

זה ממש לא עובד על אוטומט: טעויות שעושים מבוטחים בביטוח סיעודי

הביטוח סירב לקבל את הערעור או מעלה טענות חדשות? יש דברים שמבוטחים רבים לא יודעים, ושיכולים לעשות הבדל עצום. כך תימנעו גם אתם מהטעויות השכיחות

תגיות: ביטוח סיעודי

וואלה עסקים

יום שלישי, 17 בנובמבר 2020, 17:09



יש מה לעשות גם כשנדמה שהכול אבוד

ביטוח סיעודי משמש עבור רבים כקרש הצלה לאחר שנקלעו לתופת כלכלית בעקבות מצבם הרפואי, אולם דווקא בעת מצוקה זו מגלים רבים שחברת הביטוח מסתייגת מאחריותה ומותירה את המבוטח ואת בני משפחתו להתמודד בכוחות עצמם עם ההשלכות הקשות של מחלתו ולספוג את העלויות הכבדות הכרוכות בטיפול ביקירם. לעיתים קרובות, טעויות טקטיות שעושים המבוטחים מספקות את הסיבה לדחות את התביעה ובמקרים רבים אחרים, חוסר ההבנה מצד המבוטח ברזי זכויותיו מאפשר להן להתחמק מחובתן לשלם את תגמולי הביטוח. מחלקת הביטוח הסיעודי במשרדו של עו"ד דוד פייל, ריכזה את הטעויות השכיחות במסגרת מדריך מפורט שהכינה. בסיועו של עו"ד יוסי כהן שעומד בראש המחלקה, תמצתנו עבורכם את עיקרי הדברים.



עו"ד יוסי כהן (צילום: לני מידן)

שליחת מכתב ערעור לחברת הביטוח. מבוטחים רבים שנדחו על ידי חברת הביטוח, מגישים ערעור בגין דחיית תביעתם על ידי אחד מבני המשפחה. מטבע הדברים, הרוב המכריע של המבוטחים אינם בקיאים בתנאי פוליסת הביטוח שברשותם, בהנחיות המפקח על הביטוח ופסקי הדין היוצאים תחת ידו של בית המשפט, דבר שעלול לפגוע בסיכוי התביעה שלהם. מרבית האנשים כלל אינם מודעים להוראת המפקח על הביטוח, הקובעת כי חברות הביטוח חייבות להיצמד לטענות שהועלו על ידן במכתב הדחייה הראשון ששלחו למבוטחים. כלומר, חברת הביטוח אינה ראשית לטעון או להעלות טענת דחייה שלא נטענה במכתב הדחייה הראשון. ברם, מכתב ערעור טורף את הקלפים ופותח מחדש את האפשרות של חברת הביטוח לטעון טענות חדשות שטרם נטענו. הגשת מכתב ערעור לחברת הביטוח עלול, בהסתברות גבוהה מאוד, לפגום בהליך המשפטי, להאריך את משך ההתדיינות עד למצב בו התביעה תתיישן ולא יהיה ניתן לפנות לבית המשפט, להקשות על הוכחת הזכאות ואף להביא לתשלום הוצאות משפטיות כבדות. יש לזכור כי בשלב הראשון, התביעה מטופלת אצל מסלק תביעות בחברת הביטוח, ואילו מכתבי הערעור מטופל בד"כ ע"י טריבונל של עורכי דין בכירים שמשקיעים זמן רב ומשאבים בשביל לברר לעומק את התביעה.

בניית תיק תביעה באופן שגוי. הגשת תביעת ביטוח מצריכה מיומנות, ידע, מקצועיות ובעיקר - שליטה ב'שפה הביטוחית'. במרוצת השנים טיפלו במאות מקרים בהם מבוטחים הגישו תביעות באופן עצמאי לחברות הביטוח, תוך תיאור לקוי של המצב התפקודי. כך, למשל, רבים סבורים כי חוסר המסוגלות להתהלך בלי מקל או הליכון מהווה מצב שמזכה בהכרה כסיעודי. אולם מרבית הפוליסות קובעות כי התהלכות עם מקל, אף במצב בו התובע מדדה, נחשבת כהליכה ולכן לא ניתן להתבסס עליה לצורך בחינת הזכאות להכרה כמצב סיעודי. אולם, עו"ד מיומן, הבקיא ברזי עולם הביטוח ידע איך להתמודד עם ההגדרות הנוקשות של הפוליסה באמצעות הנחיות המפקח על הביטוח ותקדימים משפטיים.

תקשורת לקויה עם הרופא המטפל. תפקידו של רופא מטפל הוא להושיט סיוע רפואי ולא ניתן לצפות ממנו להבנה ולסיוע בבירוקרטיה ובהגדרות הפוליסה (אשר לא פעם שונות בצורה משמעותית מההגדרות הרפואיות). הרופא בקופת חולים בוודאי שאינו מכיר ויודע כיצד למלא את טפסי התביעה באופן שנותן מענה מדויק לצרכים המשפטיים של המבוטח. למשל, על פי הגדרת הפוליסה, מבוטח שאינו מסוגל לבצע 50% מפעולה מסוימת יחשב כמי שזקוק לעזרה. לא אחת, חולי פרקינסון מדווחים לרופא על תפקוד סביר יחסית בשעות הבוקר. הרופא שרושם זאת בגיליון אינו מודע לעובדה כי לניסוח הדברים יש חשיבות מכרעת היות וחברת הביטוח מסיקה מכך שהמבוטח עצמאי במרבית שעות היממה ולפיכך אינו עונה על ההגדרה בפוליסה.

אי הגשת ערעור לאחר פטירת המבוטח. לא פעם בני משפחה, עסוקים בניסיון לטפל באדם החולה הסיעודי, ואינם פנויים להתעסק בכל הדברים הבירוקרטיים גם כאשר מדובר בהוצאות רבות ולא מבטלות (מטפל, תרופות וכו'). לכן, לא פעם בני המשפחה מגלים כי למבוטח הייתה פוליסת סיעוד רק לאחר מועד הפטירה. מרבית האנשים סבורים כי במצב דברים זה הם הפסידו את הפיצוי שהיו זכאים לו. אולם, לא כך הם פני הדברים. היורשים של המבוטח יכולים להגיש תביעת סיעוד ולתבוע את תגמולי הביטוח גם לאחר שזה נפטר. לצורך כך, יש לצרף לתביעה תיעוד רפואי המוכיח כי המבוטח היה סיעודי טרם הפטירה ועד שלוש שנים אחורה ממועד הפטירה. חשוב לציין, כי גם במקרה בו חברת הביטוח דחתה את תביעתו של המבוטח טרם הפטירה, ובני המשפחה לא הגישו תביעה לבית המשפט בגלל שהיו עסוקים בטיפול באדם הסיעודי או שלא היו מודעים לזכויותיהם, היורשים יכולים ואף צריכים לעשות זאת לאחר שהמבוטח נפטר כאמור עד שלוש שנים ממועד הפטירה.

המועד הנכון לקבלת תשלומי סיעוד. לא אחת המבוטח פונה אל המבטחת בשיהוי מהמועד בו הפך להיות סיעודי וממלא טופס תביעה ששולחת אליו חברת הביטוח אשר נושא את תאריך הפנייה אליה. במקרים כאלו, נוטות חברות הביטוח לעשות שימוש פסול בחוסר ההבנה של המבוטח, תוך שהן מבהירות לו כי הזכאות לקבלת תשלום מכוח הפוליסה, תקפה ממעוד הגשת התביעה. לא כך הדבר, העת הרלבנטית לתשלום נקבעת בהתאם למועד בו הפך המבוטח לסיעודי בפועל ולא ליום בו הוא פנה בדרישה לקבלת תשלומי הסיעוד. יוער, כי כיום פרק הזמן המירבי להגשת תביעה לחברת הביטוח מיום המקרה עומד על 3 שנים. מספר זה מבלבל לא פעם את החולים שנמצאים במצב סיעודי ואף את בני משפחתם. לעיתים בני המשפחה מגלים לאחר שנים רבות כי למבוטח הייתה פוליסת סיעוד, ואולם בשל הזמן הרב שחלף הם סבורים בטעות כי אין הם זכאים עוד לקבלת תגמולי ביטוח.

מרימים ידיים אחרי שחברת הביטוח טענה שלא גיליתם מצב רפואי קודם. בעת הצירוף לביטוח, מבוטחים מתבקשים להצהיר על מצבם הרפואי על ידי מילוי הצהרת בריאות. לא פעם אנשים לא מודעים למצבם הרפואי לאשרו והם מצטרפים לביטוח כאשר הם משיבים בשלילה על חלק מהשאלות של חברת הביטוח. לימים ולאחר שהמבוטח הפך לסיעודי, והוא מבקש לקבל את תגמולי הביטוח להם הוא זכאי טוענת חברת הביטוח כי המבוטח הפר את חובת הגילוי במועד הצירוף ולא גילה לה את מצבו האמיתי, ולו הייתה יודעת מה מצבו האמיתי היא הייתה מסרבת לצרף אותו לביטוח. חשוב לדעת, כי על מנת שחברת הביטוח תוכל לטעון טענת 'אי גילוי' - לאחר שחלפו שלוש שנים מיום הצירוף - ועד ליום קרות המקרה עליה להוכיח כי המבוטח תכנן להונות את חברת הביטוח במועד הצירוף דבר שכמעט בלתי אפשרי להוכחה בתביעות סיעוד. מעט מאוד אנשים קונים פוליסת סיעוד מתוך תכנון יזום להפוך לסיעודיים בעתיד. העוגן לאיסור זה נעוץ בסעיף 43 לחוק חוזה הביטוח. וכך לדוגמא, מבוטחת רכשה פוליסת ביטוח סיעודי בשנת 2005 אך לא יידעה את המבטחת על פריצת דיסק. בשנת 2019 היא הפכה לסיעודית והמבטחת דחתה את תביעתה בטענה כי הסתירה ממנה עובדה זו. אך כאמור, היות וחלפו למעלה משלוש שנים ממועד "אי הגילוי", תתקשה המבטחת להשתמש בטענה זו. חשוב לציין, כי במידה וחברת הביטוח תוכיח כי המידע הוסתר בכוונה תחילה או ליתר דיוק בכוונת מרמה, כי אז מתיר לה החוק לשלול מהמבוטח את זכאותו למימוש הפוליסה.

חברת הביטוח טענה לאי גילוי של בעיה רפואית, אשר לא היא גרמה למצב הסיעודי. קורה לא פעם, שחברת הביטוח, טוענת כנגד המבוטח הסיעודי, שהוא לא גילה לה על בעיה רפואית מסוימת בעת שהצטרף לפוליסה, למרות שלא בעיה זו גרמה למצב הסיעודי. ד' נפגע בתאונה דרכים ונותר עם שיתוק בידו הימנית. לאחר שפנה אל המבטחת, זו גילתה כי בעברו הוא נפגע ברגלו אך לא חשף עובדה זו במסגרת הליך ההצטרפות לביטוח. סעיף 2.8 לחוק חוזה ביטוח קובע שמבטחת לא רשאית להפחית את תגמולי הביטוח בשל טענת אי גילוי עובדה רפואית שלא היא שהביאה למצב בגינו הוא זכאי לקבלתם. לאור כך, נאלצה המבטחת להכיר בתביעתו ולשלם לו את מלוא הכסף אותו היה זכאי לקבל בהתאם לתנאי הפוליסה. ג' נפגע בתאונה קשה בשתי רגליו וכתוצאה ממנה נותר רתוק לכסא גלגלים. כאשר פנה ג' לחברת הביטוח שביטחה אותו בפוליסת סיעוד, החלה זו להתעמק בתיקו הרפואי של ג' וגילתה כי בעברו נפגע בגב אותחנות וכי עובדה זו לא גולתה לה על ידו. ג' טען באמצעותו, כי אין קשר בין אי גילוי נושא הגב, לבין הפגיעה הנוכחית ברגליים שגרמה למצבו הסיעודי. בעזרת סעיף 2.8 לחוק חוזה ביטוח, הצליח ג' לקבל את תשלומי הפוליסה.

עוד מידע בנוגע להגשת תביעות ביטוח סיעודי ניתן למצוא במדריך המלא שכתבו במשרד עו"ד פייל ושות'.