ת"א 10766-02-22 דקל נ' כלל חברה לביטוח בע"מ

תיק חיצוני:

לפני כבוד השופטת ג'אדה בסול

תובע ברק דקל

נגד

נתבעת כלל חברה לביטוח בע"מ

<u>פסק דין</u>

1. עסקינן בתביעה כספית נזיקית לפי פוליסת ביטוח חיים ונזקי גוף, שהוגשה מטעמו של התובע כנגד הנתבעת ע"ס של 576,696 ₪.

2. התובע היה מבוטח אצל הנתבעת בפוליסת ביטוח חיים מס' 9345846 , הכוללת כיסוי למקרה של נכות מתאונה בהתאם לנספח 1240, ונערכה בתאריך 1/10/2012 (להלן בהתאם: "**הנספח / הפוליסה**").

3. לפי תנאי הפוליסה, למקרה של נכות חלקית, אלה הן הוראות הפוליסה הרלוונטית:

"2.2. במקרים מפורטים בטבלה שלהלן ישולמו סכומי ביטוח על-פי המפורט:

א. במקרה של נכות חלקית ותמידית של המבוטח, עקב תאונה, אשר בעקבותיה נגרם למבוטח איבוד גמור ומוחלט של איבר הרשום בטבלה שלהלן או איבוד גמור ומוחלט בתפקודו של אותו איבר, ייקבע שיעור הפיצוי כשיעור המתאים לאותו איבר כמפורט להלן, מתוך סכום הביטוח המלא על פי ביטוח נוסף זה (להלן "**שיעור הפיצוי לאיבוד גמור של איבר**"):

....רגל אחת 40%

.....

ב. במקרה של נכות חלקית ותמידית של המבוטח, עקב תאונה, באיבר המופיע בטבלה שבסעיף א. לעיל, שאיננה איבוד גמור ומוחלט של אותו איבר או איבוד גמור ומוחלט בתפקודו של אותו איבר, ישולם למבוטח סכום ביטוח חלקי שיחושב כדלהלן: סכום הביטוח המלא מוכפל בשיעור הנכות שייקבע כאמור בסעיפים 2.6 ו- 2.7 להלן, כשהוא מוכפל ביחס בין שיעור הפיצוי הקבוע בגין איבוד גמור ומוחלט לאותו איבר בטבלה

מסמך זה חתום דיגיטלי

שלעיל, לבין שיעור הנכות המקסימאלי לאותו איבר כפי שהוא קבוע ב"תקנות הביטוח הלאומי(קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), התשט"ז –ה 1956" (להלן תקנות המל"ל)."

4. בתאריך 14/2/2020 במהלך חופשת סקי , התובע נפגע בברכו הימנית (**להלן: "התאונה /הפגיעה"**).

5. הנתבעת הכירה בחבותה , ושילמה לתובע סך של 153,205 ₪ (להלן: **"הפיצוי ששולם"**). התשלום בוצע בתאריך 23/5/2021.

6. התובע חולק על עמדת חברת הביטוח באשר לאחוזי הנכות שהוכרו ע"י הנתבעת, ושיעור הפיצוי לו הוא זכאי על פי הפוליסה, כאשר במקרה של נכות תמידית ומלאה של 100% , הוא זכאי לקבל מהנתבעת סך של 2,000,000 ₪, כשסכום זה צמוד למדד המחירים לצרכן במועד ההתקשרות.

7. לפי הנתבעת נכותו של התובע הוערכה בשיעור של 15%, והיא שילמה בהתאם תגמולי ביטוח לפי 7.5% מסכום הביטוח המלא.

8. עוד נטען לקיומה של החרגה בפוליסה, לגבי איברים מסוימים כאשר שיעור הנכות לא ייקבע בהתאם **לתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשט"ז-1956** (להלן: **"תקנות המל"ל"**), אלא בשיעור מופחת.

9. לפי התובע, ההחרגה הנ"ל לא גולתה במסגרת הגילוי הנאות בעת כריתת החוזה.

10. המומחה מטעם התובע, **ד"ר עומרי לובובסקי** (להלן: **"מומחה התובע"**) העריך את נכותו בעקבות האירוע נשוא התביעה בשיעור של 35%:
25% בגין הפגימה בברך לפי סעיף 35(1)(ד) לתקנות.
10% בגין צלקות לפי סעיף 75(1)(ב) לתקנות.

11. **ד"ר אורי בלנקשטיין** (להלן: **"מומחה הנתבעת"**) מטעם הנתבעת קבע כי לתובע נותרה נכות בשיעור של 10% בלבד בגין הפגימה בברך לפי סעיף 35(1)(ב) לתקנות, כאשר על פי חוות דעתו, הצלקות לא הותירו אצל התובע נכות, יחד עם זאת, ד"ר בלנקשטיין ציין מפורשות כי המסמך שהוא ערך הוא הערכה ולא חוות דעת.

12. **לשיטת התובע,** על פי תנאי הפוליסה, שיעור הנכות נקבע באופן בלעדי ע"י מומחה רפואי מטעם המבוטח, תוך הפנייה להוראות סעיף 2.6 ו- 2.7 לפוליסה ושבהתאם לאמור בהם נקבע כי:

"**2.6 שיעור הנכות התמידית של מבוטח על-פי ביטוח נוסף זה <u>ייקבע על-ידי רופא מטעמו.</u>**

2.7 להסרת ספק מובהר בזה, כי תשלום סכום ביטוח על פי הפוליסה, מותנה באישור שיעור הנכות התמידית האמור בסעיף 2.6 לעיל על-ידי החברה." (ההדגשה שלי ב.ג.).

על כן, כך התובע, הנכות , ולצורך חישוב הפיצוי, היא לפי חוות הדעת מטעמו של התובע, היינו 35%.

13. לפי התובע, המנגנון שלעיל נקבע על ידי הנתבעת עצמה , ואין מדובר במצב שבו כל צד מציג עמדה רפואית של מומחה מטעמו, אלא מדובר במצב שבו הנכות נקבעת ע"י מומחה רפואי מטעם התובע, ולנתבעת שמורה הזכות שלא לאשר קביעת זו מטעמים מיוחדים היורדים לשורש חוות הדעת.

14. **התובע מוסיף** כי סעיף ההחרגה , כאמור, לא גולה , ולכן הוא איננו חל.

15. לשיטת התובע, הנתבעת איננה רשאית להסתמך על סעיף 2.2. לנספח הקובע החרגה לפיה, ביחס לאיברים מסוימים שיעור הנכות לא יקבע לפי השיעור הקבוע בתקנות אלא במנגנון הפחתה הקבוע בסעיף 2.2, וזאת מכיוון שהיא לא הדגישה או הבליטה החרגה זו, וזאת בניגוד להוראות סעיף 3 לחוק חוזה הביטוח תשמ"א-1981.

16. סעיף 19 לפוליסה, כך התובע, "אופן קביעת הנכות" – "אחוזי נכות יקבעו על-פי תנאי הפוליסה", גם הוא לא הובלט.

17. עוד טוען התובע, כי יישום החריג נעשה באופן שגוי, כי הרי אם לפי שיטת הנתבעת היא רשאית להפעיל את הסייג בסעיף 2.2 בנספח , היא עשתה בו שימוש שגוי וחסר תום לב.

18. סעיף 2.2 לפוליסה (ההחרגה) קובע כי ביחס לאיברים מסוימים, ישולמו למבוטח תגמולים בגין אותו איבר כיחס שבין שיעור הנכות המירבית שניתן לקבל על אבדן מלא או אובדן תפקוד מלא של אותו איבר בהתאם לתקנות הביטוח לאומי, לבין שיעור הנכות הנקוב לצדו של אותו איבר בטבלה המצויה הסעיף.

19. לשיטת התובע- אם בהתאם לתקנות, הנכות המירבית לאיבר מסוים היא 80% ובטבלה הנכות המירבית היא 40%, אזי הפיצוי שישולם לנפגע הוא מחצית מהפיצוי (40% מתוך 80%).

20. למרות האמור, כך התובע, הנתבעת התייחסה למבחן ליקוי 47(6)(א) **לתקנות המל"ל**, העוסק בקטיעה מלאה של הרגל ומעניק שיעור נכות של 80%, והיא קבעה הפחתה ביחס של חצי , בעוד, שלפי התובע, אבדן האיבר יכול להיות גם אבדן תפקוד מלא, שיתוק של האיבר כמו פגיעה עצבית למשל, כך שאבדן תפקוד מלא של הרגל מוסדר במבחן ליקוי 29(4) המפנה למבחן ליקוי 32(7)(4) לתקנות ומעניק נכות של 40%, כלומר יחס של 1:1 לשיעור הנכות הקבוע בטבלה, ללא הפחתה כלל. בהינתן שתי החלופות, כך התובע, הנתבעת צריכה לבחור בחלופה המיטיבה עם המבוטח.

21. החישוב של התובע, לפי נכות של 35%, הפיצוי שהוא צריך לקבל מהסך של 2,071,170 הוא 724,909 ₪, בניכוי הפיצוי ששולם ע"ס 153,205 ₪, ועלות חוות הדעת 5,265 ₪, והיתרה לתשלום עומדת ע"ס 576,969 ₪.

22. **בהגנתה, הנתבעת טענה** כי, נכות התובע איננה עולה על 10%, ולא נותרה לו כל נכות תפקודית בגין הצלקת, כי התובע לא זכאי לקבל פיצוי העולה על 7.5% מהנכות המלאה, לאור הוראות התאמת הנכויות בפוליסה.

23. לשיטת הנתבעת, פרשנות התובע להוראות הפוליסה שגויה ואיננה תואמת את הוראותיה , בין אם לשונית ובין אם מהותית, והן לאור חוות הדעת שלו עצמו.

24. הנתבעת הכירה, לאחר ייעוץ פנימי בנכות של 15%, ולאור הוראות הפוליסה שולמו תגמולי ביטוח בגין נכות בשיעור של 7.5%, התובע במקביל ערער על הקביעה, והוא נבדק ע"י אורתופד מטעמה , ד"ר בלנקשטיין, אשר קבע נכות בשיעור 10% בגין הפגיעה בברך, ושלל קיומה של נכות בשל הצלקת על כן, הערעור נדחה.

25. לפי הנתבעת, סעיפי ההתאמה הם חלק בלתי נפרד מהפוליסה והם לא בגדר החרגה.

26. באשר למומחה מטעם התובע, כך הנתבעת, מומחה אורתופד לא יכול להעריך נכות בתחום הפלסטיקה וקביעת מומחה התובע נעשתה כלאחר יד ללא כל ביסוס או תיעוד רפואי.

27. לפי הנתבעת, סעיף 2.7 לפוליסה קובע מפורשות כי שיעור הנכות שייקבע ע"י רופא מטעם המבוטח כפוף לאישור הנתבעת. כמו כן, רשאית הנתבעת לבדוק את המבוטח ע"י מומחה מטעמה ולחקור בעניין.

28. לפי הנתבעת, סעיף 29 לתקנות המל"ל, המתייחס לתסמונות מוחיות ופגיעות עצביות, איננו רלוונטי לענייננו, כאשר סעיף קטן (4) מתייחס לחולשת גפה וסעיף 32(7) לתקנות מתייחס לפגיעה בעצבי הירך בעוד שבמקרה עסקינן , מדובר בשרירי ורצועות הברך כך שהסעיף איננו רלוונטי כלל.

29. לפי הנתבעת, הברך היא חלק מכל הרגל, על כן ההתאמה צריכה להיות בהתייחס לרגל כולה ולא בהתאם לחלק ממנה, כגון עצבי הירך, כפי שהתובע טוען.

30. בחוות דעת המומחה של התובע, כך הנתבעת, הוא קבע את הנכות לפי סעיף 35(1)(ד) לתקנות, כאשר סעיף ליקוי זה מתייחס למחלות העצמות והפרקים, ולא לפגיעות עצביות או מוחיות ומכאן שחוות הדעת איננה תומכת בתיאוריה אותה מציג התובע לעניין סעיפי ההתאמה.

31. לשיטת הנתבעת, הנכות המקסימלית לפי המל"ל לפי סעיף 35 לתקנות, עליו הסתמך מומחה התובע היא 100% והיא מתייחסת לריתוק לכיסא גלגלים או סיבוכים רציניים, כך שגם לשיטתו, היחס שנתנה הנתבעת לפי נכות מקסימלית של 80% הוא יחס מקל ולא מחמיר.

32. סעיף 2.2ב, לתנאים הכלליים בפוליסה, מתייחס לנקודת הייחוס במל"ל, וקובע כי "... שיעור הנכות המקסימאלי לאותו איבר כפי שהוא קבוע ב"תקנות הביטוח הלאומי(קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), התשט"ז –ה 1956".

33. לפי הנתבעת, כאשר קיים סעיף המעניק שיעור נכות גבוה יותר במל"ל, המתייחס לרגל, לא ניתן לקבוע כי נקודת הייחוס לטבלת ההתאמה היא סעיף המעניק שיעור נמוך יותר. האמור עומד בסתירה לכתב מאחר וכאמור הוא איננו מקסימלי.

34. לשיטת הנתבעת, קטיעת האיבר מעניקה מקסימום 80% וכי לא ייתכן כי נקודת הייחוס תהיה שנכות ברגל בשיעור 10%, תהיה שקולה לנכות בשיעור של 10% מסך ה 100% של הפיצוי בפוליסה. לא זאת הייתה כוונת הצדדים ולא כך נרשם בהוראות הפוליסה.

35. לאור הפערים בין חוות הדעת של הצדדים, מונה מומחה מטעם בית המשפט.

36. **המומחה מטעם בית המשפט, ד"ר גבי גרינברג** (להלן: "**המומחה מטעם ביהמ"ש**"), **בחוות דעתו קבע,** שלתובע יש קרע ברצועה צולבת קדמית, שהוא אירוע מוכר ושכיח בתאונות סקי בהן נגרמת חבלת ברך. ובאם טיפול שמרני פיזיותראפי קפדני אינו מאפשר ריפוי אזי ההמלצה לניתוח שחזור של הרצועה הצולבת הקדמית, על רקע פגיעה מורכבת ניתוח עתיר תחלואה כירורגית וגיל, נכותו כיום היא בשיעור של 15% בין סעיף 35(1) ב' לבין סעיף 35(1) ג' לתקנות המל"ל.

37. בשאלות הבהרה שנשלחו אליו, המומחה התייחס לצלקות באזור הברך, וטען כי הצלקות אינן עומדות בפרמטרים קליניים של ריפוי לא תקין.

38. ולשאלה האם מסכים כי באירוע נגרם לנבדק גם נזק לרצועה הצידית MCL המצדיק כשלעצמו נכות של 5% לפי מבחן ליקוי 35(1) בין (א) ל (ב), השיב המומחה מטעם בית המשפט כי פוטנציאל הריפוי טבעי יעיל ומלא, יציבות מדיאלית שמורה היטב.

39. באשר לשאלה בעניין חוסר יציבות קדמית/אחורית בדרגה בינונית, והאם הוא מסכים כי נזק זה מקורו באירוע וכי מבחן ליקוי 48(2)(ב) קובע נכות של 20% , הוא השיב כי אין זה הסעיף המתאים לענייננו.

40. משלא הושגה הסכמה בין הצדדים, הובאו ראיותיהם בפני בית המשפט, העדים נחקרו, והצדדים סיכמו את טענותיהם.

ראיות הצדדים

41. מטעם התובע הוגש תצהיר שלו בלבד, ועליו הוא נחקר במהלך שמיעת הראיות.

42. מטעם הנתבעת , הוגשו תצהירי עדות ראשית של מר משה סומיך מנהל פרוייקטים ואחראי תביעות משפטיות, ומר עמוס הופמן סוכן הביטוח, עליהם הם נחקרו.

43. הצדדים, כאמור תמכו את טענותיהם באמצעות חוות דעת של המומחים מטעמם.

44. בדיון ההוכחות נחקרו גם המומחה מטעם ביהמ"ש, והעדה גב' הילה הופמן , בתו של סוכן הביטוח אשר זומנה להעיד מטעם התובע.

סיכומי הצדדים

התובע

45. התובע בסיכומיו הדגיש כי הנתבעת שינתה את נוסח הפוליסה, והעלימה מטופס הגילוי הנאות את ההפניה לסעיפים המגבילים את היקף חבותה, וגם הסירה הבלטה צורנית של אותם סעיפים בניגוד להוראות סעיף 3 לחוק חוזה ביטוח.

46. בעת שיווק הפוליסה, כך התובע, הנתבעת הדגישה בפניו את המובן הלשוני הפשוט של תנאי הפוליסה, כי קביעת דרגת הנכות נקבעת ע"י רופא מטעם המבוטח, וזאת כאחד היתרונות הבולטים של פוליסה זו על פני אחרות.

47. לפי התובע , עולה מחקירות נציגי הנתבעת כי לא התקיימה חובת גילוי, או חובת וידוא באופן אקטיבי כי התובע הבין את הפוליסה, ואף לא הוכיחו כי קיים מערך המוודא שהפוליסה נשלחה והגיעה לידי התובע.

48. לשיטת התובע, נוסח הפוליסה "נכות עקב תאונה" עבר 3 גלגולים, וזאת לפי תצהיר מר משה סומיך נציג הנתבעת, ולפי עדותו , נוסח 539 , נמכר עד שנת 2009, לפיו במקרה שהחברה חייבת בתשלום עקב נכות מתאונה, שיעור הנכות התמידית של המבוטח עקב התאונה יקבע על ידי רופא החברה. נספח 1240 כפי שיפורט בהמשך, ונספח אחרון מס' 1314 שנמכר החל משנת 2016.

49. הנספח 1240 בו עסקינן ובוטח בו התובע, נמכר בין השנים 2009-2016, כאמור לעיל בא במטרה לשפר את האטרקטיביות של הפוליסה, וכלל את סעיף 19 לטופס הגילוי הנאות, שכותרתו "אופן קביעת אחוז הנכות" ונקב בנוסח "אחוזי הנכות ייקבעו על פי תנאי הפוליסה" , וזאת לצד סעיף 2.6 שבא בשונה מהאמור בגרסה הקודמת של הנספח, וקובע כי שיעור הנכות התמידית יקבע על ידי רופא מטעם המבוטח.

50. הנתבעת, כך התובע , אף הפנתה לסעיף 2.7 ו- 7.5 לנספח 1240 הקובעים כי תשלום סכום הביטוח מותנה באישור שיעור הנכות שנקבעה לפי סעיף 2.6 על ידי רופא המבוטח כביכול, וכי המבטחת תוכל לנהל חקירה ובכלל זה לבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמה.

51. לפי התובע, הנתבעת מפרשת את האמור, בניגוד לנוסח סעיף 2.6 , וטוענת כי דרגת הנכות נקבעת על ידי רופא החברה, וכי המבוטח רשאי להגיש לנתבעת חוו"ד רפואית מטעמו, והנתבעת רשאית לשקול אותה כאחד השיקולים.

52. לשיטת התובע פרשנות זו, מאיינת את מעמד הבכורה שיש לקביעת הנכות ע"י רופא של המבוטח לפי אותו סעיף. הנתבעת, כך התובע, רשאית לבצע כל חקירה או בדיקה, אך אין משמעות הדבר כי היא רשאית לא לאשר קביעת הרופא מטעם המבוטח, מאחר ורופא מטעמה סבור אחרת, אלא עליה להצביע על טעמים של ממש לאי מתן האישור לאותה קביעה , בדומה לפסיקה בדבר אי קבלת עמדתו של מומחה ביהמ"ש. כל פירוש אחר לסעיף מהווה הטעיה מכוונת למבוטחים, כך לשיטת התובע.

53. כל המשווה, כך התובע, בין הנוסח הקודם לנוסח נשוא התביעה עסקינן, מקבל את הרושם כי הנתבעת שינתה את הנוסח כדי להפוך את הפוליסה ליותר אטרקטיבית בעיני מבוטחים פוטנציאליים.

54. התובע בעדותו, העיד כי בעת ששווקה לו הפוליסה, הודגש בפניו עניין זה, והוא היווה שיקול עיקרי עבורו ושבגללו הוא בחר להצטרף לפוליסה.

55. לשיטת התובע, בנוסח של נספח 1314 שהחליף בשנת 2016 את נספח 1240, שינתה הנתבעת שוב את נוסח הסעיף 2.6 לנוסח שאכן תואם לפרשנות לה היא טוענת היום , ולשונו כי "המבוטח יהיה רשאי להעביר לחברה קביעת רופא מומחה מטעמו לשיעור הנכות..." היינו כי חוו"ד מטעם התובע תהיה בגדר המלצה בלבד.

56. לפי התובע, המדובר על חוזה בו הייתה לנתבעת "עדיפות בעיצוב תנאיו" וכולו נוסח על ידה, ולפיכך, לפי הדין , לו היה ספק פרשני , הרי שישי לפרש את הספק לחובת הנתבעת.

57. לשיטת התובע בית המשפט לא התיר לתובע להגיש חוו"ד רפואית מגיבה מיום 25.12.22, בה סבר המומחה כי נכותו החמירה ל- 40% מ- 35%. בכך, לפי התובע, נפגעה זכותו להגיב לטענות מומחה הנתבעת.

58. התובע מדגיש כי הנתבעת לא ביקשה לחקור את המומחה מטעמו ואף לא הצביעה על כל טעות בעמדתו.

59. התובע מפנה בטיעוניו להחלטת וועדה רפואית מטעם הביטוח הלאומי מיום 6.2.24 (להלן: "הוועדה") אשר קבעה אף היא כי נכותו המשוקללת של התובע בגין הנזק בברך ימין הינה 40% (36% תפקודית ועוד 10% בגין צלקות).

60. לפי התובע החלטת הוועדה, הינה קביעה אובייקטיבית, קביעה הזוכה לפי חוקים רבים למעמד של קביעה לפי דין שלמעשה היא עדיפה על קביעה של כל מומחה רפואי.

61. המומחה מטעם הנתבעת, כך התובעת, העריך את נכותו של התובע ל-10%, וחרף מספר בקשות כבוד ביהמ"ש לא התיר לתובע לחקור את אותו מומחה בשל קיום חוו"ד מטעם מומחה ביהמ"ש, למרות שהתובע לא וויתר על זכותו לחקור את מומחה הנתבעת.

62. המומחה מטעם ביהמ"ש, כך התובע, אשר העריך את הנכות ב- 15%, לא עיין בחוות הדעת המגיבה מטעם התובע, ולצד קביעה זו טען המומחה מטעם ביהמ"ש כי בהערכת נכות מדובר ב- "50 גוונים של אפור" ולכן שוני בהערכות, לאו דווקא מעיד על טעות מצד מומחי הצדדים.

63. מחקירת המומחה מטעם ביהמ"ש, כך התובע, התברר כי המומחה לא ערך בדיקה קלינית מלאה לתובע, הוא מצא צלקת 1 לעומת 4 צלקות שמצאו המומחים האחרים.

64. המומחה שלל את הסטטיסטיקה בעניין שכיחות קרע חוזר ברצועה צולבת, אך בחקירה העיד כי איננו מכיר סטטיסטיקה אחרת. כן מצא כי ברך התובע לא קורסת תחת משקל גוף ובהמשך אישר כי כלל לא ביצע מבחן קריסת ברך (לפי ליקוי 48(2)(4)

65. המומחה טען כי מבחן בדיקת נעילת הברך הינו מבחן "מקמרי", אך הסתבר כי הוא כלל לא רשם את ממצאי המבחן בחוות דעתו, ולטענתו בעת שרשם IKD סימן שהוא ביצע את כל המבחנים האפשריים והם יצאו שליליים ולכן אין צורך לפרט, ובהמשך טען כי מבחן "מקמרי" לא יכול להיות שלילי אך הוא מבצע אותו בקרעים שונים מזה של התובע.

66. לפי התובע, מומחה ביהמ"ש מחזיק בדעה קיצונית וחריגה, לפיה מבחני הנכות בתקנות המל"ל מיושנות , ולכן דרגות הנכות הרשומות לידן אינן מבטאות בצורה נכונה את דרגת נכותו האמיתית של התובע, ולכן הוא איננו פועל לפי התקנות. התעלמות מכוונת מהוראות התקנות, לפי התובע, מהווה פגם היורד לשורש חוות הדעת וגורמת עיוות דין קשה לתובע.

67. על כן, לפי התובע, יש להעדיף את חוות הדעת מטעמו, מאחר ויש במשקל המצטבר של הפגמים, כדי לא לאמץ את עמדתו של המומחה מטעם ביהמ"ש.

68. לעניין סעיף 2.2, והאם הוא מהווה תנאי או סייג לחבות המבטח או להיקפה והאם התקיימו התנאים הקבועים בדין לתחולתו. הנתבעת, כך התובע, טענה כי הסעיף אינו מנוסח כחריג, אלא כחלק מתנאי הפוליסה, טענה שאין בה כל ממש.

69. לשיטת התובע, הכלל הבסיסי של חישוב הפיצוי, קבוע בסעיף 2.3 של נספח 1240 ולפיו במקרה של נכות מלאה ותמידית או נכות חלקית ותמידית עקב תאונה, באיבר שאינו מופיע בסעיף 2.1 או בטבלה בסעיף 2.2א ישולם למבוטח סכום ביטוח חלקי או מלא לפי העניין , והחישוב לפי סכום הביטוח המלא מוכפל בשיעור הנכות לפי תקנות המל"ל.

70. סעיף 2.1 מוסיף על הכלל הבסיסי וקובע אובדן ראייה ויכולת שימוש בשתי ידיים יחשבו כנכות מלאה.

71. זאת לצד סעיף 2.2 הגורע מהכלל הבסיסי 16 פגימות ספציפיות לגביהם הוא קובע מנגנון פיצוי המפחית את חובת הפיצוי של הנתבעת ביחס לכלל הבסיסי. על כן הן מבחינה לשונית והן מבחינה מהותית סעי, 2.2 לנספח מהווה "תנאי או סייג לחבות המבטח או להיקפה.

72. לפי התובע, הנתבעת התייחסה לסעיף זה כסייג הנדרש להבלטה עוד בנספח הקודם 539, ואף בעדות נציגה של הנתבעת, נטען כי מנגנון ההתאמה הינו חריג לכלל הבסיסי של הפוליסה.

73. הנתבעת, כך התובע, אינה יכולה להסתמך על תנאי מגביל בסעיף 2.2 , נוכח פערי הכוח בינה לבין המבוטח , שכן על תנאי כזה להיות מובלט חזותית כנדרש לפי סעיף 3 לחוק חוזה הביטוח, ועל הנתבעת לעמוד בשלושה חובות שקבע הדין, חובת הגילוי, וחובת הוויזוא וחובת המסירה. הפסיקה לא אחת הבהירה כי מדובר בעניין מהותי, והפרת כל אחת מהחובות האלה שוללת זכותה של המבטחת להסתמך על התנאי המצמצם את חבותה, והנתבעת לא עמדה בנטל ההוכחה המוטל עליה להוכיח כי היא עמדה בחובות אלו, כמו חובת ההוכחה ביחס לעצם התקיימות החריג, גם מוטל עליה.

74. אין חולק, לפי התובע, כי הנתבעת אינה רשאית להסתמך על ההחרגה בסעיף 2.2, מאחר והיא לא הבליטה את החריג של "טבלת ההתאמה" בסעיף, וחמור מכך, היא

הסירה את ההבלטה שהייתה קיימת בנוסח הקודם (נספח 539) וטשטשה את ההפניה בטופס הגילוי הנאות, כלומר לפי התובע, אי ההבלטה נעשתה במכוון, להקשות על המבוטח לעמוד על זכויותיו והיקף הפוליסה הנרכש.

75. גם מבחינת חובת הגילוי, הווידוא והמסירה, התובע העיד כי ההסברים על הפוליסה ניתנו ע"י גב' הופמן שיזמה את ההתקשרות מולו, ולא הופנתה תשומת ליבו לקיומו של חריג ביחס לנכויות מסוימות , שאז לא היה רוכש את הפוליסה, מה גם שהפוליסה לא הומצאה לידיו.

76. לפי התובע, אצל הנתבעת לא קיים מערך המוודא שהפוליסה הגיעה למבוטח, ואכן בחקירתה לא הצליחה הנתבעת להרים נטל זה.

77. לשיטת התובע, באשר למחלוקת העובדתית, האם נמסרו לתובע הסברים על חריגי הפוליסה, ואם כן, ע"י מי ומה הוסבר. עדי הנתבעת הכחישו את גרסת התובע, יחד עם זאת מסרו גרסה שרק חיזקה את גרסת התובע, מאחר והיו קיימות סתירות בן עדותם של נציגי הנתבעת, לגבי מי הסביר מה ומתי, וכשניתנה הזדמנות לעדי הנתבעת להסביר לביהמ"ש, את מנגנון החריגים, לפי התובע , הם לא הצליחו לעשות זאת, על כן ברור כי אף לתובע הם לא יכלו להסביר.

78. לשיטת התובע הפרשנות הראויה לחוזה ביטוח, אמורה להיות המיטיבה עם המבוטח וזאת במיוחד בפירוש תנאי מחריג או מקטין את חבות המבטחת. ככל שביהמ"ש , כך התובע, יקבע כי התקיימו התנאים המוקדמים המאפשרים לנתבעת להסתמך על החריג בסעיף 2.2, גם אז ראוי לנהוג בפרשנות מצמצמת מיטיבה עם המבוטח.

סיכומי הנתבעת

79. לפי הנתבעת כל חוות דעת אחרת מעבר לזו שצירף התובע לתביעתו, איננה חלק מהתובענה, שכן התובע לא ערער על החלטת ביהמ"ש לא לאשר לו לצרף חוות דעת נוספת. וכן, כל טענה לקביעת נכות בהתאם להחלטת המוסד לביטוח לאומי דינה להידחות, לאור זאת שלא ניתן להוכיח באמצעות קביעות המל"ל עניינים שברפואה.

80. באשר לחוות דעת המומחה מטעם ביהמ"ש, כך הנתבעת, הוא העיד כי הוא פעל באופן מיטיב עם התובע. בהתייחס לצלקות המומחה מטעם ביהמ"ש הסביר כי המומחה מטעם התובע טעה טעות מהותית מבחינה רפואית, שכן הצלקת שנותרה אצל התובע

אינה נחשבת כצלקת מבחינה כירורגית ואין לה כל פרמטר שיכול להעיד את כאב או גרד או גירוי, לפיכך היא אינה מזכה בנכות.

81. לשיטת הנתבעת, ניסיונות התובע להפריך את חוות הדעת של המומחה מטעם ביהמ"ש, בשאלות על סעיפים אחרים של נכויות לפי תקנות המל"ל שהמומחה לא פסק לפיהן, לא שינו את דעתו, כן מדובר בסעיפים אשר מומחה התובע בעצמו לא פסק לפיהן , ולא הוכחו על פי חוות דעת ערוכה כדין, לכן כל ניסיון כזה מהווה הרחבת חזית אסורה.

82. לפי הנתבעת, הטענות לפסילת חוות הדעת או להפחתה מערכה לפי התובע, הינן טובות גם לחוות הדעת מטעמו, שכן הבדיקות הקליניות שערך המומחה מטעם ביהמ"ש לתובע, הן יותר מהבדיקות שעבר התובע עצמו ע"י המומחה מטעמו, עובר לעריכת חוות דעתו.

83. ביחס לטענת התובע בסיכומיו לסטטיסטיקה של שכיחות קרע חוזר ברצועה הצולבת, לפי הנתבעת, לא הוצגה כל ראיה לכך, מה גם שאין קביעה מטעם המומחה של התובע או טענה לקריסת ברך תחת משקל או נעילת ברך, לפיכך מדובר בטענה ריקה מתוכן שאין בה לשנות מחוות דעת המומחה של ביהמ"ש.

84. לשיטת הנתבעת, הכשלים אליהם מתייחס התובע בחוות דעת המומחה מטעם ביהמ"ש, אינם אלא בעיות תיאורטיות בהתייחסות המומחה לסוגיה מסוימת וזאת מבלי שהאמור נקשר למקרה הנדון, ואלה מילא סוגיות שהמומחה מטעם התובע לא התייחס אליהן. כאמור הנזק לפיקה שהוא נזק שחיקתי שמתאים לגיל התובע ו/או דלקתי ואין מדובר בנזק תאונתי. כן, הקרע במיניסקוס שאמור להיות לצד ממצא קליני כדי שיעניק נכות, וקלינית אצל התובע המיניסקוס נמצא תקין קלינית ותפקודית. כן נשללה אי יציבות של הברך ואין פגיעה עצבית שמתאימה לניתוח שהתובע עבר .

85. לפי הנתבעת , חוות דעתו של המומחה מטעם ביהמ"ש לא נסתרה והיא אף אוששה והודגשה במסגרת החקירה הנגדית, ואין להעדיף על חוות דעתו את חוות הדעת של מומחה התובע.

86. לפי הנתבעת, חוזה ביטוח כמוהו ככל חוזה אחר, והמגמה העקבית של בתי המשפט, היא כי יש ליתן ללשון החוזה משקל מכריע בפרשנות ההסכם , עיקרון אשר מקבל

משנה תוקף שעה שלשון ההסכם הברורה והחד משמעית מתיישבת עם ההיגיון המסחרי הפשוט.

87. הנתבעת הפנתה לפסיקה , לפיה יש לבחון את סעיפי הפוליסה כמכלול, ולא לבודד רק חלק מהכתוב בפוליסה, כפי שהתובע מנסה, ולהתעלם מהחלק בפוליסה שאינו תואם את ע טענותיו.

88. לשיטת הנתבעת , לשון נספח 1240 ברורה, ואין מקום לפרשנות אחרת מן הכתוב בה, ולפיה, סעיף 2.7, קובע במפורש כי שיעור הנכות שיקבע על ידי רופא מטעם המבוטח כפוף לאישור הנתבעת. אין כל אמירה או קביעה כי הנתבעת זקוקה לטעמים מיוחדים כדי שלא לקבל את קביעת המומחה מטעם המבוטח, ו/או כי מדובר על מקרים מצומצמים ו/או שקביעת הנכות הינה בלעדית על ידי רופא מטעם המבוטח. זאת לצד הרשום הסעיף 7.5 לנספח, כי הנתבעת תהיה רשאית לנהל חקירה ובכלל זה לבדוק את המבוטח על ידי רופא מטעמה, ומספר סעיפים המתייחסים לכך כי שיעור הנכות ייקבע רק בהתאם לאישור החברה.

89. לפי הנתבעת, חוות הדעת מטעם ביהמ"ש הוכיחה את צדקתה, והוכיחה כי חוות דעת התובע איננה סבירה. מה גם שלפי הנתבעת, הטענה לציפייה או להסתמכות של התובע אינה יכולה להתקבל, עת הוא לא סבר כי חוות דעת מטעמו היא זו אשר קובעת את הנכות, שכן הוא פנה לנתבעת לראשונה בתביעה ללא חוות דעת.

90. טענת התובע, כך הנתבעת, כי נכותו תיקבע ע"י מומחה מטעמו באופן בלעדי, הינה טענה הנוגדת כל היגיון ביטוחי או מעשי. התובע אף לא הראה, כי קיים כיסוי לנכות בכל חברה אחרת, בה הנכות נקבעת באופן בלעדי על יד מומחה מטעם המבוטח ללא יכולת התערבות של המבטחת. מה גם שהנספח, בניגוד לטענות התובע, אינו מהווה גלגול של נספח קודם או מאוחר אליו.

91. לפי הנתבעת, התובע טעה בהגדרתו כי הכלל הבסיסי הוא סעיף 2.3 לנספח, הרי סעיף זה הינו למקרה בו האיבר הנפגע אינו מופיע בסעיף 2.1 או בטבלה שבסעיף 2.2א'. מעבר לאמור הנתבעת טענה כי מדובר בהרחבת חזית אסורה.

92. לשיטת הנתבעת, האיבר הנפגע, הברך כחלק מהרגל (גם לפי פסיקת ביהמ"ש העליון), מופיע בטבלה 2.2א לנספח ולכן סעיף 2.3 איננו רלוונטי. בניגוד לטענת התובע הטבלה אינה גורעת מחישוב של אחוזי הנכות, אלא מציגה את הדרך לחשב את הנכות בגין פגיעה בכל איבר שבטבלה.

93. גם אם ביהמ"ש יקבע כי טבלה זו הינה תנאי או סייג, לפי הנתבעת, הרי שהיא עומדת בתנאי סעיף 3 לחוק חוזה הביטוח, שעה שהטבלה מופיעה בסמוך לנושא אליו היא נוגעת ובמקרה שכזה אין חובה להבליט את הסייג.

94. טענות התובע לגבי וידוא ומסירה, כך הנתבעת, אינן רלוונטיות שעה שלא עוסקים בחריגים לפוליסה , מה גם שטענה זו איננה חלק מכתבי הטענות, או בפלוגתאות שהוסכמו בין הצדדים , כך שטענות אלו מהוות הרחבת חזית אסורה.

95. הנתבעת מפנה בטיעוניה לפסק הדין בתיק ע"א 50577-03-18 הראל חברה לביטוח נ' יחיא הישאם (נבו), שם נקבע , בהתייחס לנספח דומה של נכות מתאונה, הכולל התאמה לטבלה בו קיימת דוגמא עם נוסחת חישוב כמו בפוליסה שלפנינו, כי אין קושי פרשני בפוליסה או אי בהירות וכי הפוליסה קובעת מפורשות את דרך הפעולה כאשר איבר כמו הרגל נפגע באופן חלקי, בין שמדובר בפגיעה בברך ובין שמדובר בפגיעה בכל חלק אחר של הרגל. בית המשפט קבע כי הברך הינה חלק מהרגל, וכי יש לבצע התאמה לפי אחוזים מסכום הפיצוי עבור איבוד גמור של רגל בטבלה.

96. לפי הנתבעת, ומאחר ומדובר בנכות חלקית שאיננה איבוד גמור ומוחלט של איבר, מתוך הטבלה, או תפקודו, הסעיף הרלוונטי לענייננו הינו 2.2 ב' אשר מתייחס לנכות חלקית של איבר המופיע בטבלה ושאינה מהווה איבוד גמור ומוחלט של האיבר או תפקודו.

97. לפי נוסח הסעיף 2.2ב לנספח 1240, כך הנתבעת, אין חולק כי לתובע נותרה נכות חלקית תמידית מהתאונה, באיבר המופיע בטבלה, ואין חולק כי הפגיעה לא מהווה איבוד גמור ומוחלט של הרגל או תפקודה, ולפי הסעיף סכום הפיצוי המלא יוכפל בשיעור הנכות שנקבע ע"י החברה, לבין שיעור הנכות המקסימאלי לאותו איבר כפי שהוא קבוע בתקנות המל"ל.

98. התובע, כך הנתבעת, ביקש להסתמך על סעיפים 29(4) ו- 32(7)(4) לתקנות המל"ל, כאשר הראשון מתייחס לתסמונות מוחיות ופגיעות עצביות , עניין שאיננו רלוונטי לתובע, והסעיף האחרון מתייחס לחולשת גפה ופגיעה בעצבי הירך, מאחר וחולשה קשה אינה מהווה נכות מקסימאלית לרגל והן מאחר ועסקינן בפגיעה בברך ולא בירך גם סעיף זה אינו רלוונטי.

99. לשיטת הנתבעת, כל מה שהעלה התובע מעבר לאמור בכתבי טענותיו , מהווה הרחבת חזית אסורה. עניין אופן רכישת הפוליסה או התנהלותו מול הסוכנים לא הועלה בכתב התביעה על אף שהוא העיד כי סיפר לעורך דין שלו מהיום הראשון, לפיכך הנתבעת התנגדה לסעיפים בתצהיר התובע העוסקים ברכישת הפוליסה וההתנהלות מול סוכן הביטוח, מעבר לעניין כי מדובר בטענות שחלה עליהן התיישנות מאחר והם מתייחסים לאירועים משנת 2012, כן מדובר בטענות בעל פה כנגד מסמכים בכתב, טענות שנטענו רק בהליך המשפטי ולא לפני כן, על ידי עד יחיד בעל עניין.

100. לשיטת הנתבעת פניות התובע בכתב אליה , בטרם הוגשה התביעה דנן לא כללו בקשה לקבל את הפוליסה ו/או הוראותיה, דבר המעיד על כך שהפוליסה הייתה בהישג יד ונמצאת אצל התובע.

101. לפי הנתבעת, צ עדות התובע הייתה מתחמקת ולא קוהרנטית ואינה מתיישבת עם ההיגיון, גרסתו לא הייתה אחידה לעניין קבלת הפוליסה לידיו לאחר רכישתה. כן, גרסתו נסתרה על ידי עדי הנתבעת , הן באשר לזהות המשתתפים בפגישות במעמד המכירה , ומתן הסברים על הפוליסה, וסיבת רכישתה בסכום כה גבוה בגלל טבלת ההתאמה, כן לגבי אי קביעת אחוזי הנכות על ידי מומחה מטעם התובע.

102. יש להעדיף עדויות עדי ההגנה על פני עדויות התובע, כך הנתבעת, שכן מדובר בעדויות קוהרנטיות ועקביות. לצד עדות התובע שלא היה בפיו הסבר מי החתים אותו על הפוליסה, והעיד כי איננו קורא אף פוליסה , ונטען על ידי בא כוחו של התובע כי הפוליסה שצורפה הוצאה מהאינטרנט היינו הייתה נגישה בכל רגע נתון.

103. לפי הנתבעת, טענות התובע בדבר חובת הגילוי והיידוע, הינן בגדר הרחבת חזית. התובע אף לא הוכיח כי באותה תקופה, ניתן היה לרכוש פוליסה עם כיסוי אחר למקרה נכות מתאונה, והפוליסות שהוא צירף לראיותיו, אינן רלוונטיות הן לאור סוג הפוליסה והן לאור התקופה בה יצאה הפוליסה.

104. לשיטת הנתבעת, בדגש על קביעת מומחה ביהמ"ש , לשונה הברורה של הפוליסה וההיגיון שבצידה , כללי הפרשנות ועדויות נציגי הנתבעת , ביהמ"ש מתבקש לדחות את התביעה.

<u>דיון והכרעה</u>

צירוף ראיות חדשות

105. תחילה, אתייחס לטענת התובע שהועלתה בשנית, להסתמך על ראיות חדשות שהתגבשו, לאחר הגשת חוות דעת מטעם מומחה ביהמ"ש, ד"ר נירנברג. הראיות שביקש התובע להסתמך עליהן היוו, חוות דעת "מגיבה" מטעמו, הקובעת החמרה במצבו, והחלטת ועדה רפואית של המל"ל שקבעה אף היא נכות בשיעור 40%.

106. התובע שוב העלה את הטענה, למרות שביהמ"ש כבר דחה את בקשתו הקודמת לצירוף חוות הדעת החדשה, ואין זה משנה לקרוא לחוות הדעת "מגיבה", כאשר נראה כי קיים ניסיון להגיש חוות דעת נגדית חדשה הקובעת נכות גבוהה משמעותית מזו שנקבעה על ידי המומחה מטעם ביהמ"ש, כמהלך של ניסיון לבצע "מקצה שיפורים" שנועד לעקוף את קביעותיו של המומחה מטעם ביהמ"ש, וכפי שנאמר בהחלטת ביהמ"ש הקודמת הדרך הראויה להתמודד עם קביעותיו של המומחה מטעם ביהמ"ש, היא לא בהגשת חוות דעת סותרת, אלא באמצעות חקירתו הנגדית, ובמקרה דנן, ב"כ התובע חקר את המומחה ארוכות.

107. באשר לקביעות ע"פ החלטת המוסד לביטוח לאומי בוועדה, והיות אותה קביעה אובייקטיבית כפי שטען התובע בסיכומיו, ועדיפה על כל קביעה של מומחה רפואי אחר, הרי שאין לקבל טיעון זה, היות וקביעות המוסד לביטוח לאומי לעניין אחוזי נכות אינן מהוות ראיה מחייבת בתביעה בהליך אזרחי, ואין להן מעמד משפטי בהליך דנן, והקביעה של המל"ל הינה החלטה של גוף מינהלי, שלא נבחנה באותו אופן בהליך הנוכחי, מה גם שהפער בין קביעת הוועדה לבין קביעת המומחה איננו סיבה לפסילת חוות הדעת של המומחה, שהינו צד ניטרלי וטענותיו נבחנו תחת חקירתו הנגדית של התובע. (ראה <u>אורי גורן **סוגיות בסדר דין אזרחי** | **(2020)** שער עשרים - מומחים רפואיים</u> , <u>רע"א 1834/18 **שירותי בריאות כללית נ' פלונית** (03.05.2018)</u>).

108. מכל מקום, הלכה פסוקה היא כי בהמ"ש נוטה לאמץ את ממצאיו ומסקנותיו של מומחה אשר מונה מטעמו, בהיותו גורם אובייקטיבי, ונייטרלי המשמש כ"זרועו הארוכה" של בית המשפט. יחד עם זאת, אין משמעות הדבר כי ביהמ"ש כבול למסקנותיו של אותו מומחה כ"חותמת גומי" להמלצותיו, וסמכות ההכרעה הסופית, הן בממצאים העובדתיים והן ביישום המשפטי, מסורה לעולם לבית המשפט, אך לא מצאתי בחקירתו הנגדית הארוכה עד מאוד של המומחה מטעם בית המשפט משום נימוקים שיש בהם כדי לפסול את חוות דעתו כולה או חלקה.

פרשנות הפוליסה , חובת הגילוי וההבלטה

109. הטענה המרכזית של התובע, מתייחסת לסעיף 2.6 לנספח הקובע כי "**שיעור הנכות התמידית של מבוטח על-פי ביטוח נוסף זה ייקבע על ידי רופא מטעמו**" , התובע טען כי לסעיף זה ניתן מעמד בכורה, והוא היווה עבורו שיקול עיקרי ברכישת הפוליסה.

110. סעיף 2.7 לנספח, קובע "**להסרת ספק מובהר בזה, כי תשלום סכום ביטוח על פי הפוליסה, מותנה באישור שיעור הנכות התמידית האמור בסעיף 2.6 לעיל על-ידי החברה**" , וסעיף 7.5 קובע "**החברה תהיה רשאית לנהל כל חקירה ובכלל זה לבדוק את המבוטח על-ידי רופא או רופאים מטעמה ועל-חשבונה**".

111. לפי התובע , החברה אינה יכולה לדחות את קביעת המומחה מטעמו, רק כי מומחה מטעמה סבור אחרת. על החברה להצביע על טעמים מיוחדים "היורדים לשורש חוות הדעת" וכל פרשנות אחרת הופכת את סעיף 2.6 לחסר משמעות ואף לכדי הטעיה, היינו התובע טוען כי לנתבעת זכות סירוב מצומצמת, וכל פרשנות אחרת מאיינת את מעמדה של חוות הדעת מטעמו.

112. לפי התובע "הגלגולים" שהפוליסה עברה, כאשר בנוסח קודם צויין כי החברה היא זו אשר תקבע את דרגת הנכות ע"י רופא מטעמה, והנוסח שונה בנספח 1240 , כד שרופא מטעם המבוטח הוא שמעריך את הנכות, וזאת , כדי להפוך את הפוליסה לאטרקטיבית יותר למבוטחים פוטנציאליים, ושוב שונה הנוסח בגרסה מאוחרת יותר לנוסח "חלש יותר" , דבר המוכיח לטענתו כי הכוונה בנוסח הרלוונטי לענייננו, הייתה לתת משקל מכריע לחוות דעת של מומחה המבוטח, ולא לזו של המבטחת.

113. הנתבעת מוצאת תימוכין לטענתה בדבר העדר הגיון ביטוחי או הגיון בכלל שמומחה מטעם מבוטח הוא שיקבע את הנכות, מצב הנוגד את לשון הפוליסה וכל היגיון ביטוחי ,כי אף חברה לא תיתן "צ'ק פתוח" למבוטחים לקבוע את נכותם, גם בעדות של העד מר הופמן, וכן התנהלות התובע עצמו מוכיחים בעת שהוא פנה לראשונה בתביעה לנתבעת ,ללא צירוף חוות דעת רפואית מטעמו, דבר המוכיח כי אף הוא לא סבר כי חוות דעת מומחה מטעמו היא זו שקובעת את הנכות.

114. בחקירתו הנגדית של התובע הוא הציג את הפוליסה, כפי שסוכנת הביטוח הילה הופמן הציגה אותה, בעקבות תנאי זה , כפוליסה "פגז" , ומסר כי הבין שהפיצוי שיקבל יחושב ישירות מאחוז הנכות שיקבע המומחה מטעמו , ללא סייגים או הפחתות, כפי שנפרט בהמשך.

115. התובע אף הדגיש בחקירתו הנגדית כי סוכני הביטוח, חזרו על ההבטחה הנ"ל גם לאחר פציעתו. הוא חזר על זה שהוא הסתמך על ההבטחות שניתנו לו בעל פה, בשל יחסי החברות והאמון בינו לבין סוכני הביטוח, ולכן לא התעמק בפרטי הפוליסה הכתובה.

116. בחקירתה הנגדית של הסוכנת הילה הופמן, היא מסרה כי היא לא הייתה מעורבת ישירות במתן ההסברים ובחתימה על הפוליסה, וכי אביה מר עמוס הופמן הוא זה שטיפל בכך. כן ענתה בשלילה, לשאלה אם היא מכירה פוליסת ביטוח שבה המומחה הקובע הוא מטעם המבוטח. יחד עם זאת היא אישרה כי לאחר התאונה היא המליצה לתובע לפנות למומחה רפואי מטעמו, ולהילחם על מה שמגיע לו מהטעם כי לעיתים קרובות, קיימים פערים בין הערכות נכות של מומחה המבוטח אל מול המומחה של חברת הביטוח.

117. הסוכן עמוס הופמן, בחקירתו הנגדית הכחיש את גרסת התובע לפיה הובטח לו שרופא מטעמו יקבע את הנכות באופן בלעדי, הוא תיאר את הנוהל המקובל בענף, שלטענתו הוא הסביר לתובע, כי לכולם הוא נותן את אותו הסבר. במהלך חקירתו , הוא חזר שוב ושוב על גרסתו כי המנגנון של חברות הביטוח כולל בדיקה ואישור שלה, ואם אין הסכמה, פונים לבית המשפט "ככה זה עובד".

118. דומה כי, הנטל להוכיח כי ניתנה לתובע הבטחה כי קביעת המומחה מטעמו תהיה בלעדית, מוטלת עליו. בחינת גרסתו של התובע מול גרסת עדי ההגנה , במיוחד הסוכנים , מעלה ספק משמעותי אם היה באפשרות התובע להרים נטל זה.

119. מחקירת העדים, נותרה סתירה עובדתית ומהותית, בין גרסת התובע לבין גרסת הסוכנים מטעם הנתבעת, בשאלה בסיסית "מי נכח בפגישת המכירה?" התובע טען כי הסוכנת הילה היא זו שנכחה והחתימה אותו , בעוד שהילה העידה כי איננה מוסמכת להחתים על פוליסות ביטוח חיים ומי שהחתים את התובע זה היה אביה מר עמוס, שגם הוא אישר בחקירתו את אותה גרסה, אימת את החתימות שלו על הצעת הביטוח והבהיר שזה חלקו.

120. שאלה עובדתית זו, מערערת את מהימנות ומשקל עדות התובע לטעמי, או לכל הפחות לא נותנת מענה לעניין בסיסי המשליך על טענותיו של התובע, גרסתו הכללית, לרבות תוכן הדברים שנאמרו באותה פגישה. עדות יחידה אל מול גרסתם של שני עדי הנתבעת, דבר המשליך על משקל גרסתו של התובע כך שנדרש חיזוק לגרסה זו.

121. בהמשך לאמור, באשר לטענה, אודות אי מסירת הפוליסה, טענה אשר עלתה לראשונה בתצהיר העדות הראשית של התובע, אכן המדובר הוא בהרחבת חזית אסורה. טיעון זה כמוהו, כמו הטיעון הנוסף שהוסף לתצהירו של התובע, על אופן התנהלות מול סוכנת הביטוח הילה, אודות תנאי חתימת הפוליסה, כאשר העלאת טענות אלו בשלב כה מאוחר מהווה "הרחבת חזית אסורה".

122. בכתב התביעה התובע התמקד בפרשנות סעיפי הפוליסה, ובהבלטת הסעיפים, ובמחלוקת על שיעור הנכות המגיע לו. בתצהירו הוצגה בפעם הראשונה, הטענה בדבר אי מסירת הפוליסה לידיו, ולא בכדי. מאחר והטענה של אי מסירה, איננה מהווה טיעון שולי, אלא טענה עובדתית המשנה את כל יסודות הדיון בתביעה, נגזרות ממנה טענות, כמו טענות הסתמכות על מצגי הסוכנים, הידיעה על קיומן של החרגות, ועוד.

123. מהלך זה של התובע, מעמיד את הנתבעת מול מסכת עובדתית חדשה לחלוטין, שלא ניתנה לה הזדמנות מספקת להתגונן מפניה בכתבי הטענות. הרי הסוכנים, מהווים בעצם כזרועה הארוכה של המבטחת , על פי סעיף 33(א) לחוק חוזה הביטוח והפסיקה הענפה, האחריות למעשיהם של הסוכנים, למצגיהם ולמחדליהם מוטל על כתפי הנתבעת. ובמקרה עסקינן, הנתבעת לא הרימה את הנטל כי הפוליסה נמסרה. (ראו ע"א 702/89 **אליהו חברה לביטוח בע"מ נ' נועם אורים** ,מה(2) 811 (1991)).

124. מה גם שאי מסירת הפוליסה, קשורה בקשר הדוק לטענות התובע בדבר הפרת חובות הגילוי והוידוא על ידי הנתבעת, מהווה תנאי הכרחי לביסוס טענות אלו. רק אם התובע לא קיבל לידיו את המסמך הכתוב הוא יכול לטעון כי הסתמך באופן מוחלט על המצגים בעל פה, וכי הנתבעת כשלה בחובתה ליידע אותו על תנאי הפוליסה. ומאחר ואני סבורה כי טענת המסירה הינה הרחבת חזית אסורה, נשמט הבסיס מתחת לטענות הנלוות.

"באי מסירת הפוליסה לידי המשיבה המבקשות הפרו שלוש חובות מרכזיות: חובת המסירה של הפוליסה לידי המבוטח ,חובת הגילוי וחובת הווידוא .

חובת המבטח למסור את פוליסת הביטוח לידי המבוטח מעוגנת בסעיף 2(א) לחוק חוזה ביטוח. חובה זו אינה דרישה פורמאלית או טכנית. המהות בתנאי היא מתן הזדמנות למבוטח לדעת את זכויותיו ולעמוד עליהן בעת הצורך, וכן לכלכל את צעדיו בנושא הביטוח. כלל זה מפנים את ההכרה בפערי הכוחות בין המבטח לבין המבוטח (ולר, עמודים 220-219; אליאס, עמוד 334). נוכח תכלית זו, בית משפט זה קבע כי הפרת חובת המסירה מובילה לכך שהמבטח מנוע מלהישען על הסייגים המופיעים בפוליסה) ישר, עמ' 761-760; להצדקות נוספות לתוצאה זו ראו, אליאס, עמ' 717." (רע"א 4032/17 **הפניקס חברה לביטוח בע"מ נ' חברת ס.א.ל שיווק ביצים בע"מ** (נבו 14.5.2018) "רעא 4032/17 הפניקס חברה לביטוח בע"מ נ' חברת ס.א.ל שיווק ביצים בע"מ).

125. דומה כי, העלאת הטענה ע"י התובע בדבר אי מסירת הפוליסה, בשלב מאוחר של הדיון, בצירוף גרסתו העובדתית אשר לא הוכחה, מובילה למסקנה כי התובע לא הרים את הנטל להוכיח את הנרטיב שהציג, לכן אני סבורה כי דין טענתו זו דחיה.

126. באשר לפרשנות הפוליסה, הסמכות לפרש את הוראות הפוליסה ולהכריע במשמעותההמשפטית מסורה באופן בלעדי לבית המשפט. כפי שנקבע בפסיקה, על ביהמ"ש להתחקות אחר אומד דעתם של הצדדים כפי שהוא משתמע מלשון החוזה ומהנסיבות החיצוניות (**ע"א 453/11 מ.ש. מוצרי אלומיניום (נבו, 21.08.2013)**), על אף קיומם של כללי פרשנות ייחודיים לדיני הביטוח, הנוטים לטובת המבוטח, נקודת המוצא נותרת לשון החוזה ותכליתו המסחרית, והרי בהתקשרות בפוליסת ביטוח שהיא חוזה אחיד, יש קושי לעמוד על התכלית הסובייקטיבית של הצדדים, ולכן הפוליסה תפורש לרוב ע"פ תכליתה האובייקטיבית.

127. התובע מבקש לבסס את טענתו בעיקר על לשונו הברורה של סעיף 2.6, כי הנכות נקבעת ע"י רופא מטעמו, ואכן, קריאה מבודדת של סעיף זה עשויה ליצור ציפייה כי קביעת המומחה מטעמו היא סוף פסוק. עם זאת, כללי הפרשנות מחייבים קריאה של החוזה כמיקשה אחת, כמכלול אחד תוך יצירת הרמוניה בין הסעיפים, לכן לא ניתן להתעלם מסעיף 2.7, הסמוך לו, הקובע במפורש כי תשלום התגמולים מותנה באישור שיעור הנכות על-ידי החברה.

128. הפרשנות ההגיונית היחידה, המתיישבת בין שני הסעיפים ומעניקה משמעות לכל אחד מהם, היא כי מדובר במנגנון דו-שלבי, לפיו המבוטח יוזם את התביעה ומבסס אותה על חוות דעת מטעמו. זהו שלב הצגת התביעה, ולאחר מכן חברת הביטוח

מפעילה את זכותה החוזית לבחון את הקביעה, לאשר אותה, או לחלוק עליה, זכות המהווה תנאי לתשלום.

129. פרשנות זו מעניקה משמעות ותפקיד לשני הסעיפים, בניגוד לפרשנות התובע, אשר מאיינת למעשה את משמעותו של סעיף 2.7 והופכת אותו לאות מתה, ומעבר לפרשנות הלשונית של הסעיפים, יש לבחון את תכלית החוזה ואת ההיגיון העסקי העומד בבסיסו.

130. פרשנות לפיה המבוטח, באמצעות מומחה מטעמו, יכול לקבוע באופן חד-צדדי ומחייב את היקף חבותה הכספית של החברה המבטחת, היא פרשנות הנוגדת את ההיגיון המסחרי הבסיסי. כפי שהעיד סוכן הביטוח, מר עמוס הופמן, מצב כזה שקול למתן "צ'ק פתוח" למבוטח, וספק אם חברה מסחרית כלשהי הייתה מסכימה להתקשר בחוזה המאפשר לצד השני לקבוע בעצמו, ללא כל מנגנון בקרה אפקטיבי, את סכום הפיצוי שיקבל.

131. מה גם, ואני מסכימה עם טיעון הנתבעת, אין בפוליסה כל עיגון לטענת התובע כי על הנתבעת להצביע על "טעמים מיוחדים היורדים לשורש חוות הדעת". זוהי פרשנות של התובע, שאין לה בסיס בלשון החוזה. זכותה של הנתבעת לאשר את הקביעה, משמעה זכות מהותית לבחון את סבירותה, ולא רק סמכות טכנית.

132. על כן ולאור האמור, קריאה כוללת של סעיפי הפוליסה, הבוחנת את אומד דעת הצדדים לאור לשונם ובהתאם להיגיון המסחרי והביטוחי, מובילה למסקנה כי המנגנון לקביעת הנכות אינו מעניק קביעה בלעדית למומחה מטעם התובע. וכי סמכותה של הנתבעת לאשר את הקביעה, היא סמכות מהותית המאפשרת לה להעמיד את הקביעה לבחינה וביקורת, ובמידת הצורך לחלוק עליה. פרשנות זו תואמת את הנוהג המקובל בענף הביטוח, מבטאת את התכלית המסחרית של החוזה, ומעניקה משמעות לכלל הוראותיו.

133. יחד עם זאת, לעניין מעמד סעיפי 2.3 ו- 2.2 , האם מדובר בסייג או תנאי או חלק אינטגראלי מהפוליסה , אני מסכימה עם התובע כי הם בחזקת תנאים או סייגים, הרי סייג או תנאי מגביל בפוליסת ביטוח אינם נבחנים במבחן פורמלי, אלא במבחן מהותי הנדרש לתכליתה של התניה הנבחנת. כל תניה אשר יש בה כדי לשלול או לצמצם אחריות לנזקים, אשר לולא כן היו מכוסים על-ידי הפוליסה, מהווה "סייג" כמשמעותו בדיני הביטוח. הביטוי "סייג" מתייחס הן לעצם חבות המבטח והן להיקפה. סייגים אלה שוללים או מצמצמים את אחריות **המבטח לנזקים אשר לולא הסייג היו מכוסים**

על-ידי חוזה הביטוח. [ירון אליאס דיני ביטוח | (2016) פרק שישה-עשר תנאים וסייגים לחבות המבטח (להלן "**ירון אליאס דיני ביטוח**"); **ע"א (מחוזי ת"א) 20078-11-08 הפניקס הישראלי חברה לביטוח בע"מ נ' שלום בוקטוס(25.6.2012)).**

134. יובהר כי העיקרון המנחה בחוק חוזה הביטוח הוא שמבוטח אמור לדעת בבירור מהם גבולות ומגבלות הכיסוי הביטוחי עליו הוא מסתמך, ומכאן נשאלת השאלה הם סייגים אלה עמדו בתנאיו של סעיף 3 לחוק חוזה הביטוח.

135. סעיף 3 לחוק קובע כלל קוגנטי, כל סייג או תנאי שמגביל את חבות המבטח חייב להיות "בהבלטה מיוחדת" או "בסמוך לנושא שהוא נוגע לו", וזאת כדי להבטיח שמבוטח סביר יעמוד על קיומו, וזאת כדי למנוע "הבלעה" של תנאי מגביל כזה או אחר. (**ת"צ 39018-09-20 אשר מעוז נ' הראל חברה לביטוח בע"מ** (07.4.2024) להלן: "פס"ד מעוז")).

136. סעיף 2.2 לפוליסה קובע מנגנון פיצוי מופחת בגין נכות חלקית באיברים המנויים בטבלה, כך שהפיצוי אינו לפי תקנות הביטוח הלאומי, אלא בנוסחה מחמירה יותר שמפחיתה את הסכום. זהו, על פי המבחן המהותי בפסיקה ,תנאי שמצמצם את הכיסוי, ולכן סייג לחבות המבטח, שיש לגביו חובת הבלטה מוגברת והגנה על זכות המבוטח לדעת. כל תניה שיש בה כדי לצמצם, לשלול או להוות חריג לחבות המבטח, דינה כסייג אף אם היא מופיעה במבנה הפוליסה כהגדרה או תנאי מוקדם (ירון אליאס, דיני ביטוח).

137. כאמור לעיל, החוק מציב שתי חלופות, פירוט בסמוך לנושא שהם נוגעים לו, או הבלטה מיוחדת. הפסיקה קבעה שגם כאשר התנאי מפורט בסמוך לנושא, עליו להיות מוצג באופן בולט ובצורה המאפשרת את זיהויו והפניה אפקטיבית של תשומת לב המבוטח.

138. במקרה עסקינן, אני סבורה כי הסעיף הרלוונטי איננו מובלע, הטבלה עצמה נמצאת בנספח ייעודי ומופרד, הנושא כותרת בולטת "ביטוח נוסף נכות עקב תאונה", הסעיף איננו חלק מההגדרות אלא מחבות החברה מוצג מיד לאחר הפירוט העובדתי של המקרים המכוסים, באופן המקושר חד משמעית לנושא, קביעת פיצוי בגין נכות חלקית באיברים המרכזיים.

139. הטבלה ממקומת בעמוד עצמאי המוקדש לכל התניה האקטואלית לעסקה, ולא מצורפת למשל בתוך חוברת כללית.

140. המבוטח מקבל את הנספח במועד ההצטרפות, הצמוד לטופס גילוי הנאות המפורט, המפנה ברחל בתך הקטנה לנספח ולא רק לכתב ההצעה הכללי.

141. באשר לנוסח בטבלה, הרי הטבלה מפורטת , בין היתר אופן החישוב מפורט היטב וללא התחכמות או הסוואה לשונית.

142. מה שכן, הלכה למעשה, אני סבורה כי מבוטח שנחשף למסמך של הגילוי הנאות בצירוף הנספח, בכותרות שלו ובעיצוב, אינו יכול להחמיץ את העובדה שהפיצוי בגין נכות בנכות חלקית כפוף באיברים מסוימים לטבלה הנמצאת בו, ולפי תנאי הפיצוי לפיה.

143. הפסיקה הכירה בכך שלא נדרשת "הבלטה מיוחדת" במובנה הגרפי כאשר הסייג מוצג במקום מרכזי, בנפרד, בכותרת ברורה ובצמוד לכל הנסיבות הרלוונטיות, ושעצם הפניית טופס הגילוי המפורט לנספח הספציפי והמקיף עונה על תכלית הסעיף. (ראו פס"ד מעוז, ירון אליאס דיני ביטוח, **עא 11081/02 דולב חברה לביטוח בע"מ נ' סיגלית קדוש, פ"ד סב(2) 573,** ה"פ (15-09-6701 **מרדכי בן עזרא נ' הראל חברה לביטוח בע"מ** (נבו 28.7.2016)).

144. אי לכך, אני סבורה כי הפוליסה דנן מקיימת את דרישת הפירוט בסמוך לנושא, הנספח העצמאי, הכותרת הייעודית והפירוט בטבלה לצד מנגנון החישוב, אלה מציבים סטנדרט לפיו האדם הסביר המעיין במסמכי הביטוח מבחין בסייג.

145. יובהר כי התובע בחקירתו, דיבר על העובדה כי הוא מעולם לא קורא פוליסות, ולא דואג כי הפוליסה תהיה אצלו מלבד פוליסת "ביטוח חובה לרכב" , וכי הוא מיחס אמון לסוכניו האמונים על הפוליסות, ולכן טען כי אם הוא היה רואה את הפוליסה על תנאיה , הוא לא היה רוכש אותה. הפסיקה גם הכירה בכך שהמגמה הכללית בדיני ביטוח היא להפחית "נטל הקריאה" המוטל על מבוטח, חרף האמור, אני לא סבורה כי התובע פטור לגמרי מאחריות במקרה דנן, מאחר ובגרסתו עלה קושי משמעותי להבין את הסתירה בין טענתו העקבית שהוא לא קיבל לידיו את הפוליסה, לבין טענתו כי סעיפי ההחרגה בפוליסה לא הובלטו כראוי. מעבר לאמור, אני תוהה כיצד אדם הרואה חשיבות כל כך רבה במסמך ובתנאי פוליסה ספציפי, לא ידרוש לקבל העתק מאותה פוליסה במשך כמעט עשור, הוסף על כך כי בחקירתו עלתה אי ודאות לגבי המסמכים שהוצגו בפניו, בין היתר , טופס הגילוי הנאות, משנשאל אם קיבל אותו, מיד ענה שלא קיבל דבר, אך מיד לאחר מכן ביקש לראות את המסמך כדי לזהות אותו.

146. באשר לטיעון בדבר שינוי נוסח הפוליסה, וגלגולים שעברה הפוליסה במהלך השנים, איני סבורה כי יש בכך כשלעצמו כדי לבסס ספק פרשני בפרשנות הפוליסה במקרה דנן, או להחיל על כך את כלל הפרשנות כנגד המנסח. שוב אציין, כל עוד לשון הנספח הקיים ברורה והכוונה המרכזית נגזרת מהכתוב עצמו ולא מהמניעים או ההיסטוריה השיווקית של החברה.

חוות הדעת והערכת שיעור הנכות

147. כאמור, התובע טען כי יש להעדיף את חוות הדעת של מומחה מטעמו, או לפחות להעדיף את הפרשנות והקביעות בה, על פני חוות דעת המומחה מטעם ביהמ"ש.

148. הנתבעת עמדה על כך שמומחה בית המשפט פעל באופן תקין ואובייקטיבי, סקר את מכלול החומר ואף נחקר על חוות דעתו.

149. טענתו המרכזית של התובע, נגעה לכך שמומחה בית המשפט לא יישם נכונה, את סעיפי תקנות המל"ל הרלוונטיים. בין יתר הטענות עניין צלקות, הקרע במיניסקוס, שבר עצם טיביה ונעילת הברך.

150. התובע טען לזכאות לנכות בשל פגיעה ברצועה הצולבת, כשהטענה העיקרית היא שפגיעות מסוג זה זכאיות לאחוזי נכות לפי תקנות המל"ל. אולם עמדת הנתבעת, וזו גם המגמה הברורה בהלכה, היא שלעניין נזק לרצועה הצולבת יש להוכיח לא רק קיומה של פגיעה הדמייתית, צילום MRI, וכיו"ב אלא נדרש גם שיתקיים ביטוי קליני מהותי, מגבלה תפקודית, כאב ניכר, אי יציבות, או הפחתה מוכחת בפעילות, נטען כי, אין די בממצא הדמייתי בלבד לצורך הכרה בנכות (**רע"א 9737/03 אסתר זיגלמן נ' משרד הביטחון- קצין תגמולים (04.07.2005)** ; **רע"א 3986/13 נעם הנדרוגר נ' משרד הבטחון - קצין התגמולים (30.10.2013).**)

151. אכן, חקירת המומחה הבהירה היטב את אופן הפעלת שיקול הדעת המקצועי והיישום של התקנות לאור הפסיקה המחייבת, לרבות אבחנה ברורה בין נזק לקרע, והמשמעות הקלינית שלהן.

152. התובע דרש לקבוע לו נכות בשיעור 10% בגין צלקות, בהתבסס על חוות דעתו של המומחה מטעמו, התובע טען כי הצלקות קיימות, בולטות, ומהוות נזק אסתטי ותפקודי המצדיק פיצוי, כפי שנקבע על ידי המומחה שלו.

153. המומחה בדק את התובע קלינית ומצא כי הצלקות אינן עומדות בפרמטרים המזכים בנכות .הסביר כי מומחה התובע טעה "טעות מהותית" מבחינה רפואית, שכן הצלקת שנותרה אינה נחשבת לצלקת בעייתית מבחינה כירורגית. אף שטען בתחילה כי מצא צלקת אחת, הוא עמד על כך שלא מצא פגם אסתטי או תפקודי מהותי באף אחת מהצלקות שהיו עלולות לזכות בנכות

154. לעניין הטיעון של "נעילת הברך", הרי נושא זה לא היה חלק מליבת המחלוקת המקורית, התובע לא טען בחוות דעתו המקורית לקיומה של "נעילת ברך" כפגיעה נפרדת, אלא העלה את הסוגיה במהלך חקירתו הנגדית של מומחה בית המשפט, ד"ר גרינברג, במטרה להצביע על כשלים בבדיקתו, היינו טיעון שהשימוש בו בעיקר ככלי טקטי בחקירה הנגדית של מומחה בית המשפט. התובע השתמש בסוגיה זו כדי לנסות ולהוכיח כי בדיקתו של המומחה לא הייתה יסודית, וכי מסקנותיו אינן מבוססות דיין.

155. דומה כי, המומחה מטעם ביהמ"ש נחקר ארוכות על ידי התובע, והחקירה התמקדה בבחינת המתודולוגיה שלו, ובניסיון לערער על החלטותיו שלא להעניק נכות בגין רכיבים שונים, תוך הדגשת פערים בין חוות דעתו לבין לשון תקנות הביטוח הלאומי.

156. ב**רע"א 8152/18 פלונים נ' כלל חברה לביטוח** (פורסם בנבו). קבע כב' השופט עמית בפסק דין פלונים: "....פסילת חוות דעת מומחה אשר מונה מטעם בית המשפט שמורה למקרים קיצוניים, בהם נפל בחוות הדעת פגם היורד לשורש חוות הדעת, שיש בו כדי לגרום לצדדים עיוות דין, ומקום בו בית המשפט מתקשה לאמץ חוות דעת של מומחה מטעמו, ניתן לבחור בסעדים מתונים יותר לריפוי פגם שנפל בחוות הדעת..."

157. בתיק **רע"א 1834/18 שירותי בריאות כללית נ' פלונית** (פורסם בנבו) קבעה כב' השופטת וילנר את הדברים הבאים: "....נדרש המומחה לשקף בחוות דעתו את מצבו הרפואי האמיתי של הניזוק, על יסוד כל החומר הרפואי הרלוונטי והערכתו המקצועית. בכלל זה, טרם גיבוש חוות דעתו, על המומחה לבחון את כל הבדיקות הרפואיות הרלוונטיות של הניזוק ואת חוות הדעת שהוגשו בענייננו מטעם שני הצדדים להליך (ראו והשוו: רע"א 600/96 אדרי נ' מגדל חברה לביטוח בע"מ, [פורסם בנבו] פסקה 4 (14.7.1996); רע"א 6116/97 שוחט נ' ציון, חברה לביטוח בע"מ [פורסם בנבו] (28.11.1997))."

158. התובע לא הצליח להצביע על כל פגם מהותי, טעות בשיקול הדעת או חוסר אובייקטיביות בחוות דעתו של מומחה בית המשפט.

159. לאור האמור לעיל, ובהינתן שחוות דעת מומחה בית המשפט נערכה באופן מקצועי, לא בוצעה בה חריגה מהותית, וכל הטענות באשר ליישום התקנות הוסברו במענה ובהתאמה לפסיקה, אין מקום להעדיף חוות דעת פרטית .הפסיקה ברורה, בית המשפט יעדיף את חוות דעת מומחה בית המשפט, למעט מקרים קיצוניים של טעות ברורה, חוסר סבירות, הטיה מקצועית, פגם מהותי או נימוק משכנע אחר

160. אי לכך, לאחר שמיעת העדויות, עיון בראיות ובחינה מעמיקה של טענות הצדדים, מתבקשת המסקנה כי דין התביעה להידחות. התובע לא הצליח להרים את הנטל המוטל עליו להוכיח כי נכותו גבוהה מזו שנקבעה על ידי מומחה בית המשפט, ומשכך, אין לו כל עילת תביעה נוספת כנגד הנתבעת, אשר שילמה לו את מלוא הפיצוי המגיע לו על פי הפוליסה.

חיפה
למקור *
817388 *

161. הנתבעת הכירה בחבותה על פי הפוליסה ושילמה לתובע פיצוי מלא בהתאם לנכות זו לפי הפוליסה, לאחר התאמת הנוסחה משכך התובע קיבל את מלוא סעדיו ואיו לו כל תביעה

162. על כן, ולאור כל האמור לעיל, דין התביעה דחיה, וכך אני מורה.

163. התובע יישא בהוצאות הנתבעת בגין חלקה בשכר טרחת המומחה מטעם בית המשפט, כפי ששולם על ידה, וכן שכ"ט עו"ד בשיעור 15,000 ש"ח.

164. הסכומים שנפסקו ישולמו תוך 30 ימים.

165. המזכירות תמציא את פסק הדין לצדדים, ותסגור את התיק ברישומיה.

ניתן היום, כ"ז אב תשפ"ה, 21 אוגוסט 2025, בהעדר הצדדים.



ג'אדה בסול, שופטת