתי המשפט) והלכת בית המשפט העליון, לפיה במקרים בהם הסיכוי שמצבו הרפואי של המבוטח ישתפר קלוש, יש וניתן לפסוק סעדים הצהרתיים שעניינם בחובת חברת הביטוח לשאת בתשלומים עתידיים.

טיפים בניהול תביעות ביטוח אובדן כושר עבודה

במקרה של איבוד כושר העבודה, אנו ממליצים לקרוא את הטיפים הבאים, אשר עשויים לסייע לכם במימוש זכויותיכם:

א. אספו את מלוא המסמכים הרפואיים שברשותכם אודות המחלות אשר בעטיין הינכם מצויים במצב של אי כושר עבודה. חשוב שתקפידו לאסוף מסמכים המעידים על האבחנות הרפואיות, בדיקות, צילומים, מרשמים ואישורי מחלה.

הימנעו מלהתבסס על אישורי מחלה מרופא משפחה, ודאגו לקבלת גושפנקות מרופאים מומחים בתחומים הרלבנטיים למחלתכם. בנוסף, פנו לקבלת ייעוץ רפואי אצל מומחה תעסוקתי לשם הערכת מצבכם הרפואי וכשירותכם לעבוד.

הערכה של רופא תעסוקתי מוערך, עשויה לסייע מאוד בקבלת התביעה על ידי חברת הביטוח.

ב. אספו את מלוא תלושי השכר ל - 12 החודשים שקדמו לאיבוד כושר העבודה.

- ג. אתרו את פוליסת הביטוח, עיינו בתנאיה ועמדו על זכויותיכם. במידת הצורך היוועצו עם עורך דין הבקיא בתחום דיני הביטוח.
- ד. פעלו למימוש זכויותיכם בביטוח הלאומי (ענף נכות כללית). אמנם ממצאי הביטוח הלאומי אינם מחייבים את חברות הביטוח (גם לא אתכם), אך יש להם ערך ראייתי בהוכחת מצבכם הבריאותי.
- ה. הגישו סמוך ככל הניתן לתחילת אובדן כושר העבודה תביעה בכתב אל חברת הביטוח. זאת, בין היתר, על מנת שחברת הביטוח לא תנסה להתחמק ו/או לצמצם את שיעור התגמול המגיע לכם באצטלה של "הכשלת בירור החבות", וכן על מנת להחיש ולרז את מועד תשלום התגמולים.
- ו. במסגרת טופס התביעה אל חברת הביטוח תידרשו לתאר את מחלותיכם ומגבלותיכם. הקפידו על תיאור מלא ומפורט של מחלותיכם, תוך מתן דגש על ההשפעה שיש לכך על יכולתכם לתפקד בכלל, ולתפקד בעבודתכם בפרט.
- ז. ככל וסוג הפוליסה בה הנכם מבוטחים הינה "לכל עיסוק" ו/או לכל "עיסוק סביר", הימנעו ממתן פירוט יתר של כישורים תעסוקתיים, לא כל שכן כישורים אשר עשויים ללמד את חברת הביטוח על יכולתכם להשתלב בשוק העבודה בעבודות אחרות.
- ח. רצוי להיוועץ עם עורך דין הבקיא בתחום הביטוח טרם מילוי הטופס.
- ט. במידה וזומנתם על ידי חברת הביטוח לבדיקת מומחה רפואי מטעמה, מומלץ להגיע בליווי בן משפחה או חבר. טרם הבדיקה היזכרו בכלל המגבלות מהן הנכם סובלים על מנת שלא תפרח מזיכרוכם בעת הבדיקה מגבלה כזו או אחרת. התעקשו על מתן פירוט מדויק של מחלותיכם ומגבלותיכם בבדיקה אצל הרופא, גם אם הוא קצר רוח וחסר סבלנות.
- י. במקרה שחברת הביטוח החליטה בסופו של יום לדחות את תביעתכם, אל תוותרו וגשו לקבלת ייעוץ משפטי של עורך דין הבקיא בתחום הביטוח לשם בחינת חוקיות הדחייה.

אמנם איננו נביאים ואיננו יכולים לצפות את העתיד, אך על סמך הניסיון המקצועי שרכשנו במרוצת השנים, אנו יכולים לומר כי תביעות ביטוח רבות נדחות על בסיס נימוקים אשר בסופו של יום מתבררים כחסרי שחר.

דעו, כי תביעות אובדן כושר עבודה רבות המוגשות לערכאות השיפוטיות מתקבלות בסופו של יום ומזכות את המבוטח, מלבד לקרן (שיעור תגמולי הביטוח), גם בהחזר הוצאות המשפט.

לכן, אל תילחצו מנימוקי דחייה המטילים בכם דופי, כגון נימוקים של "הכשלת בירור החבות", הפרת חובת הגילוי, הסתרת מידע רפואי, מרמה, הונאה, חריגים לכיסוי הביטוחי וכו', והעמידו את הדחייה לבחינה של עורך דין.

ט. עמדו על מכתב דחייה מסודר, ובשום פנים ואופן אל תסתפקו בקבלת עמדת חברת הביטוח לדחייה בעל פה.

לקיומו של מכתב דחייה מסודר קיימת חשיבות רבה. על פי הנחיות המפקח על הביטוח מיום 16.11.1998 ופסיקת בית המשפט העליון (פרשת אסולין), כאשר נדחית תביעת ביטוח, על חברת הביטוח לנמק בכתב ובהזדמנות הראשונה את מלוא נימוקי הדחייה. חברת ביטוח שלא עושה כן, מושתקת מלהעלות בשלב מאוחר יותר נימוקי הגנה נוספים.

כך למשל, אם נדחתה תביעתכם לתשלום תגמולי אובדן כושר עבודה מהטעם שאינכם ממלאים אחר תנאי מקרה הביטוח בפוליסה, חברת הביטוח לא תוכל לטעון במסגרת ההליך השיפוטי, כי הפרתם גם את חובת הגילוי, מקום שהייתה יכולה לעשות כן עוד במסגרת מכתב הדחייה.

בהקשר זה, המלצתנו היא לא לפנות לחברת הביטוח פעם נוספת לאחר שנדחתה תביעתכם, על מנת שלא לאפשר לה לבצע מקצה שיפורים בנימוקי דחייתה.

י. היזהרו מ"טריקים" של חוקרי ביטוח, גם אם אושרה תביעתכם וחברת הביטוח החלה לשלם לכם את תגמולי הביטוח.

חשוב להבהיר, חוקרי הביטוח נשלחים בשכר עבודה מטעם חברות הביטוח על מנת לאתר עבורן כשלים בהתנהלותכם ומציאת פרצות בטענותיכם.

כך למשל, עשויים החוקרים להתקשר ולהציג עצמם ככאלה החפצים בשירותכם המקצועי, ותוך כך לאסוף ראיות על יכולתכם המעשית לעבוד.

דעו כי במידה והנכם מיוצגים על ידי עורך דין, חוקרי חברת הביטוח לא יכולים ליצור עמכם קשר במישרין, אלא באמצעות עורך דינכם בלבד. חוקרי הביטוח עשויים לצלם אתכם ברשות הרבים, גם אם הנכם מיוצגים, ואין הוראה האוסרת זאת.

יא. היזהרו מהצעות מפתות ומחשידות של חברות הביטוח לתשלום תגמולי ביטוח, ועמדו על קבלת פירוט מדויק של תגמולי אי הכושר.

יב. היזהרו מחלוף תקופת ההתיישנות להגשת תביעה לערכאות השיפוטיות וזכרו כי לרשותכם תקופת התיישנות מקוצרת בת שלוש שנים בלבד.

יג. היוועצו בכל מקרה ומקרה עם עורך דין הבקיא בתחום דיני הביטוח ותביעות אובדן כושר עבודה.

סיכום

אם קראתם את מדריך התביעות עד כאן, בוודאי הבנתם כי מצד אחד, ביטוח אובדן כושר עבודה הינו מוצר חיוני, אך בד בבד, מגלם הוא בתוכו לא מעט נושאים אשר יש ליתן עליהם את הדעת, בכל שלב ושלב.

ככל ונדחתה תביעתכם לתשלום תגמולי ביטוח, אנו ממליצים לכם לבחון את צדקתה וחוקיותה של הדחייה באמצעות עורך דין הבקיא בתחום דיני הביטוח ואשר לו ידע וניסיון מוכח.

מימוש זכויות מכוח ביטוחי סיעוד

הקדמה

כמעט כל אחד מאתנו, משלם במשך שנים רבות דמי ביטוח חודשיים בלתי מבוטלים עבור פוליסת ביטוח סיעוד, מתוך רצון להבטיח כי חלילה וחס במקרה של הפיכתנו או הפיכת מי מבני משפחתנו לחולה סיעודי, תעמוד לצדנו חברת הביטוח ותסייע לנו לעבור את התקופה הקשה הזאת.

לדאבונו הרב, תביעות סיעוד רבות נדחות ע"י חברות הביטוח. בשנים האחרונות אנו עדים למספר רב של מקרים בהם נדחו על ידי תאגידי ביטוח תביעות סיעוד של מבטחים, צעירים או קשישים, החולים במחלות קשות ואשר אינם מסוגלים לבצע את הפעולות היומיומיות.

נימוקי הדחייה של תביעות סיעוד רבים ומגוונים, ועל חלקם אף נדון במסגרת מדריך זה.

יחד עם זאת, חשוב להבהיר כבר עתה, כי בחלק לא מבוטל מהמקרים אליהם נחשפנו ועמם התמודדנו בערכאות השיפוטיות, התברר כי הדחיות נעשו בלא בסיס עובדתי או משפטי, או אף בניגוד גמור להוראות הדין.

פוליסות ביטוח סיעוד: הרקע לרכישתן והגדרותיהן

על פי נתונים המפורסמים ע"י הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה, ישנה עלייה חדה בכמות החולים הסיעודיים במדינה. הדבר נבחן, בין היתר, על ידי כמות התביעות המוגשות אל המדינה, המוסד לביטוח לאומי, וכן על פי היקף הדיירים המצויים במוסדות הסיעוד.

על פי נתונים סטטיסטיים, יותר מ-76% מהחולים הסיעודיים שוהים בביתם. משכך, הנטל העיקרי הכרוך בטיפול בחולים הסיעודיים מוטל על בני המשפחה. נטל הטיפול ביקיר סיעודי, הן מבחינה פיזית והן מבחינה נפשית, קשה מנשוא.

למרבה הצער, התמיכה המוענקת לחולים סיעודיים מטעם המדינה, מוגבלת למדי. שיעורי גמלת הסיעוד המשולמים על ידי הביטוח הלאומי והסיוע המוענק על ידי משרד הבריאות בהשתתפות בהוצאות אשפוז, אינם מאפשרים לחולים הסיעודיים לסיים את חייהם בכבוד.

טעמים אלו מובילים אפוא להגברת הביקוש בפוליסות ביטוח הסיעוד הנמכרות על ידי חברות הביטוח במדינה.

מהי פוליסת ביטוח סיעוד?

למעשה, מדובר בהתחייבות חוזית של חברת הביטוח, לפיה תמורת תשלום דמי ביטוח חודשיים ומוסכמים מראש, תישא חברת הביטוח בתגמולי ביטוח חודשיים, בדרך של פיצוי או שיפוי (על כך בהמשך), במידה ויהפוך המבוטח לחולה סיעודי, כהגדרת מונח זה בפוליסה.

בכל הנוגע להגדרת "מקרה הביטוח" (המצב המזכה את המבוטח בתגמולים), מוגבלות חברות הביטוח לרף המינימאלי שקבע המפקח על הביטוח בחוזר מיום 14.4.2003. הוזה אומר, חברת הביטוח יכולה לשנות את התנאים שנקבעו ע"י המפקח רק לטובת המבוטח ולא לרעתו.

על פי החוזר, בכל פוליסות ביטוח הסיעוד ששווקו החל מחודש 9/2003, ייחשב מבוטח כמי שממלא אחר הגדרת "מקרה הביטוח" במידה ועומד באחד משני תנאים: [א] אינו מסוגל לבצע לפחות שלוש מתוך שש פעולות היומיום – ADL (לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, להתנייד עצמאית). די אפוא באי יכולתו של המבוטח בביצוע 50% של כל פעולה. [ב] היות המבוטח "תשוש נפש".

לצערנו, מחקרים רפואיים מלמדים כי אחוז משמעותי מחולי מחלת הפרקינסון מפתחים בשלב כזה או אחר (לרוב בשלבים מתקדמים ומאוחרים של המחלה) תלות בזולת בביצוע פעולות היומיום, ואף דמנציה.

ככל ואובחנה אצל מי מיקירכם המחלה, והוא נזקק עקב כך להשגחה במרבית שעות היממה, אנו ממליצים לכם לבחון את זכויותיכם לגמלת סיעוד אצל חברת הביטוח המבטחת אותו בביטוח סיעודי.

כאמור, די בתנאי זה, קרי הגדרתו כ"תשוש נפש", על מנת לזכותו בתגמולים, ללא כל צורך בבחינת יכולתו לבצע את הפעולות היומיומיות.

שש הפעולות היומיומיות מוגדרות בחוזר כדלקמן:

1. **לקום ולשכב**: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ו/או לקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים ו/או ממיטה.
2. **להתלבש ולהתפשט**: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ו/או לפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר ו/או להרכיב חגורה רפואית ו/או גפה מלאכותית.
3. **להתרחץ**: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
4. **לאכול ולשתות**: יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קוץ), לאחר שהמוזן הוכן עבורו והוגש לו.
5. **שלוט על סוגרים**: יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים ו/או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
6. **ניידות**: יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הולת, תוך העזרת בקביים ו/או במקל ו/או בהליכון ו/או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

בכל הנוגע לפרשנות שיש ליתן לכל פעולה מפעולות ה-ADL, בדומה לחוזר המפקח המקים מבחן "כמותי", לפיו די באי יכולת המבוטח לבצע 50% ("חלק מהותי") מהפעולה על מנת שזו תימנה, בפסיקת בתי המשפט נקבע כי יש להעניק ניקוד על פעולה, ככל והמבוטח אינו מסוגל להשלים את כלל השלבים הכרוכים בביצועה.

תשישות נפש מוגדרת בחוזר, כדלקמן:

מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" – פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיטוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך ו/או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה נמצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

חשוב לציין, כי החוזר אינו חל רק על פוליסות ביטוח סיעוד פרטיות, אלא גם על פוליסות ביטוח סיעוד קולקטיביות.

ההבדלים בין פוליסות ביטוח הסיעוד המשווקות

ראינו לנכון לעמוד על נושא זה, משום שלסוג הפוליסה יש השפעה ישירה על סיכוי המבוטח לזכות בתגמולי ביטוח. יחד עם זאת, נעמוד על שני הבדלים מרכזיים בלבד בפוליסות המשווקות:

[א] הבדלים הבאים לידי ביטוי ביחס ליכולת המבוטח לבצע את הפעולות היומיומיות:

כאמור, חברות הביטוח רשאיות להתנות על תנאי הביטוח, וניתן למצוא כיום בשוק הביטוח ביטוחי סיעוד בהם די למשל באי יכולת לבצע 2 מתוך 6 הפעולות היומיות, כאשר אחת מהן היא "אי שליטה על סוגרים". ביטוחים אלה הינם על פי רוב טובים יותר, משום שהם מגדילים את סיכוי המבוטח לקבל בעת צרה תגמולי ביטוח סיעודיים. יחד עם זאת, ביטוחים אלה על פי רוב יקרים יותר ומרבית החברות הפסיקו לשווקם.

[ב] הבדלים ביחס להיות הפוליסה "פיצוי" או "שפוי":

בשוק ביטוחי הסיעוד נמכרים שני סוגים של פוליסות: פוליסות "פיצוי" ופוליסות "שיפוי".

"פוליסות פיצוי" - בקרות מקרה ביטוח, תישא חברת הביטוח בתגמולי ביטוח מוסכמים מראש כפי המופיע בפוליסת הביטוח.

"פוליסת שיפוי" - בקרות מקרה ביטוח, ישפה המבטח את המבוטח בהוצאות הסיעוד (בהתאם לתנאי הפוליסה) שנשא, בכפוף לגובה תקרת סכום הביטוח הקבוע בפוליסה. מדובר בהוצאות כגון: הוצאות אשפוז במוסד רפואי או שכר מטפל, בכפוף כמובן להמצאת אסמכתאות / חשבוניות.

פוליסות שיפוי על פי רוב פחות טובות, בין היתר משום שמרבית המבוטחים הסיעודיים נשארים בביתם, כפי שציינו בפתח המדריך. לכן, כל עוד המבוטח אינו מאושפז, ועסקינן בפוליסת שיפוי, הוא אינו זכאי לתגמולי ביטוח, גם אם הוא מצוי במצב סיעודי קשה.

חשוב לזכור, כי פעמים רבות מסרבים בני המשפחה לאשפז את המבוטח במוסד סיעודי, שמא ייאבד טעם ועניין לחייו. כך יוצא שלא נעשה שימוש בפוליסה, והמבוטחים שמו את כספם על קרן הצבי. נקודה נוספת המפחיתה מאיכותה של פוליסה זו – במרבית ביטוחים אלה, היות ומדובר בתגמולים המוגבלים להוצאות בפועל של המבוטח, קיימות בפוליסות הוראות קיזוז, כגון קיזוז מתגמולים וממקורות שונים, כך שכלל התגמולים לא יעלו על ההוצאה בפועל.

תביעות סיעוד בביטוח הלאומי והשפעתן על תביעות כנגד מבטחים

האם זכאותו של חולה פרקינסון לגמלת סיעוד בביטוח לאומי, יכולה להשפיע על זכאותו בהליך של תביעת סיעוד כנגד חברת ביטוח, כך שחברת הביטוח תהיה מחויבת לקביעות המוסד לביטוח לאומי? התשובה לשאלה זו שלילית, ונסביר.

מערכת היחסים בין החולה הסיעודי והביטוח הלאומי אינם מושתתים על חוזה, המשקף את הסכמות הצדדים (על אף שיכולת המבוטח לשנות את תנאי הביטוח אפסיים), אלא הינם מכוח חוק. בתביעות לגמלת סיעוד בביטוח הלאומי איננו יכולים להסכים על התנאים המזכים בגמלת סיעוד, המחוקק הוא שמכתיב את התנאים. כמו כן, המבחנים לזכאות לגמלה הינם שונים במהותם. בעוד שחוק הביטוח הלאומי הינו חוק סוציאלי, מערכת היחסים בין מבוטח למבטח שונה ובוודאי שאינה מושתתת על עקרונות סוציאליים. כך למשל, בביטוח הלאומי נמדדת זכאותו של המבוטח על פי מבחני הכנסה, בעוד שנתון זה אינו רלבנטי במערכת החוזית שבין מבטח ומבוטח. במסגרת תביעות ביטוח סיעוד כנגד חברת הביטוח, יכולים לזכות בתגמולים גם מבוטחים עמידים. בנוסף, בביטוח לאומי עשוי המבוטח לקבל גמלת סיעוד, הגם שהוא מצליח לבצע את הפעולות היומיומיות, אך זקוק לעזרה בניהול משק הבית, כגון עזרה בניקיון.

אשר על כן, חשוב לדעת, כי לקביעות הביטוח הלאומי אין השפעה ישירה על זכאות המבוטח לתגמולי ביטוח.

עם זאת, חשוב לדעת כי בתי המשפט עושים פעמים רבות שימוש בפסיקת בתי הדין האזורים לעבודה ביחס לתביעות לגמלת סיעוד בביטוח הלאומי והפרשנות שיש ליתן לפעולות היומיומיות. יתרה מכך, על אף שהדבר אינו מחייב, יש בהערכות התלות המתבצעות על ידי הביטוח הלאומי ללמד על מצבו הרפואי של המבוטח ולסייע בתביעתו.

נימוקי דחייה נפוצים של תביעות סיעוד

א. מקרה הביטוח אינו מתקיים :

על פי נימוק דחייה זה, טוענות חברות הביטוח כי המבוטח אינו ממלא אחר תנאי מקרה הביטוח למצב סיעודי. קרי, אינו מתקשה בביצוע 3 (או פחות, תלוי בסוג הפוליסה) מתוך 6 הפעולות היומיומיות, ואינו תשוש נפש.

במילים פשוטות המחלוקת הינה מחלוקת רפואית גרידא.

מכוח ניסיוננו, חשוב לנו להדגיש כי פעמים רבות לדחיות אלה אין כל בסיס, בשעה שחברות הביטוח נסמכות בד"כ על נתונים ש"נוחים" להן. מכאן, כאשר מצבו הרפואי של המבוטח אינו חד משמעי, לכאן או לכאן, תעדיף חברת הביטוח לדחות את תביעת הסיעוד.

המלצתנו החד משמעית, היא לא לקבל נימוקי דחייה אלה כמובנים מאליהם, ולהעמיד את הנושא לבחינה ולבדיקה של מומחה רפואי בתחום הסיעוד ו/או מומחה בתחום הרפואה הפיזיקלית והשיקום ו/או עורך דין הבקיא בתחום הביטוח וברזי הפוליסות ופרשנותן.

ב. מתקיים תנאי או סייג הפוטר את חברת הביטוח מחבות :

כאמור לעיל, פוליסת ביטוח הינה חוזה שבין מבוטח למבטח, כאשר המבוטח יכול להיות גם קולקטיב (בפוליסות קולקטיביות). היות ומדובר במערכת יחסים חוזית, הרי שהיא נתונה לסייגים ולתנאים שהצדדים יצקו לתוכה, כאשר ב- 99.9% מהמקרים תאגידי הביטוח הם שמכתיבים את התנאים ולמבוטח כמעט ואין יכולת לשנות, לגרוע או להוסיף לתנאי הביטוח.

פעמים רבות ניתן להתמודד עם סייגים ותניות אשר נועדו לפטור את חברת הביטוח מחבות בקרות מקרה ביטוח, ולהלן דוגמאות :

- מקרים בהם מדובר בתנאי מקפח או בלתי חוקי בחוזה אחיד.
- מקרים בהם הפוליסה לא נמסרה למבוטח, ומכאן שלא ידע על התנאי ו/או הסייג שנועד לשיטת חברת הביטוח לפטרה מחבות. במקרים אלה קובעים חוק חוזה הביטוח ופסיקת בית המשפט העליון – לא תוכל חברת הביטוח לסמוך ידה על חריגים.

- מקרים בהם היישום של חברת הביטוח לחריג חסר כל בסיס עובדתי ו/או משפטי.
- מקרים בהם חברת הביטוח לא עמדה בנטל המשפטי להוכיח את החריג. יש לציין, כי על פי הלכת בית המשפט העליון, על המבוטח מוטל הנטל להוכיח את התרחשות מקרה הביטוח, ואילו מנגד, מקום שחברת הביטוח מבקשת לפטרה מחבות על סמך חריג כזה או אחר, הרי שעליה מוטל הנטל לשכנע ולהוכיחו.

ג. המבוטח הפר את חובת הגילוי :

- אחד הנימוקים הנפוצים ביותר לדחיית תביעות סיעוד הינו שהמבוטח הפר את חובת הגילוי המתחייבת על פי דין.
- בטרם נדון בפרק זה בצורה מעמיקה, ככל הניתן, נבקש להפנותכם לדוגמא של מכתב דחייה הממחיש את נימוק דחייה זה:

מעיון בחומר הרפואי ומחוות דעתו של היועץ הרפואי עולה, כי סבלו מדיכאון וטופלת תרופתית בגינו לפחות משנת 1994 וכן סבלת מהפרעות בזיכרון לפחות משנת 1996, טרם הצטרפותך לביטוח. עוד עולה מהחומר הרפואי כי מקרה הביטוח כיום, מחלת הדמנציה, נובע מהחמרה של מחלות אלו. אילו הצהרת על דיכאון בהצהרת הבריאות לביטוח הסיעודי, שעליה חתמת בעת הצטרפותך לביטוח, היינו מחריגים את פוליסת עבור כל מקרה סיעוד שינבע ממחלה זו. אילו הצהרת על הפרעות בזיכרון בהצהרת הבריאות, היינו מחריגים את פוליסת עבור כל מקרה סיעוד ובעת מעברך לפוליסת לא היית מצורף לפרק הסיעודי. ו-6 א לחוק חוזה הביטוח. עלינו לדחות את תביעתך על פי סעיף 7 ג 1 ו-6 א לחוק חוזה הביטוח. אנו נבטל את הפרק הסיעודי בפוליסה מתאריך הגשת התביעה.

על פי נימוק זה, טוענת למעשה חברת הביטוח כי בעת ההצטרפות לביטוח, הסתיר ממנה המבוטח מידע רפואי כזה או אחר, אשר אילו הייתה יודעת אודותיו, לא הייתה מקבלת אותו לביטוח, ועל כן היא פטורה מתשלום.

בעשותה כן, מתבססת חברת הביטוח על סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח, לפיו קיימת חובת גילוי של המבוטח, וכי במקרה של הפרת החובה, זכאית חברת הביטוח לתרופות הקבועות בחוק (סעיף 7). אלא, שבמקרים רבים דווקא חברת הביטוח היא זו שמתעלמת מהחובות המוטלות עליה.

בחלק זה נעמוד על אותן הפרות של חברת הביטוח, המרוקנות למעשה את כל העוקץ מטיעוניה ביחס להפרת חובת הגילוי:

- הליך ההצטרפות לביטוח סיעודי – על ידי מי:

בלא מעט מהמקרים, חברת הביטוח מאצילה את סמכויותיה לגורמים אשר אין בידם האפשרות לערוך על פי דין פוליסות ביטוח. כך למשל, עריכת ביטוח על ידי נציג קופת החולים בה חבר המבוטח, לשם צירופו לביטוח הקולקטיבי, חורגת לעניות דעתנו מסעיף 24 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים, לפיו יעסוק בתיווך בביטוח רק מי שיש לו רישיון לכך.

חברות הביטוח טוענות כי הצירוף לביטוח הקולקטיבי יכול להיעשות גם טלפונית או בדיוור ישיר, כך שאין במעשה זה כל פסול. ברם, חברות הביטוח שוכחות שבעשותן כן, לא עומדת הן אחר חובתן ליידע ולוודא כי המבוטח מבין את כל המשמעויות של הליך ההצטרפות, רבות הצהרת הבריאות והשאלות הנשאלות.

בנוסף, בלא מעט מקרים, על מנת "לגזור" את העמלה, מאיצים סוכני ביטוח במבוטח להצטרף, כאשר בדרך חוטאים הם לעיתים בחובתם. כך, נתקלנו בסוכני ביטוח שהסתפקו בהחתמת בן הזוג באופן בו המבוטחת כלל לא ידעה על קיומה של הפוליסה, מקרים בהם הסתפקו הסוכנים בעריכת הביטוח באופן טלפוני מבלי לעבור על הצהרת הבריאות והבהרת משמעויותיה, מקרים בהם חתמו סוכני הביטוח במקום המבוטח על הצהרת הבריאות, מקרים בהם סוכני הביטוח הבחינו בעת צירוף המבוטח במגבלה הרפואי ממנה סובל המבוטח (כגון "רעד בידיים"), ובכל זאת לא דיווחו על כך בהצהרת הבריאות.

בכל אותם המקרים לעיל, בהם חוטאת למעשה חברת הביטוח באופן צירוף המבוטח לביטוח, ולא עומדת ו/או לא עומדת כדבעי על משמעות חובת הגילוי, אנו סבורים כי אין ליתן לה לצאת פטורה ממחדליה ולפטרה מחבות תשלום תגמולי הביטוח.

- החובה ליידע ולוודא כי המבוטח מבין את כל המשמעויות הנוגעות להצהרת הבריאות:

בעת ההצטרפות לביטוח סיעודי, מחתימות חברות הביטוח על פי רוב את המבוטח על טופס הצהרת בריאות, במסגרתו נשאל המבוטח מספר שאלות אודות מצבו הבריאותי. באם הצהיר המבוטח מידע שאינו נכון, עלולה תביעתו להידחות בנימוק של הפרת חובת גילוי.

אלא, שפעמים רבות לא טורחים נציגי חברות הביטוח לעמוד על המשמעות המשפטית שיש להצהרת הבריאות ואף מקלים עמה ראש. האינטרס של נציגי חברת הביטוח לצרף את המבוטח לביטוח בכל מחיר על מנת לקבל את עמלתם ברור למדי, אלא שלעיתים בא הדבר על חשבון המבוטח, המשלם במשך שנים דמי ביטוח, ובעת פקודה נאלץ להתמודד עם סירוב חברת הביטוח לשלם את התגמולים.

כך למשל, לאחרונה נתקלנו במקרה של מבוטח אשר נשאל במסגרת טופס הצהרת הבריאות, בין היתר, שאלה: "האם הנך סובל מירידה בשמיעה?"

המבוטח, אשר אכן סבל מבעיית שמיעה, ביקש לציין את הנושא בהצהרת הבריאות. אלא שאז, החליט סוכן הביטוח להבהיר לו כי כוונת חברת הביטוח בשאלתה היא האם הוא משתמש במכשיר שמיעה. המבוטח, שלא השתמש במכשיר שמיעה, השיב בשלילה, ומכאן לא ציין סוכן הביטוח את המצב הרפואי של המבוטח, וענה על השאלה בשם המבוטח "לא". לימים, אירע מקרה הביטוח, ותביעת המבוטח נדחתה בנימוק שהלה הפר את חובת הגילוי.

אנו סבורים, כי במקרים כגון דא, בהם מתנהלות חברות הביטוח כמשימות מכשול לעיוור, אין לאפשר להן לחמוק מחבותן בשל התנהלותן הרשלנית.

שאלון גורף הכורך עניינים שונים:

על פי סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח, העוסק בחובת הגילוי, על המבוטח להשיב תשובה מלאה וכנה לשאלות אשר הוא נשאל על ידי חברת הביטוח בעת ההצטרפות לביטוח. יחד עם זאת, קובע סעיף קטן 6(ב) כי "שאלה גורפת" אינה מחייבת מענה כאמור.

לשם המחשת הנושא, ראינו לנכון להפנותכם לדוגמא מתוך תיק המנוהל על ידי משרדנו. המבוטח הצטרף לביטוח סיעודי בשנת 1997. מספר שנים לאחר מכן הפך המבוטח לסיעודי. בת זוגו הגישה בשמו תביעת סיעוד, שנדחתה בטענה כי הופרה חובת הגילוי בעת

ההצטרפות לביטוח, שעה שלא הצהיר על מחלת "דיכאון", דבר שהיה מונע קבלתו לביטוח. אשת המבוטח הגיעה אל משרדנו והציגה בפנינו את הצהרת הבריאות הבאה:

1.	מחלות לב, מחלות כלי דם, לחץ דם גבוה
2.	מחלות ריאה ודרכי נשימה
3.	מחלות מערכת עצבים, מוח, הפרעות תנועה או תחושה
4.	מחלות חילוף חומרים, סכרת, כלוסות
5.	מחלות דרכי העיכול, מעיים, כבד, מרה
6.	מחלות פרקים, עצמות, עמוד שדרה
7.	מחלות עיניים, אזניים, גרון
8.	מחלת סרטן, איידס
9.	מחלות כליות, דרכי שתן, ערמונית
10.	מחלות נשים כלשהן
11.	מחלה, מום, פגיעת נכות או מום מלידה שלא צוינו לעיל
12.	האם עברת או שהנך צריך לעבור ניתוח כלשהו?
13.	האם ידוע לך על צורך באשפוז?
14.	מחלות גריאטריות, ניוניות, אלצהיימר
15.	האם הנך מוגבל בביצוע אחת או יותר מהפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהחפשו, להתרחץ ולהתגלח, לאכול ולשתות, לשלוט על הסוגרים, ללכת?

הגם שלטענת המבוטח לא סבל מדיכאון לפני ההצטרפות לביטוח, כפי שניתן בנקל לראות, בעת ההצטרפות לביטוח לא שאלה חברת הביטוח שאלה או חצי שאלה ביחס למצבו הנפשי ו/או מחלת דיכאון. למרות זאת, הדבר לא מנע מחברת הביטוח להמשיך בהתעקשותה ולדבוק בטענתה כי הנושא כן מופיע בהצהרת הבריאות תחת "מחלות מערכת עצבים" (סעיף 3 להצהרת הבריאות). אלא, שמלבד לכך שטענתה שגויה מבחינה רפואית, חברת הביטוח כנראה שכחה כי חוק חוזה הביטוח אוסר על הצגת "שאלות גורפות".

לעניות דעתנו, גם אם נכונה הייתה טענת חברת הביטוח מבחינה רפואית, הרי שאין כל בסיס משפטי לדחייתה, בשעה שהשאלה בדבר קיומן של "מחלות מערכת עצבים" הינה גורפת. אם חפצה חברת הביטוח לברר על מצבו הנפשי של המבוטח, מצופה היה שתשאל שאלה מפורשת בנושא. משלא עשתה כן, אין לה להלין אלא על עצמה.

- ביצוע "חיתום בדיעבד":

לצורך הבהרת הטענה, המוציאה למעשה את העוקץ מנימוק הדחייה של חברת הביטוח, נעמוד תחילה על משמעות המונח "חיתום". חיתום הינו תהליך הבדיקה של המבוטח ו"הסיכון" בקבלתו לביטוח. למעשה, חברת הביטוח בוחנת באמצעות איש מקצוע מטעמה (חתם), האם היא מוכנה לבטח את המבוטח, ואם כן – באילו תנאים.

על פי השיטה הקונבנציונאלית, חברת הביטוח אמורה לפעול לאיתור מלוא הרשומות הרפואיות של המבוטח, ולאחר עיון החתם בהן וקבלת המלצותיו, היא מקבלת את החלטתה.

דא עקא, אצל חברות הביטוח השתרש נוהג פסול (בשעה שאין כל הוראה חוקית אחרת בעניין), לפיו די בהצהרת המבוטח.

אלא, שביחס לכך כבר ראינו שעלולות להתעורר לא מעט מחלוקות, אותן ניתן היה למנוע תוך נקיטת אמצעים קלים, זולים, פשוטים וזמינים כדוגמת טופס ויתור על סודיות רפואית, בעזרתו ניתן להתחקות אחר מצבו הרפואי של המבוטח ולקבל החלטה מושכלת בדבר ביטוחו.

חברות הביטוח, מטעמים השמורים עימן, אינן עושות כן, במרבית המקרים.

לעניות דעתנו, חברת ביטוח הנוהגת כך, קרי עורכת "חיתום בדיעבד" רק לאחר שאירע מקרה הביטוח, נוהגת שלא כדין, תוך שהיא מפרה את חובותיה הבעיסיות כלפי המבוטח, כגון חובת תום הלב והנאמנות. לא כל שכן, שעה שלעיתים רבות מצרפות חברות הביטוח מבוטחים בני 75 (!) ומעלה לביטוח סיעודי, ללא ביצוע חיתום רפואי, וכאשר אין ולא יכולה להיות מחלוקת ביחס לכך שמצבם הרפואי אינו כביום היוולדם.

דעתנו המשפטית היא שחברת ביטוח הנוהגת בדפוס הפעולה הנ"ל אינה יכולה להתנער בעת פקודה מחבותה, לאחר שהמבוטח הטיל את יהבו עליה (לעיתים אף במשך שנים רבות). לגישתנו, על חברת הביטוח לערוך הליך חיתומי מלא, לרבות איסוף מלוא המסמכים הרפואיים אודות המבוטח, קודם להצטרפותו ולא לאחר מכן. לא יעלה על הדעת, כי חברת הביטוח, שהינה בעלת אמצעים ויכולת כמעט בלתי מוגבלים, תשב באפס מעשה ותימנע מעריכת הליך חיתום, ובהמשך

תנסה לגלגל את מחדליה על המבוטח. בגין התנהגותה ורשלנותה, אין לחברת הביטוח הנוהגת כאמור לעיל אלא להלין על עצמה. במשך שנים גובות חברות הביטוח ממבוטחיהן דמי ביטוח חודשיים, אך בעת צרה, דוחות הן לעיתים את תביעות המבוטח על ידי העלאת טענות אשר ניתן היה למנוע את העלתן על ידי פעולה פשוטה של עיון בתיק הרפואי. אנו סבורים כי על המפקח על הביטוח, המחוקק וכנסת ישראל להתערב בנושא ולעשות סוף לניסיונות הפסולים של חברות ביטוח לבצע "חיתום בדיעבד".

החובה להוכיח כי הפרת החובה נעשתה בכוונת מרמה:

ישנם מקרים בהם נדחות תביעות סיעוד על בסיס הטענה של הפרת חובת הגילוי, למרות שהמבוטח הצטרף לביטוח שנים רבות קודם למקרה הביטוח ולפנייתו אליה בדרישה כספית. במקרים בהם אירע מקרה הביטוח כעבור שלוש שנים ממועד הצטרפותו לביטוח, קובע סעיף 43 לחוק חוזה הביטוח, כי חברת הביטוח לא תוכל לחמוק מתשלום תגמולי ביטוח, אלא אם תוכיח כי הפרת הגילוי נעשתה בכוונת מרמה.

פסיקת בית המשפט העליון (פרשת פיאמנטה) קבעה ביחס ליסוד המרמה, כי לשם הוכחת התקיימותו, יש להראות כי המבוטח פעל לרכישת הביטוח מתוך כוונה להשיג את תגמולי הביטוח.

מדובר אפוא בנטל כבד מנשוא, ומעטים המקרים בהם יוכל מבטח להתגבר עליו.

חשוב לדעת, כי ישנם שני מקרים נוספים (סעיף 8 לחוק חוזה הביטוח) בהם חברת הביטוח תיאלץ להוכיח כי הפרת חובת הגילוי נעשתה בכוונת מרמה:

א. כאשר חברת הביטוח ידעה או היה עליה לדעת את מצבו הרפואי של המבוטח.

על פי גישתנו דלעיל, בכל מקרה שבו מבוטחת לא עורכת חיתום רפואי, הרי שניתן לטעון כי היה באפשרותה לדעת את מצבו הרפואי של המבוטח, ומכאן שעליה להוכיח שההפרה נעשתה מתוך כוונת מרמה.

ב. כאשר המצב הרפואי הנתען חדל להתקיים לפני ההצטרפות לביטוח או שאין בו כדי להשפיע על מקרה הביטוח או היקפו.

ד. מקרה ביטוח "שכבר אירע" לפני ההצטרפות לביטוח:

על פי סעיף 16 של חוק חוזה הביטוח, חוזה ביטוח שמקרה הביטוח בו (המצב המזכה) אירע עוד לפני שהמבוטח הצטרף לביטוח - בטל.

למעשה, המחוקק רצה למנוע מצב שהמבוטח משלם דמי ביטוח עבור מקרה שכבר אירע לפני ההצטרפות לביטוח, וידרוש על כך תגמולים. כך למשל, אין טעם בצירוף מבוטח לפוליסת ביטוח סיעוד, אם הוא כבר נמצא במצב סיעודי בהתאם להגדרת תנאי הביטוח.

נימוק זה לדחייה של תביעות סיעוד הינו די נפוץ, בשעה שלא אחת מתעוררות מחלוקות ביחס למצבו הרפואי של המבוטח, ובכלל זה המועד ממנו החל לסבול מהמחלה. כך למשל, האם יש לראות את מועד תחילת מקרה הביטוח מהיום בו החלה לקנן בגופו של המבוטח מחלה אשר בסופה הפך המבוטח לסיעודי, או שמא מועד מאוחר יותר, בו החל המבוטח למעשה להיות סיעודי?

התשובה לשאלה זו אינה פשוטה כלל ועיקר, ונדונה בפסיקת בתי המשפט. המבחן שפותח בפסיקה לעניין זה עוסק בשאלה – האם בעת ההצטרפות לביטוח השתכללו כל התנאים באופן המקנה למבוטח זכאות לתגמולי סיעוד.

גם נימוק זה, כפי שניתן לראות, במרבית המקרים אינו חד משמעי. לכן, בכל מקרה של דחייה אסור לוותר ומומלץ לבחון את חוקיותו באמצעות עורך דין הבקיא בתחום תביעות סיעוד.

ה. לא נמסרה הודעה בזמן / הכשלת בירור החבות:

הפרכתו של אדם לחולה סיעודי, משנה באופן טבעי את אורח החיים השגרתי של יקיריו ובני משפחתו, ומצריכה מהם התמסרות והשקעה הראויים להערכה. יחד עם זאת, בשל העומס והלחץ הכרוכים בדבר, לא אחת אנו נתקלים במקרים בהם שכחו המבוטחים ויקיריהם את דבר קיומו של כיסוי ביטוחי, ובמקרים אחדים אף לא ידעו על קיומו. בעקבות כך, הפנייה אל חברת הביטוח נעשית זמן רב אחרי שהמבוטח הפך לסיעודי.

במקרים כגון אלה, חברת הביטוח עלולה להגיב באחת הדרכים הבאות:

א. תשלום תגמולי ביטוח, החל מהמועד בו הוגשה תביעת סיעוד, לרבות תקופת המתנה הקבועה בפוליסה. במרבית המקרים, חברות הביטוח אינן משלמות תשלום תגמולי סיעוד החל מהמועד בו הפך המבוטח לסיעודי, בשל הפנייה המאוחרת. יחד עם זאת, חשוב שתדעו כי ניתן להתמודד עם טענה זו, וכי לא בכל מקרה תוכל חברת הביטוח להתחמק מתשלום רטרואקטיבי, על אף שהיתרון שיש בדבר ברור לעין כל (קיצור תקופת תשלום תגמולי הסיעוד במקרה והמבוטח ילך לעולמו).

כך למשל, כאשר ישנן ראיות חד משמעיות בדבר היות המבוטח סיעודי, לא תוכל חברת הביטוח לטעון לפנייה מאוחרת.

ב. דחייה של תביעת סיעוד, באופן מלא / חלקי, בטענה כי המבוטח הכשיל את בירור החבות.

על פי פסיקת בתי המשפט, על מנת שתתקבל טענה של "הכשלת בירור החבות" מצד חברת הביטוח, מוטל עליה הנטל להוכיח שלושה יסודות: [א] הפרת החובה [ב] קיומו של נזק בעקבות הפרת החובה [ג] שיעור הנזק.

מכאן, כי הטענה אינה יכולה להיזרק לחלל האוויר כ"מילת קסם", ואל לכם להירתע מדחיית תביעת סיעוד בטענה זו. בכל מקרה של דחייה, יש להעמיד את חוקיותה על ידי עורך דין הבקיא בתחום תביעות סיעוד.

לעמוד על מכתב דחייה מסודר בכתב

בחוזר שהוציא המפקח על הביטוח מיום 16.11.1998 הורה המפקח, כי במקרה של דחיית תביעת ביטוח (לרבות תביעות סיעוד), מוטל על חברת הביטוח לנמק בכתב ובהזדמנות הראשונה את מלוא נימוקי הדחייה.

נקבע, כי מבטח שלא עושה כן, לא יוכל להעלות בשלב מאוחר יותר נימוקי דחייה נוספים. על חוזר זה שב המפקח על הביטוח בחודש מאי 2002.

בפרשת אסולין אשר נדונה בפסיקה, העניק בית המשפט העליון לחוזר הנ"ל גושפנקא רשמית.

המשמעות הפרקטית – כאשר חברת ביטוח דוחה תביעת סיעוד של מבוטח, מוטל עליה לנמק בכתב ובהזדמנות הראשונה את מלוא נימוקי הדחייה. כך למשל, אם סבורה היא כי המבוטח הפר את חובת הגילוי, מוטל עליה לפרט את מלוא המחלות שהסתיר כבר במכתב הדחייה. חברת ביטוח שלא עושה כן, אינה יכולה להרחיב לאחר מכן, במסגרת הליכים משפטיים המתנהלים בערכאות השיפוטיות, את חזית נימוקי דחייתה, ולהעלות מחלות נוספות שגילתה עליהן בהמשך, וזאת לאור הנחיית המפקח על הביטוח ופסיקת בית המשפט העליון.

לא נחטא אם נאמר כי בתחום דיני הביטוח, מכתב הדחייה תוחם את גבולות המחלוקות בין הצדדים.

לפיכך, בכל מקרה של דחיית תביעת סיעוד, רצוי לקבל את נימוקי חברת הביטוח לדחייה, ובכתב. זאת, למרות שבמקרים אחדים בפסיקה (ערכאות משפט נמוכות), נקבע כי חברת ביטוח שאינה שולחת למבוטח מכתב דחייה, לא תוכל להעלות במסגרת ההליך המשפטי כל נימוק. אך, קביעה זו אינה בבחינת הלכה.

חשוב לדעת: במידה ונדחתה תביעת סיעוד – מומלץ שלא לפנות ולנהל עם חברת הביטוח תכתובת ודין ודברים, טרם היוועצות עם עורך דין הבקיא בניהול תביעות סיעוד.

פנייה אל חברת הביטוח כאמור מעניקה לחברת הביטוח אפשרות ל"מקצה שיפורים" והרחבת חזית הטענות שהעלתה במכתב הדחייה, דבר שעלול לפגוע בסיכויי תביעתכם.

קיצוז תגמולים ממקורות שונים

אחת השאלות הנפוצות ביותר בקרב מבוטחי סיעוד המבקשים לממש את זכויותיהם היא - האם יכולה חברת הביטוח המבטחת אותם בפוליסת סיעוד לקזז מהתגמולים המשולמים על ידה, תגמולים המתקבלים ממקורות נוספים, כגון: ביטוח סיעוד נוסף וביטוח לאומי?

בכל הנוגע לתגמולים המתקבלים מביטוח לאומי – אין קיצוז.

בכל הנוגע לתגמולים המתקבלים מחברת ביטוח המבטחת בפוליסת ביטוח אחרת – שאלת הקיצוז תלויה בסוג הפוליסה. ככל ומדובר בפוליסת סיעוד מסוג פיצוי, הרי שאין קיצוז. ככל ומדובר בפוליסת סיעוד מסוג שיפוי – סביר כי יימצא בפוליסה סעיף קיצוז. כפי שהבהרנו לעיל, התכלית שעומדת

מאחורי הוראה זו היא למנוע מצב בו המבוטח מקבל החזר כפול (או יותר) בגין הוצאותיו. פוליסות שיפוי, כשמן כן הן, נועדו לשפות בגין הוצאות בפועל. מששולמה הוצאה, כל תשלום מעבר הינו למעשה "פיצוי" שמקומו בביטוחים אחרים.

התיישנות תביעות ביטוח סיעוד

חוק חוזה הביטוח קובע תקופת התיישנות מקוצרת בת שלוש שנים בלבד, החל ממועד תחילת מקרה הביטוח (הפיכת המבוטח לסיעודי כמוגדר בפוליסת הביטוח). עם זאת, נקבע בפסיקה כי עילת התביעה בהליכים על פי תביעות סיעוד הינה עילה מתחדשת.

המשמעות היא שכל עוד המבוטח נמצא במצב סיעודי, הרי שבכל חודש קמה לו עילת תביעה חדשה. מכאן שכל חודש מתחילה תקופת התיישנות בת שלוש השנים להימנות מחדש, ביחס לאותו חודש בלבד. במילים אחרות, המבוטח תמיד יוכל להגיש תביעת סיעוד בגין תקופה רטרואקטיבית במהלכה היה במצב סיעודי, עד שלוש שנים אחורה ביחס לאותה נקודת זמן.

לכן, חשוב שתדעו, כי גם אם חלפו שלוש שנים מהמועד בו הפך המבוטח לראשונה לסיעודי, אין זה אומר כי אינכם יכולים להגיש תביעת סיעוד, ועליכם לפנות בהקדם האפשרי לקבלת ייעוץ משפטי.

שחרור מתשלום דמי ביטוח במצב סיעודי

על פי חוזר המפקח על הביטוח מיום 30.4.2002 – מבוטח בפוליסת ביטוח סיעוד פרט יהיה משוחרר מתשלום דמי הביטוח החודשיים (פרמיות) בתקופה בה משולמים לו תגמולי ביטוח. בחוזר שהוציא המפקח על הביטוח ביום 28.12.2009 נקבעה הוראה דומה ביחס לביטוחים קבוצתיים.

עם זאת, תשומת ליבכם לכך שישנן פוליסות שהונפקו עוד קודם לחוזרים הנ"ל ואשר עשויות לקבוע הוראות אחרות.

האם ניתן לתבוע סעד הצהרתי ?

כאמור, עילת התביעה בהליכים מכוח פוליסות ביטוח סיעוד הינה מתחדשת, כל חודש בחודשו, בכפוף לתקופה הקבועה בפוליסה (למשל למשך 36 חודשים, 60 חודשים או לכל החיים).

נשאלת השאלה, האם ניתן להגיש תביעת סיעוד ובמסגרתה לבקש מבית המשפט סעד הצהרתי לפיו יורה לחברת הביטוח לשלם למבוטח את תגמולי הביטוח כל עוד הינו סיעודי, למשך התקופה הקבועה בפוליסה? התשובה היא – כן!

בית המשפט מוסמך לעשות כן, בין היתר מכוח סעיף 75 לתקנות סדר הדין האזרחי ופסיקת בית המשפט העליון. על פי ההלכה, בית המשפט יטה לעשות כן, כאשר מדובר בחולה סיעודי אשר מצבו אינו עתיד להשתפר, וכל שכן כאשר נותרה תקופה קצרה לתשלום.

סיכום

אנו תקווה כי הצלחנו, במסגרת פרק תמציתי זה, לסייע לכם בהבנת ומימוש זכויותיכם לקבלת תגמולי הביטוח מכוח ביטוחי סיעוד. יחד עם זאת, חשוב לנו לחזור ולהבהיר כי מפאת קוצר היריעה, אין ביכולתנו לדון בכלל הנושאים האפשריים.

לפיכך, בכל מקרה של דחיית תביעת סיעוד, המלצתנו הינה:

- לא לקבל את נימוקי הדחייה של תביעת הסיעוד כמובנים מאליהם.
- לדרוש מחברת הביטוח מכתב דחייה מסודר.
- לאסוף את מלוא המסמכים הרפואיים הרלבנטיים למבוטח, לרבות מסמכים מהמוסד לביטוח לאומי, ולפנות לקבלת ייעוץ משפטי של עורך דין בעל ניסיון בניהול תביעות סיעוד.
- לפעול למימוש הזכויות ללא דיחוי לאור תקופת ההתיישנות המקוצרת.

לקבלת מידע נוסף, דלת משרדנו פתוחה בפניכם בכל עת, ונשמח לסייע ולעזור לכם ככל הניתן.

בברכת בריאות ואריכות ימים,

אלמוג – שפירא, משרד עורכי דין

אלמוג-שפירא
משרד עורכי דין

טל: 03-6916637 | פקס: 03-6916635

דוא"ל: office@rlaw.co.il

www.LawTip.co.il | www.rlaw.co.il

