

בית משפט השלום בתל אביב – יפו  
24 אוגוסט 2014  
ת"א 57187-11-11 פרחי נ' הפניקס חברה לביטוח בע"מ

בפני כב' סגן הנשיא השופט אליהו קידר  
תובע עוזי פרחי  
נתבע הפניקס חברה לביטוח בע"מ

פסק דין

1. לפני תביעה לתשלום על פי פוליסת ביטוח.
  2. התובע הינו יורשה החוקי של המנוחה איה פרחי ז"ל שנפטרה ב – 16.10.09.
  3. הנתבעת הינה חברת ביטוח אשר, בזמנים הרלוונטיים לתביעה ביטחה את התובע ואת המנוחה בפוליסת ביטוח חיים מס' 158836018 ו – 1588399012, הכוללת כיסוי למקרה של פטירת המבוטח.
  4. במהלך חודש ינואר 04 נחתם חוזה הלואה בין התובע, המנוחה ואדם נוסף לבין בנק לאומי למשכנתאות לצורך רכישת נכס מקרקעין.
  5. לשם קבלת המשכנתא נדרשו התובע ורעייתו המנוחה, כחלק מהליך פרוצדורלי, לערוך ביטוח חיים, אשר ישועבד לטובת הבנק. במסגרת ביטוח זה, עם פטירת אחד מבני הזוג, תושלם יתרת המשכנתא לבנק והסכום הנותר יועבר לבן הזוג המוטב.
  6. ביום 1.2.04 הופקו על ידי הנתבעת 2 פוליסות: האחת 1588396018 הכוללת ביטוח חיים על סך 1,126,000 ₪ והשניה 1588399012 הכוללת ביטוח חיים על סך 270,000 ₪.
  7. המנוחה נפטרה ביום 16.10.09 למעלה מ – 5 שנים לאחר רכישת הביטוח.
  8. לאחר פטירת המנוחה פנה התובע לנתבעת לקבלת תגמולי הביטוח.
  9. הנתבעת שילמה רק חלק מתגמולי הביטוח, תוך הסבר מדוע עשתה זאת. ההסבר מופיע במכתב הנתבעת מיום 27.6.10, אשר נוסחו מפורט להלן:
- ”במסגרת ברור חבותנו כלפי תביעתכם בעניין שבנדון, הרינו מתכבדים להשיבכם כדלקמן:**
1. המבוטחת הנ”ל רכשה בחברתינו את פוליסות ביטוח החיים שבנדון, אשר תחילתן ביום 01.02.2004 וזאת על סמך הצהרת בריאות מקוצרת מיום 02.02.2004 שהכילה 6 שאלות בלבד. בשאלה השניה בהצהרת הבריאות, נשאלה המנוחה האם אושפזה בבית חולים כתוצאה ממחלה או מתאונה בשלוש השנים האחרונות. המבוטחת הצהירה כי לא אושפזה כלל.
  2. מבדיקת תיקה הרפואי של המנוחה עולה כי בשנת 2003 אושפזה המבוטחת 6 פעמים בשנת 2003 (בשנה לפני עריכת הביטוח) בעקבות מחלת חום ממושכת וחשד ללימפומה. במהלך האשפוזים נלקחה ביופסיה מח עצם ואף בוצעה כריתת טחול. כמו כן, נערכה בדיקה היסטופתולוגית בה נמצא כי המבוטחת סובלת ממחלה אוטאימונית מסוג סרקואידוזיס עם מעורבות של כבד, טחול, מח עצם וחום גבוה

מידע זה אינו מופיע משום מה, בהצהרת הבריאות שעליה חתמה המנוחה בעת הצטרפותה לביטוח ביום 01.02.2004. למותר לציין כי בהסתמך על הצהרת הבריאות, שכאמור חסרה עובדות מהותיות אודות מצבה הרפואי העדכני, נקבעו תנאי קבלתה לביטוח.

3. אי מסירת מידע מהותי זה מהווה לכאורה פעולה בכוונת מרמה כאמור **בחוק חוזה הביטוח**, התשמ"א – 1981 ("החוק"). אילו מידע מהותי זה היה ידוע לחברתנו בעת הצטרפותה של המנוחה לביטוח, היתה מתקבלת המבוטחת לביטוח בתוספת דמי ביטוח בשיעור של 150%.

4. לאור כל האמור לעיל אנו מאשרים לשלם תגמולי ביטוח מופחתים בגובה שיעור התוספת הנ"ל.

5. להלן פירוט סכומי הביטוח:

פוליסה מס' 1588396018 – סכום ביטוח יסודי לפני השינוי 1,126,000 ₪ במדד נקוב 9877 נ'. סכום הביטוח לאחר השינוי 450,400 ₪ באותו מדד.

פוליסה מס' 1588399012 – סכום הביטוח לפני השינוי 270,000 ₪ במדד נקוב 9877 נ'. סכום הביטוח לאחר השינוי 108,000 ₪ באותו מדד.

סה"כ סכום ביטוח לתשלום על פי פוליסה מס' 1588396018 – 521,993 ₪.

סה"כ סכום ביטוח לתשלום על פי פוליסה מס' 1588399012 – 125,167 ₪.

הסכומים הנ"ל נקובים במדד נוכחי 11447.0 נ'.

6. מצ"ב העתק המחאה על הסך הנ"ל שנשלחה לבנק לאומי למשכנתאות בע"מ.

האמור במכתבנו מתבסס על עובדות שהיו ידועות לחברתנו במועד כתיבת מכתבנו זה, וחברתנו שומרת לעצמה את הזכות להוסיף על טענותיה אם וכאשר יגיע אליה מידע נוסף הקשור במקרה ובזכויות, על פי הפוליסה והחוק".

10. התובע טוען לפגמים מטעם הנתבעת בהצהרת הבריאות כדלקמן:

א. ההצהרה כתובה בעמוד אחד בפונט זעיר.

ב. טופס ההצעה אינו נושא חתימה.

ג. הצהרת הבריאות כתובה לאורך 6 שורות צפופות בלבד.

ד. הצהרת הבריאות מנוסחת באופן לקוני, כוללני וגורף.

ה. סעיף 2 להצהרת הבריאות מנוסח:

"לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה מתאונה או מחלה במשך שלוש שנים אחרונות". מלשון הסעיף עולה כי כוונת השאלה היתה ממוקדת ונועדה לברר האם המבוטח שהה בבית חולים כתוצאה מתאונה או מחלה ולא מסיבות אחרות.

ו. בהצהרת הבריאות כמעט ואין מקום לרישום הערות והפרטים רשומים בפונט קטן ללא הדגשות.

ז. הצהרת הבריאות מוכמנת בטופס כללי ואינה מזמינה את החותם לקריאה ולהתייחסות רצינית ומעמיקה.

ח. בהצהרת הבריאות לא נשאלו שאלות ומכאן שלא היה מקום ליתן תשובות.

ט. התובע והמנוחה חתמו על אותה הצהרת בריאות ולא נתבקשו למלא ולחתום כל אחד על הצהרת בריאות נפרדת.

- י. חלק מהסעיפים לא נענו ע"י התובע והמנוחה או נענו חלקית ובכל זאת הפיקה הנתבעת את פוליסות הביטוח.
- יא. התובע והמנוחה חתמו על הצהרת הבריאות במסמך נלווה ליתר מסמכי המשכנתא הרבים עליהם נתבקשו לחתום במסגרת הליך ממושך לקבלת המשכנתא.
11. עוד טוען התובע כי הנתבעת לא היתה זכאית לערוך חיתום מחדש לאחר קרות מקרה הביטוח, הנתבעת אינה חולקת על קרות מקרה הביטוח.
12. המנוחה לא נדרשה לחתום על הצהרת בריאות מורחבת כנהוג במקרים דומים. הצהרת הבריאות עליה נדרשה המנוחה לחתום היא "שאלה גורפת" כמשמעה [בסעיף 6 \(ב\) לחוק חוזה הביטוח](#).
13. עוד טוען התובע כי הנתבעת לא הציגה בפני המנוחה שאלה בעניין מהותי כמשמעו [בסעיף 6 לחוק האמור](#).
14. עוד טוען התובע כי הנתבעת לא פעלה בכוונת מרמה בעת הצטרפותה לביטוח וכי [סעיף 43 לחוק חוזה הביטוח](#) קובע כי הנתבעת אינה זכאית לתרופות [שבסעיף 7](#) לאחר שעברו למעלה משלוש שנים מכריתת הסכם הביטוח, אלא אם המבוטח בוטח תוך כוונת מרמה. לפיכך, אין הנתבעת יכולה לעמוד על הסעדים [שבסעיף 7 לחוק](#). במקרה הנדון נגרם מקרה הביטוח כתוצאה מהמחלה הזיהומית במערכת העצבים של המנוחה (PML), מחלה שאובחנה רק כעבור למעלה משלוש שנים וחצי ממועד הצטרפות של המנוחה לביטוח.
15. בכתב הגנתה טוענת הנתבעת להעדר יריבות, שכן הפוליסה משועבדת לבנק לאומי למשכנתאות, והתובעת אינה מוטבה בפוליסה.
16. המחלה היתה עוד לפני עריכת הפוליסה וכן לפי [סעיף 16 לחוק הפוליסה בטלה](#).
17. מבדיקת תיקה הרפואי של המנוחה עלה כי בעת שמילאה את ההצעה לביטוח לא מסרה לנתבעת תשובות מלאות וכנות מתוך כוונת מרמה ובכך הפרה את החובה המוטלת עליה עפ"י [סעיף 6 לחוק חוזה ביטוח](#). המנוחה אושפזה לפחות 6 פעמים בסמוך למועד עריכת הביטוח, בעקבות מחלת חום וחשד ללימפומה. נערכו לה בדיקות שונות שאינן שיגרתיות במסגרתם אובחנה כסובלת ממחלה ומבעיות נוספות.
18. המנוחה הפרה את חובת הגילוי שחלה עליה לגלות מיוזמתה לנתבעת את העובדות המהותיות בקשר לעברה הרפואי ומצבה הרפואי, כאמור [בסעיף 6 \(ג\) לחוק](#).
19. אילו ידעה הנתבעת את מצבה הרפואי של המנוחה היא לא היתה מקבלת אותה לביטוח אפילו בסכומי פרמיה גבוהים.
20. אם טענת המנוחה כי הפוליסה נעשתה בהעדר גמירות דעת, הרי יש מקום לבטל הפוליסה.
21. הנתבעת רשאית לפנים משורת הדין לקבל כל החלטה שתראה.
22. התובע צרף לראיותיו תצהיר של פרופ' דוד עזרא, רופא מומחה ברפואה פנימית משנת 1980, אשר בין השנים 1996 ועד 2010 שימש כמנהל מחלקה פנימית א' במרכז הרפואי ע"ש "שיבא" בתל השומר. פרופ' דוד עזרא, במסגרת עבודתו במחלקה טיפל במנוחה, והיא זכורה לו היטב.

באשר לעניין האישפוזים מצהיר פרופ' עזרא כדלקמן:

5. במהלך שנת 2003 אושפזה איה במחלקה מספר פעמים לצורך בירור רפואי של מחלת חום המלווה בהגדלת כבד וטחול. במסגרת אשפוזיה בבית החולים, עברה איה בירור רפואי אשר כלל סדרת בדיקות לאבחון מצבה הרפואי.

6. עקב גילה הצעיר ומחלתה שהתאפיינה במהלך שפיר אושפזה איה במחלקתנו כ"חולת כורסא".

7. הכוונה לחולים שאמורים לעבור סדרה של בדיקות רפואיות במחלקה ללא צורך רפואי באשפוז מלא והשגחה רפואית. איה היתה "חולת כורסא" קלאסית. אנו משתמשים בסידור זה כיוון שאין לנו מנגנון של אשפוז יום.

8. כך יכולים "חולי כורסא" לעבור בירור רפואי מקיף מבלי לשהות בבית"ח 24 שעות.

9. עם כל אמור לעיל עלי לציין כי באשפוז יחיד מכל אשפוזיה (חמישה במספר) בשנת 2003 – שהתה איה במחלקה הכירורגית מספר ימים לצורך ביצוע כריתת טחול לפרסקופית"

23. מטעם הנתבעת הוגשה חוות דעת של ד"ר פרלוק, שהוא חתם רפואי, על פי האמור בחוות דעתו אם היתה הנתבעת יודעת על העבר הרפואי של המנוחה היא לא היתה מקבלת אותה לביטוח.

24. התובע הגיש תצהיר עדות ראשית מטעמו בו חזר על האמור בכתב התביעה.

25. פרופ' עזרא נחקר על האמור בתצהירו. בתשובה לשאלת ב"כ הנתבעת השיב כדלקמן:

"שנת 2003 התאפיינה בחמישה אישפוזים שכולם היו מחלת חום שסיבתה לא הייתה ידועה, כשהחשד היה של אבחנה מבודלת של מחלה שנקראת סרקואידוזיס, לעומת מחלות אחרות שבהן יש הגדלה של בלוטות למפה, כבד וטחול עם שינויים במח עצם.

ואיה כבחורה צעירה בת 37 לדעת בשנת 2003, זו לא החולה השגרתית של מחלקה פנימית, אתה יודע, כפי שאומרים, זאת לא הזקנה בקצה הפרוזדור בנהרייה או בקצה בתל השומר. ואי לכך אני טיפולתי בה אישית לאורך כל הדרך.

ובהמשך לשאלה אם היה משהו מיוחד בטיפולם של המנוחה השיב כי:

"כן, אני אוכל לומר לך שאפילו לניתוח שלה, אני נכנסתי לניתוח, כי הסקרנות והניסיון להגיע לאבחנה היו מאוד גדולים, שאפילו השתתפתי בניתוח שהתחיל בניסיון לדיקור של הטחול ולצערינו הרב הסתיים בכריתת הטחול כי היה דימום בזמן הניתוח. כך שאתה לא שוכח חולה כזאת".

26. פרופ' עזרא מוסיף כי:

"לצערינו משנת 2007 מחלתה השתנה, אופי מחלתה השתנה, הופיעה מחלה חדשה של בלוטות לימפה ולכן עם כל הסיבוכים שקרו לה".

27. פרופ' עזרא, נשאל על המונח אשפוז כורסא המופיע בתצהירו. לפי עדותו, חולה המגיע למחלקה במצבה של המנוחה, מחלת חום, מגיע בבוקר, אתה בודק אותו, לוקח אנמנזה, עושה בדיקה יזיקאלית ואתה קובע שהבירור יכול להיות אמבולטורי זו פעולה לטובת החולה, שיכול לישון בלילה במיטתו מבלי לסכן אותו. החלק הכספי לא עניין את העד.

28. התובע, בעלה של המנוחה בתצהיר עדותו הצהיר כי לקחו את המשכנתא כדי לרכוש בית מגורים בין 3 דירות להשקעה עיסקית. כחלק מדרישת הבנק נדרשו לערוך ביטוח חיים אשר ישועבד לטובת הבנק. במסגרת ביטוח זה, עם פטירת אחד מבני הזוג, תשולם יתרת המשכנתא לבנק. ביום 1.2.04. הופקו ע"י נתבעת 2 שתי פוליסות לביטוח חיים.

29. ביום 16.10.09 הלכה המנוחה לעולמה בהיותה בת 43 לאחר שחלתה בסוף שנת 2008 ב – PML, שהיא מחלה קטלנית הפוגעת ברקמות המוח.

30. כשפנה לחברת הביטוח קיבל ממנה דחייה, בנוסח שהופיע לעיל. העד מציין את הפגמים שבהצהרת הבריאות, כפי שפורטו בכתב התביעה.

31. בחקירתו הנגדית נשאל על תשובותיו בהצהרת הבריאות ותשובותיו היו נכונות. באשר למנוחה הוא לא קרה לטיפולים האומבלטורים אישפוז. הוא זוכר כי המנוחה היתה מידי פעם בבית חולים.

אם היה שאלון ארוך היא היתה מפרטת.

בהצהרת הבריאות שני בני הזוג נדרשו לחתום על הצהרה אחת, מבלי שהיה מקום לכל אחד לפרט במקרה שהתשובות שונות בין אחד לשני, אם היו הצהרות נפרדות יכול להיות שהיה מקום להוסיף דברים שחסרו בהצהרה המשותפת. העד הוסיף כי היתה גמירות דעת בחתימה על הביטוח. העד יודע כי מקבלים אנשים בריאים לביטוח ואם הם לא בריאים המבטח בודק את מצבם הבריאותי.

32. עדת ההגנה הראשונה היתה הגב' יעל שילה, מנהלת צוות תביעות אצל הנתבעת. כשמתקבלת הודעה על מקרה הביטוח, חברת הביטוח מקבלת מהבנק את סכום יתרת ההלוואה וחברת הביטוח מחוייבת לשלם לבנק את יתרת ההלוואה וזאת בכפוף לחיתום בדיעבד ותנאי הפוליסה.

בחיתום בדיעבד שיקול הדעת היה בין דחייה מוחלטת לבין תוספת של 150% לאור הנסיבות המצערות של המקרה החליטו לפנים משורת הדין לשלם לפי פרמיה של 150%.

33. במכתב לא כתוב כי אישור הכספים היה לפנים משורת הדין אם היתה כוונת מרמה מדוע שולם סכום כלשהו, כי זה היה גבולי ורופא החברה החתם קבע שאפשר לתת תוספת של 150%.

34. בהצהרת הבריאות היו שאלות שכלל לא נענו והעדה אינה יודעת מדוע לא פנו להשלמת הפרטים החסרים.

המנוחה אומנם אובחנה כסובלת מלימפומה רק ב – 2007. העדה היתה מצפה שהמנוחה תעדכן אותה שהיתה מאושפזת בחשש ללימפומה. אם היתה אומרת שאושפזה חברת הביטוח היתה עושה את הבדיקה מדוע אושפזה.

35. העדה מאשרת כי הפיצוי בסופו של דבר ניתן לפי [סעיף 7 \(ג\) לחוק חוזה הביטוח](#) וכן כי אם יש כוונת מרמה לא פועלים לפי [סעיף 7 \(ג\)](#) אלא לא נותנים פיצוי כלשהו. אם תנאי החיתום הם דחיה, הרי אין תשלום.

36. בהצהרת הבריאות יש סעיף של הערות בו יכול המבוטח לדווח על דברים שלא נשאל.

37. ד"ר פרלוק חתם רפואי העיד מטעם הנתבעת. בפניו הוצגה הצהרת הבריאות ללא כל טופס הצעה לביטוח. העד גם לא ראה את המכתב שבו אישרו לשלם בגין התביעה.

38. לדברי העד חתם סביר היה דוחה את המנוחה מביטוח. מותה של המנוחה הוא תוצאה של בעיה רפואית, גידולים ממאירים של מערכת הלימפה והדם שהחלו טרם כניסתה לביטוח.

39. העד נותן חוות דעת גם לחברת ביטוח וגם לאנשים פרטיים. רשימת המסמכים הארוכה באה להראות שהמנוחה ביקרה פעמים רבות אצל רופאים לפני החתימה ולפחות פעם בחודש, דבר המעיד על אשה חולה מאוד. המנוחה סבלה מפגיעה במערכת החיסונית על רקע מחלת הלימפופרוולפרטיבית וזאת החל מ – 2001.

ד"ר פרלוק אינו יכול לציין מתי הובחנה המחלה. בינואר 2003 אושפזה ונלקחו ממנה ביופסיות של מח עצם. בוצע לה ניתוח לפרסקופיה עם ביופסיה של בלוטה ופיופסיה מהכבד והועברה לכירורגית ב' עם אבחנה של לימפופרוולפרטיבית. המשמעות היא מחלה של מערכת הדם והלימפה, שבסופו של דבר נפטרה ממנה.

למונחה היה בסרקואידוזיס וגם מחלת לימפופרוולרטיבית, שתי מחלות שאובחנה בהם לפני החתימה על הביטוח.

הסיבה שד"ר פרלוק קבע שהיא לא היתה מתקבלת לביטוח היא כי הוא מחשב את מצרף הבעיות שעולות מהתיק הרפואי וביחוד שנה לפני קבלתה לביטוח.

40. בהצהרת הבריאות המתייחסת לשניים, אם התשובה היא שלילית היא מתייחסת לשניהם אחרת היה מצויין. לפי השאלון לא היה עליה להצהיר על נכות של פחות מ – 35% אך לפי חובת הגילוי היזום היה צריך להצהיר אם היה למצהיר סרטן לפני יותר מ – 3 שנים לפני החתימה על הצהרת הבריאות אך לטעמו של העד הדבר צריך להכלל בגילוי היזום.

## ניתוח הראיות

41. סעיפי החוק הרלוונטיים לעניינו הם [סעיפים 6, 7, 8 ו – 34 לחוק חוזה הביטוח](#), תשמ"א – 1981 :

6" (א) הציג המבטח למבוטח לפני כריתת החוזה, אם בטופס של הצעת ביטוח ואם בדרך אחרת שבכתב, שאלה בעניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו (להלן – עניין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) שאלה גורפת הכורכת עניינים שונים, ללא אבחנה ביניהם, אינה מחייבת תשובה כאמור אלא אם היתה סבירה בעת כריתת החוזה.

(ג) הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של עניין שהוא ידע כי הוא עניין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה.

7 (א) ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה, רשאי המבטח, תוך שלושים ימים מהיום שנודע לו על כך וכל עוד לא קרה מקרה הביטוח, לבטל את החוזה בהודעה בכתב למבוטח.

(ב) ביטל המבטח את החוזה מכח סעיף זה, זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר הביטול, בניכוי הוצאות המבטח, זולת אם פעל המבוטח בכוונת מרמה.

(ג) קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכח סעיף זה, אין המבטח חייב אלא בתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי, שהוא כיחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצלו לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים, והוא פטור כליל בכל אחת מאלה:

(1) התשובה ניתנה בכוונת מרמה;

(ב) מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אף בדמי ביטוח מרובים יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו; במקרה זה זכאי המבוטח להחזר דמי הביטוח ששילם בעד התקופה שלאחר קרות מקרה הביטוח, בניכוי הוצאות המבטח.

8. המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 7 בכל אחת מאלה, אלא אם התשובה שלא היתה מלאה וכנה ניתנה בכוונת מרמה:

(1) הוא ידע או היה עליו לדעת את המצב לאמיתו בשעת כריתת החוזה או שהוא גרם לכך שהתשובה לא היתה מלאה וכנה;

(2) העובדה שעליה ניתנה תשובה שלא היתה מלאה וכנה חדלה להתקיים לפני שקרה מקרה הביטוח, או שלא השפיעה על מקרהו, על חבות המבטח או על היקפה.

42. [סעיף 43-סייגים לתרופות](#): המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות [בסעיף 7](#) לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או האדם שחייבו בוטחו פעל בכוונת מרמה.

43. השאלות העקרוניות העולות לדיון הם:

א. מהי כוונת מרמה?

ב. מהו היקפה של חובת הגילוי היזום המוטלת על המבוטח, בנסיבות בהם אין הוא נדרש על ידי המבטח לחשוף בפניו כל פרט שיש לו נגיעה לחוזה הביטוח, עובר לעריכת החוזה?

44. על פי עדותו של פרופ' דוד עזרא, אשר גם טיפל במנוחה, עולה כי אומנם המנוחה היתה מאושפזת מספר פעמים במהלך שנת 2003 לצורך בירור רפואי של מחלת חום המלווה בהגדלת כבד וטחול.

אשפוזים אלה היו אשפוזי כורסא מאחר ובבית החולים לא היתה מחלקה לאישפוז יום. האישפוז של מספר ימים נבע מכך שבעת דיקור של הטחול היה צורך לכרות את הטחול.

רק בשנת 2007 מחלתה השתנתה והופיעה מחלה חדשה של בלוטות לימפה.

45. אני מקבל את גירסתו של פרופ' דוד עזרא אשר לא נסתרה. לא הובאו ראיות רפואיות כולל מקרים שיצביעו על כך שמחלת החום של התובעת בשנת 2003 היתה מחלה שהתפתחותה הרגילה מביאה לידי סרטן בלוטות הלימפה.

46. בהצהרת הבריאות עליה חתמו התובע והמנוחה, היה סעיף שבו נאמר :

**"לא אושפזתי בבית חולים כתוצאה מתאונה או מחלה במשך שלוש שנים טרם ההצטרפות".**

היה גם מקום להערות.

47. אין מחלוקת כי התובעת לא ציינה בהערות את האשפוז בו עברה את כריתת הטחול ולא את אישפוזי הכורסא.

48. בע"א 282/89 שמואל רוטנברג נגד כלל חברה לביטוח בע"מ, [פורסם בבנון] כבי' השופט אור, בדעת רוב, מנתח את הסעיפים 6,7,8 לחוק חוזה הביטוח. באשר לפרשנותו של סעיף 6 (א) מצייין השופט אור כדלקמן :

**"סעיף 6 (א) דן בחובה של מבטוח לתת תשובה מלאה וכנה על כל שאלה בעניין מהותי, כמובנו בסעיף, שהוצגה לו על ידי המבטוח. סעיף 6 (ג) דן בהסתרה של עניין על ידי המבטוח, אשר דינה כדין אי מתן תשובה מלאה וכנה לפי סעיף 6 (א). סעיף 6 (ג) מציב שלושה תנאים, כדי שהסתרה של עניין תחשב לתשובה שאינה מלאה וכנה. א. העניין הוא מהותי, ולפי הגדרתו של עניין מהותי בסעיף 6 (א) המדובר – ב"עניין שיש בו להשפיע על נכונותו של מבטוח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו..."; ב. המבטוח יודע שהעניין אותו הסתיר הוא עניין מהותי; ג. הסתרת העניין על ידי המבטוח נעשתה "בכוונת מרמה".**

המבחן לקיומו של התנאי הראשון הוא אובייקטיבי. ההגדרה של "עניין מהותי" בסעיף זה לקוחה מסעיף 25 לפקודת ביטוח רכב מנועי (נוסח חדש) [תש"ל – 1970, כפי שהיה בשעתו בתוקף. הוא דומה לדרישה בדין האנגלי, אשר גם בו המבחן להיותו של פרט מהותי. אשר אותו חובה על המבטוח לגלות למבטחו, הוא אובייקטיבי, והוא נקבע על פי קנה המידה של מבטוח סביר. לעומת זאת, התנאים ב ו ג הינם סובייקטיביים. אלה מבחנים הקשורים לשאלת מצבו הנפשי של המבטוח: האם ידע שהמדובר בעניין מהותי? אם הסתרת העניין המהותי היתה בכוונת מרמה?

ובהמשך :

**"נראה שהפרשנות הקולעת לכוונת החוק היא שסעיף 6 (ג) בה להוסיף על האמור בסעיף 6 (א) בעוד שסעיף 6 (א) המתייחס לחובה לענות תשובות מלאות וכנות על שאלות בכתב שהוצגו למבטוח, מדבר סעיף 6 (ג) על חובת הגילוי הנוספת החלה על המבטוח, מעבר לחובתו לענות תשובות מלאה וכנות לשאלות שהוא נשאל. חובה זו מטילה עליו שלא להעלים בכוונת מרמה עניין מהותי, אפילו לא נשאל על כך".**

בהמשך עובר כבי' השופט אור לדיון במגמתו הכללית של החוק :

**"מגמתו הכללית של החוק מבוססת על גישה האוהדת את עניינו של המבטוח בעניינים רבים. כפי שמסביר פרופ' א' ידן בחיבורו "חוק חוזה הביטוח, התשמ"א – 1981" פירוש לחוקי החוזים (המכון למחקרי חקיקה ולמשפט השוואתי ע"ש הרי סאגר, ג' טדסקי עורך, תשמ"ה) את מגמת החוק הכללית: "לשמור על המבטוח בפני הכוח העדיף של המבטוח ובפני הפעלה וניצול של עמדתו העדיפה" (ראה שם, בעמ' 18). במסגרת מגמה זו צומצמה ביותר חובת הגילוי על ידי המבטוח. אכן, מצייין פרופ' ידן, בחיבורו של הנ"ל – כחידוש החשוב והמרחיק לכת ביותר בחוק – את קביעותיו בסוגיית חובת הגילוי של המבטוח ובתוצאות של הפרת חובה זו (ראה שם, עמ' 43). חובה זו באה בנוסף לחובה לענות תשובה כנה ומלאה לשאלות שנשאל המבטוח. עם זאת, מצומצמת היא במידה ניכרת מזו שחב בה המבטוח קודם חקיקתו של החוק. כמו כן קיים קושי לא מבוטל למבטוח להוכיח הן את ידיעת המבטוח על כך שהעניין אותו לא גילה הוא מהותי, והן את העובדה שלא גילה בכוונת מרמה פירושו של השופט וינוגרד לסעיף 6 (ג) מבטל אף חובה מצומצמת זו, אשר מהווה בלאו הכי הקלה ניכרת במצב המבטוח לעומת המצב שהיה קודם חקיקת החוק. לכן אין הצדקה, לא על פי לשון סעיף 6 (ג) ולא על רקע הדיון שהיה קיים קודם חקיקת חוק זה, ונראה שלא זאת כוונת החוק.**

5. בעניינו חל האירוע הביטוחי לפני שהמשיבות ביטלו את חוזה הביטוח. לפיכך לעניין הסעד העומד להן חלות הוראות סעיף 7 (ג) לחוק. סעיף זה קובע פיצוי יחסי למבוטח, דהיינו שהוא זכאי לתגמולי ביטוח מופחתים בשיעור יחסי בהתאם ליחס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים כמקובל אצל המבטח לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים. הוא גם קובע פטור מלא למבטח מתשלום תגמולי הביטוח, בהתמלא אחת החלופות שבסיפא של סעיף זה. אך יש לזכור ולהדגיש, שהוראותיו של סעיף 7 (ג) חלות רק כשיש למבטח עילה לבטל את חוזה הביטוח מכח הוראת סעיף 7, אך זכות הביטול נשללה ממנו, ומוחלות הוראות סעיף 7 (ג), הואיל ובינתיים קרה מקרה הביטוח. מסקנה זו מתבקשת מהרישא לסעיף 7 (ג), לפיו סעיף זה חל כש"קרה מקרה הביטוח לפני שנתבטל החוזה מכח סעיף זה... כלומר, כשקמה עילה לביטול לפי הסעיף, אך קודם הביטול קרה מקרה הביטוח. עילה כזאת קיימת רק עם, כאמור בסעיף 7 (א), "ניתנת לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא היתה מלאה וכנה...". ובמילים אחרות, אם לא קיים המבוטח את חובתו לפי סעיף 6 (א), או שהיתה מצידו הסתרה כמובנה בסעיף 6 (ג) אשר "דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה" במובן סעיף 6 (א)."

העולה מכל האמור לעיל הוא, שהפטור למבטח מכוח סעיף 7 (ג) (2) לחוק יכול לחול גם לגבי מבטח אשר לא גילה עניין מסויים למבטחו, אפילו אם לא נשאל לגביו בכל שאלה על ידי המבטח, אך זאת בתנאי שנתמלאו לגביו תנאי סעיף 6 (ג) לחוק, לרבת קיומה של כוונת מירמה מצידו."

49. על פי [סעיף 38](#) לחוק, תרופות, המבטח לפי [סעיף 7](#) מוציאות בעניינים הנדונים בו את תרופותיו לפי דין אחר, לפיכך, במקרה של חוזה ביטוח שנכרת, ומתברר שהיה אי גילוי מצד המבוטח (ואי גילוי פירושו אי גילוי כמובנו [בסעיף 6 \(ג\)](#)) תרופותיו של המבטח הן על פי [סעיף 7](#) לחוק בלבד ולא על פי כל דין אחר.

וכדברי כב' השופט אור:

"עקרון תום הלב כבודו במקומו מונח. עיקרון על זה אכן חל ומשתרע בכל תחומי המשפט האזרחי (ראה דברי השופט ברק בע"א [579/83](#) [9] בעמ' 290; וכן דברי השופט אלון בע"א [700/81](#) [10], בעמ' 742). כה גם שמור לו מקום בכל הנוגע לחוזי ביטוח. בשלב הטרום חוזי אין לשלול את האפשרות של הסתמכות המבוטח על סעיף 12 (ב) [לחוק החוזים](#) הכללי, כשחוזה הביטוח לא נקשר והמבוטח התנהג שלא בתום לב.

גם אין לשלול את ההיזקקות לעיקרון תום הלב בתקופה החוזית. מאידך, יש מקום לשלול את ההיזקקות לדרישת תום הלב כעילה להענקת תרופות למבטח במקרים שסעיף 7 לחוק עוסק בהם. סעיף זה עוסק במקרה שחוזה ביטוח נקשר, ומבטח מבקש להסתמך על אי גילוי מצד המבוטח (או מתן תשובה לא מלאה וכנה מצידו) כעילה לקבלת התרופות העומדות לו נגד המבוטח."

50. פסק דין נוסף שעסק בשאלה שבנשוא תיק זה הוא [ע"א 1064/03](#) בעניין אליהו נגד פיאמנטה, [פורסם בנבו] מפי כב' השופטת עדנה ארבל.

אומנם במקרה שבאותו פסק דין הצטרפו התובע והמנוחה לביטוח ללא הצהרת בריאות, אך העקרונות שנקבעו בפסק דין זה מתאימים גם לעניינו. שם הובהר למצטרפים כי הבנק אינו מעניק הלוואות לאנשים חולים, ואז פנה התובע לסניף אחר של הבנק ונטל הלוואה מבלי לומר דבר על מצב הבריאותי של המנוחה.

51. לעניין מודעות המבוטח שהמדובר "בעניין מהותי" פוסקת כב' השופטת ארבל כדלקמן:

"היסוד האחרון שאבקש לעמוד עליו הינו מודעות המבוטח לכך שהמדובר "בעניין מהותי" דהיינו, מדובר ביסוד דו שכבתי: מהותיות העניין ומודעות של המבוטח למהותיות זו.

"עניין מהותי" מוגדר בסעיף 6 (א) לחוק כ"עניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו". מכאן, המבחן לקיומו של "עניין מהותי" הינו מבחן אובייקטיבי. כ"עניין מהותי" ייחשב כל נתון שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של המבטח לבטח את הסיכון ועל תנאי הביטוח. היותו של העניין מהותי נקבעת בהתאם לנתוניו האישיים של כל מבטח (ראו: [ע"א 1845/90](#) הנ"ל, בעמ' 670, 672 מ' יפרח ר' חרל"פ, ששון – דיני ביטוח (2001) עמ' 77 להלן: ששון). בקביעת מהותיות העניין יש לבחון האם מדובר בעניין אשר "... לפי אופיו וטיבו, רלוונטי לסיכונים שאותם באה הפוליסה לכסות... אם העובדות שהיו בידיעתו של המבוטח במקרה המסויים היו עלולות להשפיע על נכונותו של המבטח לכרות את חוזה הביטוח אילו נתגלו לו... יובאו בחשבון לעניין זה גם שיקולים כמו מידת

רצינותו של הסיכון הצפוי המצוי בידיעתו של המבוטח, לרבות מידת הסיכוי שהסיכון יתממש... (דברי השופט טירקל, ע"א 1809/95 הנ"ל, בעמ' 83).

בעוד מהותיות העניין נבחנת מבחן אובייקטיבי, הרי שהדרישה לידיעת המבוטח על כך שמדובר ב"עניין מהותי" הינה יסוד סובייקטיבי באופיו (ע"א 282/89 הנ"ל, בעמ' 354; ע"א 1845/90 הנ"ל, בעמ' 974). דהיינו, על בית המשפט לקבוע מה היה מצבו הנפשי של המבוטח בעת עשיית הפוליסה, הידיעה הנדרשת היא ידיעה של ממש. בידיעה קונסטרוקטיבית לא די (ראו: פרידמן וכהן, בעמ' 845-846).

כב' השופטת ארבל קובעת מתי המסקנה היא כי המבוטח יודע שהעניין מהותי, וזאת כדלקמן:

"כפי שצויין, המבוטח אינו מוחזק כבקיאת בתחום הביטוח ובוודאי אין רואים אותו כמי שיודע להעריך איזה מידע יהא בעל ערך עבור המבטח לצורך עריכת הביטוח. ברי, כי מסקנה בדבר מודעותו של המבוטח למהותיות המידע ניתן להסיק בקלות יתרה מקום שהמבטח הציג שאלות למבוטח, אם בכתב, אם בעל פה, ואם בדרך אחרת המשמיעה כי הוא חפץ במידע שבידי המבוטח בהקשר לביטוח, דוגמת חיובו של המבוטח בבדיקות רפואיות, שאלות המבטח בנושא זה מצביעות על העניין המיוחד, החיוני והמהותי שיש לו במידע לצורך עריכת חוזה הביטוח. במצב שכזה מתפוגג במידה רבה הערפל בו שרוי המבוטח באשר לנושאים המהותיים למבטח ומקשה עליו לטמון את ראשו בחול ולהימנע ממסירת מלוא המידע שברשותו. עיקר הקושי, לטעמי, נוגע לעניינים שלא ניתן לומר עליהם כי הם "עניין מהותי" באופן מובהק. אכן, ישנם פרטים שיכול ויחשבו כמהותיים אולם מי שאינו איש מקצוע אינו יכול באופן אמיתי להעריך ככאלה. במצב דברים זה אך ראוי ונכון יהיה, כפי שמציין גם ד"ר ולר בספריו, לתמרץ את חברת הביטוח להציג בפני המבוטח עובר לכריתת חוזה הביטוח שאלות הנוגעות לעניינים הנתפשים על ידה כמהותיים לצורך עריכת הביטוח (ש' ולר חובות גילוי של מבוטחים בחוזי ביטוח (2002) 229 – 230. להלן: ולר – חובות גילוי).

ברם, אני סבורה, כי כאשר נוגע המידע לעניין שכל בר דעת היה מבין כי הוא רלוונטי לעשיית הביטוח, על המבוטח לעמוד בנטל הראות כי הוא עצמו לא היה מודע לכך. ולר מציע בהקשר זה הבחנה נכונה לטעמי בין "עניינים שמהותיותם גלויה לעין (וביחס אליהם יידרש המבוטח להוכיח כיצד ייתכן שלא היה מודע לחשיבותם), לבין עניינים שהידיעה בדבר מהותיותם מחייבת מומחיות בתחום הביטוח" (שם, בעמ' 309). הדרישה היא כי המבוטח ימסור פרטים שברור, ולא יכול להיות ספק שהם משמעותיים במידה ניכרת למבטח, כאשר הוא מעריך האם כדאי לו להיקשר בחוזה עם המבוטח ובאילו תנאים. בעיקרו של דבר מדובר בפרטים הנוגעים במישרין ללב ליבו של הסיכון המבוטח. ייתכן ואין בפרטים אלה די למבטח, אולם אלה הם פרטים שקשה לקבל כל המבוטח לא היה מודע לחשיבותם לצורך הביטוח ולכן עליו להביאם לידיעת המבטח גם אם לא נשאל על כך.

גישה מעין זו יש בה כדי לתמרץ את המבטח להציג שאלות למבוטח – צמצום פרישתו של הגילוי היזום אך למידע שבאופן מובהק וברור יש למבטח עניין מהותי בו, משמעו כי עיקר הנטל שבחשיפת המידע יוטל על המבטח שהוא בעל היכולת הטובה יותר להגדיר מהו "מידע מהותי" ולדלות את המידע מהמבוטח, תחת שזה האחרון יחליט בעצמו מהו מידע בעל חשיבות מהותית למבטח.

ידיעתו הסובייקטיבית של המבוטח על היות העניין מהותי כרוכה אם כן בידיעתו אודות אופי הסיכון המבוטח והיקפו, מהם הוא יכול להבין במידה מסויימת מהם הנתונים האישיים שלו החשובים למבטח לצורך החלטה האם לבטחו ובאילו תנאים. התגבשותה של ידיעת המבוטח כי פרט הינו פרטי מהותי תלויה אפוא במידה רבה, במידע הנמסר לו על ידי המבטח אודות הפוליסה.

עוד מוסיפה כב' השופטת ארבל כי:

"עצם הצגת השאלות בפני המבוטח, אף שמטרתם המרכזית קבלת מידע לצורך הערכת הסיכון הכרוך בכריתת חוזה ביטוח, יש בה גם מסר למבוטח בדבר החשיבות שמייחס המבטח למידע והחובה לגלותו על ידי המבוטח. דהיינו, יש בהצגת שאלות או בדרישה לפרטים על ידי המבטח כדי להצביע על מהותיות העניין אל מי מתייחסות השאלות ועל חשיבותו מנקודת מבטו של המבטח".

52. קודם לכן, ציינה כב' השופטת ארבל בפסק הדין כי:

"המטען השלילי הנלווה ל"הסתרה" מקרין וקושר יסוד זה ליסוד הנוסף של כוונת המרמה. מדובר ביסוד סובייקטיבי במהותו (ע"א 282/89 הנ"ל בעמ' 354). נדבך זה של הפרת חובת הגילוי נטוע אומנם בשלב הטרם – חוזי. אך פניו אל השלב החוזי, מתוך רצון, כוונה ונכונות לעקוף מהמורות העומדות להערכת המבוטח בדרכו בשלב הטרם חוזי. במילים אחרות, נדרש כי פעולתו של המבוטח תנבע מתוך כוונה להסתיר ענין מהותי, וזאת תבוא מתוך הנחה או סברה של המבוטח כי אם לא יעשה כן לא יכרות עמו המבטח חוזה

ביטוח. אכן, בבסיסה של כוונת המרמה ניצב המניע השלילי של המבוטח להשיג את הכיסוי הביטוחי על אף "נתוניו" האמיתיים, שלהערכתו היו עלולים להכשיל את כריתת ההסכם או לשנות את תכנון באופן משמעותי (ראו גם: ולר, בעמ' 307-308). שאלה העשויה להתעורר – עליה עומד גם ד"ר ולר בספרו – הינה מה דינו של מקרה בו הוסתר מידע מהותי על ידי מבוטח, אולם מסיבה אחרת שאינה כוונת מרמה. לכאורה, היעדר כוונת המרמה נוטל מסעיף 6 (ג) את עוקצו באופן שיכול היה להצדיק התייחסות אחרת לאי הגילוי. מנגד ניתן לטעון כי רכיב ההסתרה נושא על גבו מטען שלילי באופן עצמאי ובמנותק מרכיב כוונת המרמה וכיון שכך לא צריך שתהיינה למצב זה תוצאות שונות מאלה הנובעות מהסתרה בכוונת מרמה. כשלעצמי אני נוטה לדעה, כי מדובר בדרישה מצטברת. דהיינו, על המבקש להכנס בגדרי סעיף 6 (ג) להוכיח כי הסתרת המידע המהותי נעשתה בכוונת מרמה, שכן הרצון לרמות את המבטח על מנת לזכות בביטוח הוא העומד בבסיס הסעיף".

53. כאמור, אין מחלוקת שהמנוחה לא דיווחה על האישפוזים, אלה שהיו אישפוזי כורסא והאשפוז של כריתת הטחול.

54. התשובות שניתנו בשאלון הבריאות הם בגדר "עניין מהותי" כמוגדר [בסעיף 6 \(א\)](#) לחוק.

מאחר ואישפוז יש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לכרות את החוזה בכלל או לכרותו בתנאים שבו או לפחות לערוך בירור בעניין זה.

55. הדרישה לידיעת המבוטח על כך שהמדובר בעניין מהותי הינה יסוד סובייקטיבי. נדרשת ידיעה של ממש בידיעה קונבטרוקטיבית לא די.

האם אומנם היתה כאן ידיעה של ממש, שהעניין מהותי?

אני סבור כי התשובה לכך חיובית.

התובע העיד כי במקרה מאוחר יותר שבו רכש נכנס, המנוחה היתה כבר חולה בסרטן ולכן לא הכניס אותו באותו ביטוח, אלא הכניס את שותפו. מכאן ניתן להסיק כי המנוחה ידעה שעניין האשפוז הוא עניין מהותי, שכן בעקבות המידע על האשפוז, יכולה היתה הנתבעת לנקוט בפעולות לבירור המצב הרפואי של המנוחה באותה עת.

56. על פי האמור [בסעיף 8](#) לחוק, הנתבעת אינה זכאית לתרופות [שבסעיף 7](#) לחוק, אלא אם היתה כוונת מרמה. השאלה הדורשת הכרעה היא: האם היתה כאן כוונת מרמה.

על פי האמור בסעיף 19 של פסק הדין של ד"ר השופטת ארבל כי:

"בבסיסה של כוונת המרמה ניצב המניע השלילי של המבוטח להשיג את הכיסוי הביטוחי על אף נתוניו האמיתיים, שלהערכתו היו עלולים להכשיל את כריתת ההסכם או לשנות את תוכנו באופן מהותי".

57. בשעה שהמנוחה חתמה על הסכם הביטוח, נשללה האבחנה של לימפומה וזאת לאחר בירורים באישפוזים הקודמים. לפיכך לא היתה כאן כוונת מרמה.

יתרה מזו, כאמור, היתה עסקה נוספת והיא היתה כבר חולה בלימפומה, בעלה צרף את שותפו במקומה.

58. גם ד"ר איסקוב לא קבע כי המנוחה לא היתה מתקבלת לביטוח, אלא כי היתה נדרשת לשלם פרמיה גבוהה יותר.

59. פרופ' דוד עזרא, שהינו מנהל מחלקה שטיפל במנוחה במהלך האשפוזים שלפני כריתת הסכם הביטוח העיד כי באותם אישפוזים נערכה אבחנה מبدלת והגיעו למסקנה כי אין המדובר בלימפומה.

ד"ר פרלוק בעדותו מסר כי עשה התמחות אך לא סיים אותה.

כאשר אני צריך לשקול איזה עדות לקבל בעניין מועד התגלות הלימפומה אני מקבל את עדותו של פרופ' דוד עזרא.

60. גם באשר לקשר הסיבתי, הרי המנוחה נפטרה מלימפומה ולא מהמחלה שנתגלתה בעקבות האישפוזים שקדמו לכריתת הסכם הביטוח. לפיכך גם נשלל הקשר הסיבתי, הנדרש [בסעיף 8](#) לחוק.
61. באשר לטענת חוסר היריבות, גם דינה להדחות. סכום הביטוח אמנם היה משועבד לטובת בנק לאומי למשכנתאות להבטחת 2 הלוואות, האחת בסך 1,126,000 ₪ והשניה בסך 270,000 ₪.
- המסקנה היא כי המנוחה היתה זכאית לכל סכום הביטוח אשר חלקו היה משועבד לבנק.
- הפוליסות שנרכשו היו ביטח חיים פרטי ששועבד לבנק, אך לא ביטוח חיים שיעודו משכנתא.
- כך גם נאמר נאמר בסיכומי ב"כ הנתבעת. לפיכך, כאמור, טענת חוסר היריבות דינה להדחות.
62. מאחר וסכום המשכנתא סולק במלואו ע"י התובע, הוא זכאי לקבל את תגמולי הביטוח במלואם.
- הנתבעת שילמה את הסכומים כדלקמן:
- א. בגין הפוליסה הראשונה סך של 450,000 ₪ ובהצמדה סך של 521,993 ₪.
- ב. בגין הפוליסה השניה סך 108,000 ₪ ובהצמדה 125,167 ₪.
63. ההפרשים שעל הנתבעת לשלם לתובע הם כדלקמן:
- א. בגין הפוליסה הראשונה סך של 676,000 ₪ שערכם ליום כתיבת הסכומים 978,772 ₪.
- ב. בגין הפוליסה השניה סך של 162,000 ₪ שערכם נכון למועד הסכומים 234,558 ₪.
- הסכומים כוללים הצמדות למדד וריבית מיום 15.11.09.
64. לנוכח האמור אני מחייבת הנתבעת לשלם לתובע סך של 1,213,000 ₪ כשהם נושאים הפרשי הצמדה וריבית מהיום ועד התשלום בפועל.
- כמו כן אני מחייב את הנתבעת לשלם לתובע את הוצאות המשפט, לרבות האגרה ושכר העדים.
65. אני מחייב את הנתבעת לשלם לתובע שכ"ט עו"ד בסך 245,000 ש"ח, שיישאו הפרשי הצמדה וריבית מהיום ועד לתשלום בפועל.
66. אינני פוסק הוצאות מיוחדות.
- זכות ערעור תוך 45 יום.
- המזכירות תשלח פסה"ד לצדדים בדואר רשום.
- ניתן היום, כ"ח אב תשע"ד, 24 אוגוסט 2014, בהעדר הצדדים.**