

בעניין:

1. גב' שולמית זליגמן, ת.ז. 9039256
2. גב' אורית זליגמן, ת.ז. 022834426
3. מר יצחק פינקלשטיין, ת.ז. 1442599
4. מר דן בירנבוים, ת.ז. 52180577
5. מר יוסף גולדנברג, ת.ז. 042668145
6. מר עדי קסטנבאום, ת.ז. 057972333
7. מר יהושע ברוט, ת.ז. 52021664

כולם ע"י ב"כ עוה"ד א. גולדנברג ו/או ע. קסטנבאום
מרחה א.ה. סילבר 16, נהריה 22385
טל: 04-9511107 פקס: 04-9511106

התובעים

- נגד -

1. הפניקס חברה לביטוח בע"מ
מדרך השלום 53, גבעתיים
2. הראל חברה לביטוח בע"מ
מרחה אבא הלל סילבר 3, רמת-גן
3. כלל חברה לביטוח בע"מ
מדרך מנחם בגין 48, תל-אביב
4. מנורה מבטחים ביטוח בע"מ
מרחה אלנבי 115, ת"א
5. מגדל חברה לביטוח בע"מ
מרחה אפעל 4 קריית אריה, פתח-תקווה

הנתבעות

מהות התביעה: כספית וצו עשה

סכום התביעה האישית: 1,683.54 ₪ ביחס לכל שנת ביטוח.

סכום התביעה לכלל חברי הקבוצה: 2,290,045,000 ₪.

כתב תביעה

(תובענה ייצוגית עפ"י חוק תובענות ייצוגיות התשס"ו-2006)

מוגשת בזה תובענה ייצוגית כנגד הנתבעות בשם כל מי שנכלל בקבוצה שהגדרתה היא "כל מי שהתקשר עם הנתבעות או מי מהן בחוזה ביטוח ושנגבה ממנו תשלום בגין מרכיב "תת שנתיות" בנסיבות או בסכום החורגים מן המותר."

מבוא

עניינה של תובענה זו בגבייה שלא כדין ע"י הנתבעות של תשלום הקרוי "תת שנתיות" כמפורט להלן.

נבחר בקצרה במה דברים אמורים:

א. בענף ביטוחי החיים קיימים ביטוחי חיים רגילים וביטוחי חיים המשולבים בחיסכון. קיימות באופן כללי תכניות ביטוח משולב בחיסכון משני סוגים. עד שנת 1992 הונפקו פוליסות שבהן התשואה למבוטחים היתה קבועה וידועה מראש והובטחה באג"ח ייעודי שהונפק ע"י ממשלת ישראל (חץ). פוליסות אלה ידועות בשם "תשואה מובטחת". משנת 1992 ואילך הונפקו פוליסות שבהן כספי המבוטחים הושקעו ע"י חברות הביטוח בשוק ההון ובתשואה התחלקו חברות הביטוח והמבוטחים לפי כללים שנקבעו מראש. פוליסות אלה ידועות בשם "משתתף ברווחים".

ב. על פי הנחיות משרד האוצר – אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון, ביחס לביטוחי חיים (ואך ורק ביחס לביטוחי חיים!) רשאית חברת ביטוח בתנאים מסויימים לגבות מן המבוטח תשלום הנקרא "תת שנתיות". ניתן לגבות תשלום זה כאשר תעריף הביטוח נקבע בסכום שנתי אך התשלום מבוצע בפועל במספר תשלומים. כאשר מדובר בתשלומים חודשיים התוספת לתעריף לא תעלה על שיעור מסויים. השיעור המקסימלי חל כאשר הפריסה היא ל- 12 תשלומים חודשיים.

ביחס לתכניות ביטוח חיים שהונפקו משנת 1992 ואילך השיעור המקסימלי עמד על 4% וביחס לתכניות ביטוח חיים שהונפקו עד שנת 1992 עמד השיעור המקסימלי (עד שנת 2000) על 6%.

ההוראות הרלבנטיות בענין זה מצויות בחוזר מס' 419 של המפקח על הביטוח שיוזכר להלן (ביחס לפוליסות שהונפקו החל משנת 1992) ובחוזר מס' 338 מחודש אוגוסט 1982 ביחס לפוליסות שהונפקו עד 1992. חוזר מס' 338 בוטל בתחילת שנת 2000 כך שלמעשה החל ממועד ביטולו חל לגבי פוליסות שהונפקו עד 1992, לכל היותר, חוזר מס' 419.

את גורם תת השנתיות ניתן לגבות אך ורק בקשר לביטוח חיים אך לא בקשר לרכיב החיסכון בביטוח חיים משולב בחיסכון.

ג. בנוסף הותר לחברות הביטוח לגבות בתנאים מסויימים גם תשלום הקרוי "גורם פוליסה". "גורם פוליסה" הוא סכום חודשי קבוע המתווסף לפרמיה שמטרתו לכסות הוצאות הכרוכות בטיפול בפוליסה. עפ"י חוזרים מס' 336 ביחס לביטוח מסוג תשואה מובטחת ו- 419 למשתתף ברווחים, של משרד האוצר – אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון, מחודש יולי 1982 ומחודש פברואר 1992 בהתאמה, הותר לגבות בפוליסות ביטוח חיים גורם פוליסה ובלבד שסכומו לא יעלה על סך של 182 שקל ישן (תשואה מובטחת) השקולים נכון לסוף שנת 2006 לסך של 96.7 ₪ או סך השווה ל: $(12 + X) \times 44$ (משתתף ברווחים) כאשר $X =$ מספר התשלומים בשנה. הסכומים הנ"ל צמודים למדד המחירים לצרכן כאשר המדד היסודי הוא המדד בגין חודש פברואר 1982 או המדד שהיה ידוע ביום 1.10.91 (מדד אוגוסט 1991) לפי העניין.

ד. העתקי חוזרים מס' 336, 338 ו- 419 והעתק ההודעה על ביטול חוזר 338 מצ"ב כנספחים "א" עד "ד" בהתאמה לכתב תביעה זה ומהווים חלק בלתי נפרד הימנו.

ה. למרות האמור לעיל גובות הנתבעות את תוספת התת שנתיות גם ביחס לרכיב הקרוי "גורם פוליסה" אשר איננו חלק מתעריף הביטוח או הפרמיה והוא אף תשלום חודשי ולא שנתי כך שממילא הוא אמור להגבות באופן חודשי. בחלק מן המקרים אף נגבה גורם התת שנתיות בשיעור העולה על זה שהותר. לא זו אף זו, הנתבעות גובות את תשלום התת שנתיות ביחס לפוליסות ביטוח שאינן פוליסות ביטוח חיים. כמו כן **וזהו העיוות החמור ביותר**, גובות הנתבעות את רכיב התת שנתיות גם ביחס לאותו חלק של הפרמיה בביטוח חיים משולב בחיסכון המיועד לחיסכון. בנוסף ממשיכות הנתבעות לגבות ביחס לפוליסות שהונפקו עד 1992 תת שנתיות בשיעור של 6%.

הערה כללית בעניין הנחות היסוד

כפי שניתן יהיה להיווכח מעיון בדיווחים השנתיים אשר שולחות הנתבעות למבוטחים, רב בהם הנסתר על הנגלה והדברים מקבלים משנה תוקף בכל הקשור לגביית הרכיבים השונים של התשלום הכולל שנגבה מן המבוטח.

בשל מדיניות זו של גילוי טפח והסתרת טפחיים נאלץ המפקח על הביטוח לאחרונה (לאחר שבוקר בעניין זה ע"י מבקר המדינה) להורות לחברות הביטוח להרחיב את הדיווח ואף נקבעו בענין זה הוראות מפורשות בתקנות.

למרבה הצער הרחבת הגילוי ארעה רק לאחרונה ולא כל חברות הביטוח מקפידות על כללי הדיווח. לפיכך נאלצנו בתביעה זו, בכל הקשור בתחשיבים, להסתמך על הדו"ח האישי השנתי לשנה מסוימת ולהניח על בסיסו הנחות יסוד או השערות בקשר לנוק האישי.

הסעדים הנתבעים

החזר של כל הסכומים שנגבו שלא כדין כמפורט לעיל ולהלן וכן הוצאת צו עשה המורה לנתבעות לתקן את דרך התנהגותן בכל ההיבטים המתוארים בתביעה זו.

בעלי הדין

1. התובעים הם אזרחי ותושבי מדינת ישראל. התובעת 1 היא חמותה של התובעת 2. התובע 5 הוא אביו של אחד מב"כ התובעים. התובע 6 הוא בנה של התובעת 1 והוא אחד מב"כ התובעים. התובעת 2 הגישה או מתעתדת להגיש תביעה נוספת כנגד הנתבעת 2. יודגש כי פרטים אלה מובאים במסגרת גילוי נאות וע"מ שלא יטען כי הוסתרו מביהמ"ש אולם מובהר כי אין לאמור כל נפקות לענייננו.

2. הנתבעות הן, למיטב הידיעה, חברות ציבוריות בערבון מוגבל, בעלות רישיון מבטח עפ"י סעיף 15 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) תשמ"א-1981 (להלן: "חוק הפיקוח") ומנהלות בפועל את חברות הביטוח הגדולות בישראל. הנתבעות יחד שולטות על כ- 95% מענף ביטוח החיים בישראל. התנהלותן של הנתבעות מוסדרת ומפוקחת, בין היתר, על ידי הוראות המפקח על הביטוח וע"י אגף שוק ההון ביטוח וחסכון במשרד האוצר.

הרקע העובדתי

3. התובעים התקשרו עם הנתבעות בהסכמי ביטוח לפיהם רכשו התובעים מאת הנתבעות פוליסות ביטוח כמפורט להלן:

א. התובעת 1 התקשרה עם הנתבעת 1 (ההתקשרות המקורית הייתה עם הדר חברה לביטוח בע"מ אשר התמזגה ונטמעה בנתבעת 1) בחוזה ביטוח (משולב בחיסכון) שמספרו (מספר הפוליסה) הוא 0277631008 וכן בחוזה ביטוח "עוגן משולב" שמספרו (מספר הפוליסה) הוא 0309681005.

ב. התובעת 2 התקשרה עם הנתבעת 2 (ההתקשרות המקורית הייתה עם סהר ציון חברה לביטוח בע"מ אשר התמזגה ונטמעה בנתבעת 2) בחוזה ביטוח (משולב בחיסכון) שמספרו (מספר הפוליסה) הוא 18015990.

ג. התובע 3 התקשר עם הנתבעת 3 (ההתקשרות המקורית הייתה עם הסנה חברה לביטוח בע"מ אך הפוליסה עברה לניהול ואחריות הנתבעת 3) בחוזה ביטוח (משולב בחיסכון) שמספרו (מספר הפוליסה) הוא ה/4379843.

ד. התובע 4 התקשר עם הנתבעת 4 בחוזה ביטוח שמספריהם (מספרי הפוליסות) הם 3201910 (משולב בחיסכון) ו- 703125929 כאשר הפוליסה השנייה היא מסוג ריסק טהור. התובע 4 התקשר גם עם הנתבעת 2 בחוזה ביטוח (אי כושר עבודה

וסיעוד) שמספרו 521805701. יצויין כי התקשרות זו נעשתה בין חברת בירנבוים צירקה ניהול ויעוץ בע"מ לבין הנתבעת 2 כאשר ההסכם הוא לטובת התובע 4. החברה הנ"ל המחתה לתובע 4 את כל זכויותיה לתביעה כנגד הנתבעת 2 בעניין כל גבייה עודפת של פרמיה גם אם פרמיה זו שולמה בפועל ע"י החברה.

העתק מכתב ההמחאה מצ"ב כנספח "ה" לכתב תביעה זה המהווה חלק בלתי נפרד הימנו.

ה. התובע 5 התקשר עם הנתבעת 5 (במקור היתה ההתקשרות עם סלע חברה לביטוח בע"מ אשר התמזגה עם הנתבעת 5) בחוזה ביטוח (משולב בחיסכון) שמספרו (מספר הפוליסה) הוא 20020271.

ו. התובע 6 התקשר עם הנתבעת 1 בחוזה ביטוח (ריסק + אי כושר עבודה) שמספרו (מספר הפוליסה) 0660845017 ובחוזה ביטוח (מוות ונכות מתאונה) שמספרו 9742132013.

ז. התובע 7 הוא יורשה של המנוחה לחמי גלה ז"ל שנפטרה בינואר 2005. המנוחה התקשרה עם הנתבעת 3 בחוזה ביטוח (סיעוד) שמספרו (מספר הפוליסה) 3356575. כירש מגיעים לתובע 7 כל הזכויות להשבת סכומים שנגבו בגין הפוליסה הנ"ל שלא כדין.

העתקי צו קיום צוואת המנוחה ואישור ההסתלקות של יורשת אחרת מצ"ב כנספחים "ו" ו-"ז" המהווים חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

יצוין כי חלק מן הפוליסות הנ"ל פעילות וחלק פדויות או מסולקות אולם אין לכך כל חשיבות לענייננו. מובהר כי כל תובע תובע את החברה/ות עימה התקשר בחוזה ביטוח כאמור לעיל. ביחס לתובעים 3 ו-5 יצויין כי החל משנת 2003 וסוף 2001 בהתאמה שולמו הפרמיות ע"י המבטחות עצמן שכן הופעל ביטוח שחרור מפרמיות.

העתקי מסמכי ההצטרפות של התובעים לתכניות הביטוח מצ"ב כנספחים "ז", "ז", "ח", "ט", "י", "יא", "יב", "יג" (ביחס ללחמי גלה ז"ל) בהתאמה לסדר אזכורן של פוליסות הביטוח בסעיף 3 לעיל.

העתקי מסמכי ההצטרפות מהווים חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

4. לתובעים התגלה כי קיימים אי סדרים בגביית סכומים שונים ע"י חברות הביטוח והם בדקו את הנושא של גביית הריבית התת שנתית.

הנתבעת 1

5. התובעת 1 הצטרפה לתכנית הביטוח המשולב בחיסכון של הנתבעת 1 ביום 1 בדצמבר 1990 ולתכנית הביטוח "עוגן משולב" ביום 1 באפריל 1994. התובעת 1 שילמה את דמי הביטוח כסדרם.

בפועל נגבה מן התובעת 1 גורם של תת שנתיות שלא כדין כמפורט להלן כאשר התחשיב מבוצע בעיגול לשקלים שלמים.

משולב בחיסכון

א. כפי שניתן להיווכח מנספח "ז", הפרמיה השנתית נקבעה לסך של 1,984 ₪. פרמיה זו כוללת הן את גורם הפוליסה, הן את הפרמיה בגין הביטוחים הנוספים (נכות או מוות מתאונה ושחרור מפרמיות) והן את רכיב החיסכון.

ב. התשלום החודשי נקבע לסך של 175 ₪. מאחר ומדובר בפוליסה שהונפקה לפני 1992 שיעור התת שנתיות המקסימאלי הוא 6%.

כאשר נחלק את הפרמיה השנתית ב- 12 ונוסיף מקדם של 6% נגיע לפרמיה החודשית בפועל - 175 ₪ = $(12 : 1,984) \times 1.06$.

ג. משמעות הדבר היא שנגבה תשלום תת שנתיות גם ביחס לרכיב גורם הפוליסה וגם ביחס לרכיב החיסכון. כמו כן, ביחס לביטוחים שאינם ביטוחי חיים נגבה גם כן תשלום של תת שנתיות.

ד. כמו כן, אם נצמיד את סכומי הפרמיה המקוריים כולל רכיב תת השנתיות, למדד נגלה שהסכומים הנגבים בשנים האחרונות נותרו ללא שינוי קרי: מלוא הסכום המקורי בצירוף הפרשי הצמדה למדד. משמעות הדבר היא שהנתבעת 1 ממשיכה לגבות את רכיב תת השנתיות בשיעור של 6% (למרות שההיתר לכך פקע בשנת 2000) ועל כל מרכיבי הפרמיה.

עוגן משולב

ה. אצל הנתבעת 1 ישנה, מעבר לכל הליקויים הנזכרים לעיל, תופעה בלתי ניתנת להסבר של גביית גורם תת שנתיות בשיעור גבוה מן המותר של 4.04%. על פי נספח "2ז" הפרמיה השנתית נקבעה לסך של 1,644.82 ₪ ואולם הפרמיה החודשית היא בסך של 142.6 ₪. אם נחלק את הפרמיה השנתית ב- 12 ונוסיף לתוצאה 4.04% נקבל $142.60 = (1,644.82 : 12) \times 1.0404$ מכאן ברור שמקדם תת השנתיות אינו 4% אלא 4.04%. אותה תוצאה נצפתה אצל מבוטחים רבים לרבות התובע 6.

6. התובע 6 הצטרף לתכנית הביטוח (ריסק + אי כושר עבודה) של הנתבעת 1 ב- 1 במאי 1999 ולתכנית ביטוח המוות + נכות מתאונה ב- 1 בדצמבר 2002. התובע 6 שילם את דמי הביטוח כסדרם.

בפועל נגבה מן התובע 6 גורם תת שנתיות שלא כדין כמפורט להלן:

א. כפי שניתן להיווכח מנספח "יב" הפרמיה השנתית נקבעה לסך 1,262.02 ₪ ואילו הפרמיה החודשית נקבעה לסך 109.41 ₪. הפרמיה השנתית כוללת הן את גורם הפוליסה והן את פוליסת ביטוח אי כושר עבודה.

ב. אם נחלק את הסכום הכולל של הפרמיה השנתית ב- 12 ונוסיף את מקדם התת שנתיות (שכפי שראינו הוא 4.04% ולא 4% בלבד) נקבל את סכום הפרמיה החודשית $109.41 = (1,262.02 : 12) \times 1.0404$.

ג. משמעות הדבר היא שנגבה תשלום תת שנתיות גם ביחס לרכיב גורם הפוליסה. כמו כן, ביחס לביטוחים שאינם ביטוחי חיים נגבה גם כן תשלום של תת שנתיות.

ד. תופעה דומה ארעה גם ביחס לביטוח המוות ונכות מתאונה.

הנתבעת 2

7. התובעת 2 הצטרפה לתכנית הביטוח של הנתבעת 2 ביום 1 במאי 2002. התובעת 2 שילמה את דמי הביטוח כסדרם.

בפועל נגבה מן התובעת 2 גורם של תת שנתיות שלא כדין כמפורט להלן:

א. כפי שניתן להיווכח מנספח "ח", הפרמיה השנתית נקבעה לסך של 2,307 ₪. פרמיה זו כוללת הן את גורם הפוליסה והן את רכיב החיסכון.

ב. התשלום החודשי נקבע לסך של 200 ₪. מאחר ומדובר בפוליסה שהונפקה לאחר שנת 1992 שיעור התת שנתיות המקסימאלי הוא 4%.

כאשר נחלק את הפרמיה השנתית ב- 12 ונוסיף מקדם של 4% נגיע לפרמיה החודשית בפועל. $200 \text{ ₪} = 1.04 \times (12 : 2,307)$

ג. משמעות הדבר היא שנגבה תשלום תת שנתיות גם ביחס לרכיב גורם הפוליסה וגם ביחס לרכיב החיסכון.

ד. אמנם הדבר אינו משתקף אצל התובעת 2, אולם גם הנתבעת 2, כיתר חברותיה, גובה את רכיב תת השנתיות גם בקשר לפוליסות שאינן פוליסות ביטוח חיים. ניתן להבחין בתופעה זו אצל התובע 4.

8. התובע 4 הצטרף לתכנית הביטוח של הנתבעת 2 בחודש מאי 1995.

בפועל נגבה מן התובע 4 גורם תת שנתיות שלא כדין כמפורט להלן:

א. כפי שניתן להיווכח מנספח "3" הפרמיה השנתית נקבעה לסך של 1,916 ₪ כאשר פרמיה זו כוללת את גורם הפוליסה ואינה פרמיה בגין פוליסת ביטוח חיים.

ב. התשלום החודשי נקבע לסך של 169.96 ₪ כאשר שיעור התת השנתיות המקסימאלי הוא 4% (פוליסה שהופקה לאחר 1992). בפועל נגבתה מן התובע 4 תת שנתיות בשיעור של 6.446%.

כאשר נחלק את הפרמיה השנתית ל- 12 ונוסיף מקדם של 6.446% נגיע לפרמיה החודשית $169.96 = 1.06446 \times (12 : 1,916)$.

ג. משמעות הדבר היא שנגבתה מן התובע 4 תת שנתיות בשיעור גבוה מן המותר וכן נגבתה תת שנתיות ביחס לגורם הפוליסה וביחס לפוליסה שאינה פוליסת ביטוח חיים.

ד. למותר לציין שהפרמיה גדלה בשיעור הזהה לפחות לשיעור עליית המדד כך ששיעור התת שנתיות נותר גבוה מן המותר.

3 הנתבעת

9. התובע 3 הצטרף לתכנית הביטוח של הנתבעת 3 הכוללת גם ביטוחים שאינם ביטוחי חיים ביום 1 ביוני 1974. התובע 3 שילם את דמי הביטוח כסדרם.

בפועל נגבה מן התובע 3 גורם של תת שנתיות שלא כדין כמפורט להלן:

א. כפי שניתן להיווכח מנספח "ט", הפרמיה השנתית לביטוח היסודי נקבעה לסך של 572 לירות. כאשר נוסף לסכום זה הפרשי הצמדה למדד נגיע לפרמיה השנתית הריאלית, לכאורה. בפועל נגבה סכום גבוה יותר כאשר התוספת משקפת את גורם הפוליסה ורכיב תת השנתיות בגובה של 6% ביחס לפרמיה הכוללת וגורם הפוליסה.

ב. לדוגמא נביא את נתוני שנת 2002: סכום הפרמיה השנתית (572 לירות) ממודד ליום 1.9.02 (מועד גביית הפרמיה, אגב, במקום בחודש יוני כפי שסוכם) הוא כ- 1,629 ₪. בפועל נגבה סך של 1,874 ₪. ההפרש מהווה את גורם הפוליסה (135 ₪) ורכיב תת שנתיות של כ- 110 ₪ דהיינו כ- 6%.

העתיקי דף תחשיב מאתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה והדו"ח השנתי האישי לשנת 2002 מצ"ב כנספחים "יד" ו- "טו" המהווים חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

יצויין כי רכיב התת שנתיות נגבה גם ביחס לביטוח מוות מתאונה, אי כושר עבודה ושחרור מפרמיה.

- ג. משמעות הדבר היא שנגבה תשלום תת שנתיות גם ביחס לרכיב גורם הפוליסה וגם ביחס לרכיב החיסכון וכמו כן, ביחס לפוליסת ביטוח שאינה פוליסת ביטוח חיים.
- ד. בנוסף, הנתבעת 3 גבתה מהתובע 3 עד לשנת 2002, כולל, תת שנתיות ביתר שכן גבתה 6% (לפחות) בעוד שכאמור לעיל, החל משנת 2000 הייתה זכאית לגבות לכל היותר 4%. לא זו אף זו, התובע 3 שילם את הפרמיה השנתית בשני תשלומים בלבד (ולא 12 תשלומים) ולכן לא היה ניתן לגבות ממנו ממילא את רכיב התת השנתיות במלואו אלא 1% בלבד (בין אם מותר לגבות עד 6% ובין אם מותר לגבות עד 4%).
- ה. לדוגמא נוספת לדרך התנהלותה של הנתבעת 3 ניתן להיחשף באמצעות בחינת מקרה של מבוטח נוסף אשר פרטיו הוסתרו לשם שמירת פרטיותו.
- על פי מסמכי ההצטרפות (משנת 1988) לביטוח חיים (מעורב) הכולל חיסכון וכן ביטוח אי כושר עבודה וביטוח רפואי, הפרמיה השנתית, כולל רכיב החיסכון, הביטוחים נוספים הנ"ל וגורם הפוליסה, הסתכמה ב- 6,228.50 ₪ ואילו הפרמיה החודשית הסתכמה ב- 550.20 ₪, סכום הכולל תת שנתיות בשיעור של 6% $(6,228.50 = 1.06 \times 550.20)$.
- ברור לכן שהנתבעת 3 גבתה את רכיב תת השנתיות גם ביחס לרכיב החיסכון, גם ביחס לגורם הפוליסה וגם ביחס לפוליסות שאינן פוליסות ביטוח חיים.
- העתק דף פרטי הביטוח של המבוטח הנ"ל (בהסתרת פרטיו המזהים) מצ"ב כנספח "טז" המהווה חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.
10. המנוחה לחמי גלה ז"ל אשר התובע 7 הוא יורשה הצטרפה לתכנית הביטוח (סיעודי) של הנתבעת 3 ביום 1 בספטמבר 2003.
- בפועל נגבה מן המנוחה גורם תת שנתיות שלא כדין כמפורט להלן:
- א. כפי שניתן להיווכח מנספח "יג" הפרמיה השנתית היא בסך של 1,397.01 ₪. פרמיה זו כוללת את גורם הפוליסה והיא אינה פרמיה בגין ביטוח חיים (למרות כותרתו של נספח "יג").
- ב. התשלום החודשי נקבע לסך של 121.07 ₪. מאחר ומדובר בפוליסה שהונפקה לאחר 1992 שיעור התת השנתיות המקסימאלי הוא 4%.
- כאשר נחלק את הפרמיה השנתית ל- 12 ונוסיף מקדם של 4% נגיע לפרמיה החודשית בפועל $(121.07 = 1.04 \times 12 : 1,397.01)$.
- ג. משמעות הדבר היא שנגבה גורם תת שנתיות ביחס לגורם הפוליסה וכן שנגבתה תת שנתיות ביחס לפוליסה שאינה פוליסת ביטוח חיים.

הנתבעת 4

11. התובע 4 הצטרף לתכניות הביטוח של הנתבעת 4 ביום 1 באוקטובר 1986 (משולב בחיסכון) ובחודש מאי 1998 (ריסק טהור). התובע 4 שילם את דמי הביטוח כסדרם.
- בפועל נגבה מן התובע 4 גורם של תת שנתיות שלא כדין כמפורט להלן:
- א. כפי שניתן להיווכח מעיון בדו"ח השנתי לשנת 2006 ביחס לפוליסת הריסק טהור הסך הכולל שנגבה מן התובע 4 במהלך השנה היה 12,323 ₪, כולל גורם הפוליסה ותת השנתיות. מסכום זה 894 ₪ היו "דמי ניהול אחרים" אשר כוללים את גורם הפוליסה ואת תת השנתיות. מאחר וגורם הפוליסה הוא לכל היותר 195 ₪ (ראה הנוסחה בחוזר 419) הרי שכ- 700 ₪ נגבו כתת שנתיות.

כעת, אם נצרף את הפרמיה ואת גורם הפוליסה (195 + 11,429) נקבל סך של 11,624 ₪. בתוספת 6% נגיע לסך של 12,322 ₪, שהוא הסך הכולל שנגבה מן התובע 4.

ב. בדומה לזה, בפוליסה המשולבת בחיסכון לרבות הביטוחים הנלווים לה (מוות, נכות מתאונה ואובדן כושר עבודה), נגבו דמי ניהול אחרים בסך של 406 ₪. גם אם נניח שגורם הפוליסה הוא בסכום המירבי שניתן לגבות הרי שלפי חוזר 336 הסכום המירבי של גורם הפוליסה (ממודד לסוף שנת 2006) הוא 96.7 ₪ ולפיכך גורם התת השנתיות הוא בסך של 309.3 ₪ המהווים כ- 5% מן הסכום הכולל של הפרמיה וגורם הפוליסה (6,175.7 ₪). מאחר ופוליסה זו שולמה ב- 4 תשלומים הרי ששיעור התת השנתיות המקסימאלי הוא 3% (הן לפי חוזר 338 והן לפי חוזר 419).

משמעות הדבר היא שנגבה תשלום תת שנתיות גם ביחס לרכיב גורם הפוליסה וגם ביחס לרכיב החיסכון. כמו כן, ביחס לפוליסות ביטוח שאינן פוליסות ביטוח חיים נגבה גם כן תשלום של תת שנתיות.

העתק הדו"ח השנתי לשנת 2006 והעתק דף חישוב מאתר הלשכה המרכזית לסטטיסטיקה מצ"ב כנספחים "1" ו- "2" המהווים חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

ג. זאת ועוד, ביחס לפוליסת הריסק שהיא פוליסה שהונפקה בשנת 1998 בוודאי שלא ניתן לגבות תת שנתיות בשיעור של 6%, אלא לכל היותר 4%.

ד. תופעה נוספת שנצפתה אצל הנתבעת 4 היא גבייה של 4.166% במקרים שמותר לגבות בהם תת שנתיות בשיעור של 4%. הסיבה לתופעה זו היא גבייה של תוספת של 4% ביחס לרכיב תת השנתיות. במילים אחרות, הנתבעת 4 גובה את רכיב תת השנתיות "מלמעלה".

מאחר ואצל התובע 4 נגבה תת שנתיות בשיעור גבוה יותר מן המותר ואף יותר מ- 4.166% "נבלעה" התופעה ולא ניתן להבחין בה אצל התובע 4. התופעה נצפתה אצל מבוטחים אחרים ולדוגמא נביא מקרה של מבוטח אחר כאשר פרטיו הוסתרו מחמת פרטיותו.

בפוליסה מסוימת (פוליסת ביטוח בריאות ומחלות) נגבתה בשנת 2003 פרמיה כוללת בסך של 2,299.6 ₪ כאשר מזה 91.98 ₪ הוגדר ע"י הנתבעת 4 עצמה כ"ריבית תת שנתית".

אם נחלץ את הנתון של 91.98 ₪ מתוך הסך הכולל של 2,299.60 ₪ נקבל 4%. דא עקא, הסך הכולל של 2,299.60 ₪ **כבר כולל את רכיב תת השנתיות**. תת השנתיות אמורה להיות בשיעור של 4% מן הפרמיה **ללא רכיב תת השנתיות**.

למותר לציין שהתיאור דלעיל מבטא גם את התופעה של גביית תת שנתיות ביחס לגורם הפוליסה וביחס לביטוח שאיננו ביטוח חיים. מעניין לציין שבראש הדף מציינת הנתבעת 4 כי היא "מתכבדת להמציא את פירוט פוליסות ביטוח החיים..."

העתק אישור חברת הביטוח (בהסתרת פרטי המבוטח) מצ"ב כנספח "יח" המהווה חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

הנתבעת 5

12. התובע 5 הצטרף לתכנית הביטוח של הנתבעת 5 ביום 1 באוגוסט 1975 (מעורב כולל ביטוחים נוספים). התובע 5 שילם את דמי הביטוח כסדרם.

בפועל נגבה מן התובע 5 גורם של תת שנתיות שלא כדין כמפורט להלן:

- א. כפי שניתן להיווכח מנספח "יא", הפרמיה השנתית נקבעה לסך של 1,040.40 לירות. פרמיה זו כוללת הן את גורם הפוליסה, הן את רכיב החיסכון והן את הפרמיות בגין ביטוחי נכות או מוות מתאונה ואובדן כושר עבודה.
- ב. התשלום החודשי נקבע לסך של 91.90 לירות. מאחר ומדובר בפוליסה שהונפקה לפני 1992, שיעור תת השנתיות המקסימאלי הוא 6%.
- כעת, כאשר נחלק את הפרמיה השנתית הכוללת ב- 12 ונוסיף מקדם של 6% נגיע לפרמיה החודשית בפועל. $91.90 = 1.06 \times (12 : 1,040)$.
- משמעות הדבר היא שנגבה תשלום תת שנתיות גם ביחס לרכיב גורם הפוליסה וגם ביחס לרכיב החיסכון. כמו כן, ביחס לביטוחים שאינם ביטוחי חיים נגבה גם כן תשלום של תת שנתיות.
13. התובעים פנו אל בעל מקצוע מענף הביטוח וביקשו לבדוק האם התופעות שתוארו לעיל ייחודיות רק להם או שמדובר בתופעות שיטתיות. התשובה שקיבלו לאחר בדיקה הייתה שמדובר בתופעות שיטתיות.
- מסיבות ברורות לא ניתן לחשוף את פרטי בעל המקצוע אליו פנו התובעים.

הנזק לתובעים ולחברי הקבוצה

14. הנזק לתובעים מסתכם בסך של 1683.54 ₪ לכל שנת ביטוח כמפורט להלן כאשר התחשיב מבוצע ביחס לסכומים שנגבו בשנה מסוימת אחת.

בהעדר נתונים מפורשים בדיווחים השנתיים מבוצעים חישובי הנזק בחלק מן המקרים על דרך האומדנה כאשר התובעים שומרים על זכותם לתקן את תביעתם כאשר יתקבלו בידיהם נתונים ברורים ביחס לסכומים שנגבו מהם.

- א. תת שנתיות ביחס לגורם הפוליסה – בהנחה מיטבית מבחינת הנתבעות שגורם הפוליסה שנגבה בפועל הוא בסך של 50 ₪ לשנה לפחות (בפועל נגבו סכומים גבוהים יותר) הרי שתת השנתיות ביחס לגורם הפוליסה היתה כדלקמן:

(1)	התובעת 1	-	3 ₪ (6%)
(2)	התובעת 2	-	2 ₪ (4%)
(3)	התובע 3	-	3 ₪ (6%)
(4)	התובע 4	-	2.5 ₪ ו- 3 ₪ (5%-ו-6%) לפחות מכל חברה הנתבעת על ידו בהתאמה.
(5)	התובע 5	-	3 ₪ (6%)
(6)	התובע 6	-	2 ₪ (4%)
(7)	התובע 7	-	2 ₪ (4%).

ב. תת שנתיות בשיעור הגבוה מן המותר

תת שנתיות נגבתה בשיעור גבוה מן המותר בשני מקרים- גביה של 6% כאשר מותר (אם מותר) לגבות 4% או 3% במקרה של מספר מועט של תשלומים (4 במקרה של התובע 4 והנתבעת 4) קרי: שלישי/מחצית נגבה שלא כדין, וגבייה של 4.04% (הנתבעת 1) או 4.166% (הנתבעת 4).

התובעת 1 - בשנת 2004 שילמה התובעת 1 לנתבעת 1 בפוליסת משולב בחיסכון 294 ₪ (6%) כתת שנתיות כאשר שלישי מסכום זה (98 ₪) נגבה שלא כדין. בפוליסת העוגן המשולב נגבה גורם תת

שנתיות בשיעור של 107 ₪ (4.04%) דהיינו 1% מעל המותר השווה ל-1.07 ₪.

העתק הדו"ח השנתי לשנת 2004 מצ"ב כנספח "יט" לכתב תביעה זה המהווה חלק בלתי נפרד הימנו.

התובע 3 -

כאמור בסעיף 9(ב) לעיל, בשנת 2002 שילם התובע 3 לנתבעת 3 110 ₪ (6%) כתת שנתיות כאשר שליש מסכום זה (36.66 ₪) נגבה שלא כדין.

התובע 4 - הנתבעת 2 - בשנת 2004 שילם התובע 4 363 ₪ (6% לפחות) כתת שנתיות כאשר שליש מסכום זה (121 ₪) נגבה שלא כדין.

העתק הדו"ח השנתי לשנת 2004 מצ"ב כנספח "כ" המהווה חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

התובע 4 - הנתבעת 4 - בפוליסת המשולב בחיסכון שילם התובע 4 בשנת 2006 309.3 ₪ (6%) כתת שנתיות כאשר מחצית מסכום זה - 154.65 ₪ נגבה שלא כדין.

בפוליסת הריסק שילם התובע 4 בשנת 2006 700 ₪ (5% למרות שהפוליסה הופקה לאחר 1992!!!) כאשר חמישית מסכום זה (140 ₪) נגבה שלא כדין.

לענין האמור לעיל ראה נספח "יז1".

לגבי הגבייה של 4.166% ראה בדוגמא שצורפה כנספח "יח" וההסבר בסעיף 11(ד) לעיל.

התובע 5 -

בשנת 2001 שילם התובע 5 לנתבעת 5 114.34 ₪ (6%) כתת שנתיות כאשר שליש מסכום זה (38.11 ₪) נגבה שלא כדין.

העתק הדו"ח השנתי לשנת 2001 מצ"ב כנספח "כא" המהווה חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

התובע 6 -

בפוליסת הריסק ואובדן כושר עבודה שולמה בשנת 2006 לנתבעת 1 תת שנתיות בסכום של 84.47 ₪. מאחר והשיעור הוא 4.04% ולא 4% קרי: 1% מעל המותר. הגבייה העודפת היא 0.84 ₪.

בפוליסת המוות ונכות תאונה שולמה לנתבעת 1 בשנת 2005 תת שנתיות בסכום של 19.87 ₪ קרי: 0.19 ₪ מעל המותר.

העתקי הדו"חות השנתיים לשנים 2005 ו-2006 מצ"ב כנספחים "כב1" ו-"כב2" בהתאמה המהווים חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

ג. תת שנתיות ביחס לרכיב החיסכון

לצרכי הפשטה נניח כהנחה מיטבית מבחינת הנתבעות כי היחס בפוליסת ביטוח משולב בחיסכון בין רכיבי הריסק למיניהם (כולל ביטוחים נלווים) ורכיב החיסכון הוא 60% (60% לחיסכון אשר לגביו אין לגבות תת שנתיות)

התובעת 1 -

הפרמיה ששולמה לנתבעת 1 בתכנית המשולב בחיסכון בשנת 2004 הסתכמה ב-4,518 ₪ כאשר מזה 60% הם 2,710 ₪ ורכיב תת השנתיות ביחס לחיסכון הוא 162.60 ₪ (6% X 2,710). ראה לעניין זה את נספח "יט".

התובעת 2 - הפרמיה ששולמה לנתבעת 2 בשנת 2004 היתה 2,467.70 ₪ כאשר מזה 60% הם 1,480.62 ₪ ורכיב תת השנתיות ביחס לחיסכון הוא 59.22 ₪ ($4\% \times 1,480.62$).

העתק הדו"ח לשנת 2004 מצ"ב כנספח "כג" המהווה חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

התובע 3 - הפרמיה ששולמה לנתבעת 3 בשנת 2002 הסתכמה ב- 1,874 ₪ כאשר מזה 60% הם 1,124.4 ₪ ורכיב תת השנתיות ביחס לחיסכון הוא 67.46 ₪ ($6\% \times 1,124.4$). ראה לענין זה נספח "טו".

התובע 4 - הפרמיה ששולמה על ידי התובע 4 לנתבעת 4 בפוליסה המעורבת בשנת 2006 הסתכמה ב- 4,618 ₪ כאשר מזה 60% הם 2,770.80 ₪ ורכיב תת השנתיות ביחס לחיסכון הוא 166.24 ₪ ($6\% \times 2,770.80$). ראה לענין זה נספח "יז".

התובע 5 - הפרמיה ששולמה על ידי התובע 5 לנתבעת 5 בשנת 2001 הסתכמה ב- 2,020 ₪ כאשר מזה 60% הם 1,212 ₪ ורכיב תת השנתיות ביחס לחיסכון הוא 72.72 ₪ ($6\% \times 1,212$). ראה לענין זה נספח "כא".

ד. תת שנתיות ביחס לפוליסה שאינה פוליסת ביטוח חיים

לגבי כל אחד מהתובעים פרמיות בגין ביטוחים שאינם ביטוחי חיים לא היו אמורות להיות מחוייבות בתת שנתיות.

התובעת 1 - בפוליסה המשולבת בחיסכון גבתה הנתבעת 1 בשנת 2004 בגין הביטוחים מוות מתאונה, נכות מתאונה ושחרור פרמיה בסך כולל של 382 ₪ כאשר מזה 22.92 ₪ (6%) נגבו כתתי שנתיות.

בפוליסה עוגן משולב (סיעודי) נגבתה ע"י הנתבעת 1 בשנת 2004 פרמיה בסך של 2,664 ₪ כאשר מזה 107.62 ₪ (4.04%) נגבו כתת שנתיות.

ראה לענין זה נספח "יט".

התובע 3 - בשנת 2002 גבתה הנתבעת 3 מהתובע 3 בגין הביטוחים שחרור ומוות מתאונה 215 ₪ כאשר מהם 12.90 ₪ (6%) נגבו כתת שנתיות.

ראה לענין זה נספח "טו".

התובע 4 – הנתבעת 2 הפרמיה ששולמה ע"י התובע 4 לנתבעת 2 בגין פוליסת אובדן כושר עבודה/סיעוד בשנת 2004 הסתכמה ב- 3,052 ₪ כאשר מהם 183.12 ₪ לפחות (6% לפחות) נגבו כתת שנתיות.

ראה לענין זה נספח "כ".

התובע 4 – הנתבעת 4 בפוליסה המעורבת שילם התובע 4 בשנת 2006 בגין הביטוחים נכות ומוות מתאונה ואובדן כושר עבודה פרמיה כוללת בסך 1,461 ₪, כאשר מהם 87.66 ₪ (6%) נגבו כתת שנתיות.

ראה לענין זה נספח "יז".

התובע 5 – הפרמיה ששולמה ע"י התובע 5 לנתבעת 5 בשנת 2001 בגין הביטוחים מוות מתאונה, נכות מתאונה, אי כושר עבודה

ושחרור הסתכמה בסך כולל של 509 ₪ כאשר מזה 30.54 ₪ (6%) נגבו כתת שנתיות.

ראה לענין זה נספח "כא".

התובע 6 - הפרמיה ששולמה ע"י התובע 6 לנתבעת 1 בשנים 2005 ו- 2006 בגין הביטוחים אי כושר עבודה, שחרור מפרמיה מוות ונכות מתאונה הסתכמה ב- 1,984 ₪ (בשתי הפוליסות). מזה 80.15 ₪ (4.04%) נגבו כתת שנתיות.

ראה לענין זה נספחים "כב1" ו- "כב2".

התובע 7 - הפרמיה ששולמה ע"י המנוחה לחמי גלה ז"ל לנתבעת 3 בארבעת החודשים האחרונים של שנת 2003 בגין ביטוח הסיעוד היתה כ- 484.28 ₪ כאשר מזה 19.37 ₪ (4%) נגבו כתת שנתיות.

העתק הדו"ח השנתי לשנת 2003 מצ"ב, מסומן נספח "כד" ומהווה חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

15. סך כל הנזק שנגרם לתובעים יחד בגין שנת ביטוח אחת הוא 1,683.54 ₪ (20.5 ₪ בגין ס"ק א' לעיל, 590.52 ₪ בגין ס"ק ב' לעיל, 528.24 ₪ בגין ס"ק ג' לעיל, 544.28 ₪ בגין ס"ק ד' לעיל).

הנזק לחברי הקבוצה

16. הנזק שנגרם לחברי הקבוצה מסתכם להערכת התובעים בסך כולל של 2,290,045,000 ₪.

17. הערכה זו של התובעים מתבססת על הנתונים הבאים שנאספו מדיווחי המפקח על הביטוח וממקורות אחרים:

א. הנזק שנגרם למבוטחי הנתבעות בגין גביית תת שנתיות שלא כדין הוא נגזרת של סך כל סכומי הפרמיות שנגבות ע"י הנתבעות מדי שנה. להערכת התובעים כ- 80% מן הפרמיות משולמות בתשלומים חודשיים.

ב. גורם הפוליסה שניגבה הוא בסך של כ- 16 ₪ לחודש.

להערכת התובעים הונפקו בארץ כ- 2,000,000 פוליסות ביטוח לערך ולפיכך גורם הפוליסה החודשי מסתכם ב- 32,000,000 ₪ (2,000,000 X 16) ובשנה 384,000,000 ₪. גביית גורם תת השנתיות ביחס לסכום זה מסתכמת ב- 15,360,000 ₪ בשנה (384,000,000 x 4% לפחות) ובשבע השנים האחרונות 107,520,000 ₪ לפחות לכל הענף.

ג. עפ"י נתוני משרד האוצר לשנת 2004 הפרמיות שנגבות מדי שנה בגין ביטוחים שאינם ביטוחי חיים (אובדן כושר עבודה, סיעודי, בריאות לסוגיו וכו...) מסתכמת בסך של כ- 2.5 מיליארד ש"ח.

העתק לוח ג-11 שפורסם ע"י המפקח על הביטוח מצ"ב כנספח "כה" המהווה חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

בגין ביטוחים אלה גובות חברות הביטוח הפועלות בארץ מדי שנה תת שנתיות בשיעור של 4% לפחות קרי: כ- 100 מיליון שקלים ובשבע השנים האחרונות 700 מיליון שקלים

ד. בכל מקרה ובנוסף לכל האמור לעיל הנתבעת 1 גובה תת שנתיות בשיעור של 4.04% דהיינו 0.04% מעל השיעור המותר ביחס לביטוחי חיים והיא גובה זאת ביחס לכל הביטוחים.

סך כל הפרמיות שגובה הנתבעת 1 מדי שנה בגין ביטוחי חיים וביטוחים אחרים עומד על כ- 2,400,000,000 ₪ (נכון לשנת 2005). גורם התת שנתיות העודף (0.04%) מסתכם לפיכך מדי שנה בכ- 960,000 ₪ (0.04% X 2,400,000,000) ובשבע השנים האחרונות 6,720,000 ₪.

העתק לוח ג-4 של המפקח על הביטוח מצ"ב כנספח "כו" המהווה חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.

ה. הנתבעת 4 גובה תת שנתיות ביתר בשיעור של כ- 0.166% והיא גובה זאת ביחס לכל הביטוחים.

סך כל הפרמיות שגובה הנתבעת 4 מדי שנה (נכון לשנת 2005) בגין ביטוחי חיים וביטוחים אחרים עומד על כ- 1,400,000,000 ₪. גורם התת שנתיות העודף (0.166%) מסתכם לפיכך מדי שנה בכ- 2,324,000 ₪ (0.166% X 1,400,000,000) ובשבע השנים האחרונות 16,268,000 ₪ (ראה לוח ג-4 נספח "כו").

ו. על פי דוח המפקח על הביטוח סך כל הפרמיות לשנת 2005 היו כ- 15 מיליארד ₪ (ראה לוח ג-4 נספח "כו"). להערכת התובעים, כ- 30% מכלל הפוליסות הקיימות הן פוליסות שהונפקו לפני 1992. לפיכך ביחס לנתון של 30% מ- 15 מיליארד נגבתה תת שנתיות בשיעור של 6% במקום 4% קרי: 2% עודפים.

לפיכך הנזק שנגרם לחברי הקבוצה הוא 90,000,000 ₪ מדי שנה. (90,000,000 = 2% X 15 מיליארד X 30%) ובשבע השנים האחרונות 630,000,000 ₪.

ז. הסכומים שנגבים ע"י חברות הביטוח בישראל מדי שנה כפרמיות בפוליסות ביטוח חיים משולב בחסכון מסתכמים בכ- 11 מיליארד ₪ (נכון לשנת 2005). בהנחה ש- 60% מן הפרמיה משמשת לחסכון מדובר בצבירה לתכניות חסכון בסך של 6.6 מיליארד ₪. בהנחה שבמחצית מן הפוליסות נגבה בפועל תת שנתיות הרי שמדובר ב- 3.3 מיליארד ₪.

רכיב התת שנתיות (4% לפחות) מסתכם לפיכך בסך של 132 מיליון ₪ ובשבע השנים האחרונות 924,000,000 ₪.

הנתון לגבי סכומי הפרמיות עולה מלוח ג-11 (נספח "כה").

ח. חלקיהן של הנתבעות בשוק ביטוח החיים בישראל עומדים לפי לוח ז-7 (העתקו מצ"ב כנספח "כז") של המפקח על הביטוח על השיעורים הבאים:

הנתבעת 1	16 %
הנתבעת 2	13 %
הנתבעת 3	23 %
הנתבעת 4	9 %
הנתבעת 5	35 %

להלן נייחס את הנזק לחברי הקבוצה לנתבעות בהתאם לחלקן בשוק כמפורט בס"ק זה לעיל.

ט. סך כל תביעת חברי הקבוצה כנגד הנתבעות מסתכמת ב- 2,290,045,000 ₪ בחלוקה כדלקמן:

הנתבעת 1- גביית תת שנתיות בגין גורם פוליסה: 17,203,000 ₪ (16% X 107,520,000).

₪ 6,720,000	גביית תת שנתיות בשיעור גבוה מן המותר : (4.04%)
₪ 100,800,000	גביית תת שנתיות בשיעור 6% במקום 4% : (16% X 630,000,000)
₪ 112,000,000	גביית תת שנתיות בגין ביטוחים שאינם ביטוחי חיים : (16% X 700,000,000)
₪ 147,840,000	גביית תת שנתיות בגין רכיב החיסכון : (16% X 924,000,000)
₪ 384,563,000	סה"כ :
₪ 13,977,000	הנתבעת 2 - גביית תת שנתיות בגין גורם פוליסה : (13% X 107,520,000)
₪ 81,900,000	גביית תת שנתיות בשיעור של 6% במקום 4% : (13% X 630,000,000)
₪ 91,000,000	גביית תת שנתיות בגין ביטוחים שאינם ביטוחי חיים : (13% X 700,000,000)
₪ 120,120,000	גביית תת שנתיות בגין רכיב החיסכון : (13% X 924,000,000)
₪ 306,997,000	סה"כ
₪ 24,729,000	הנתבעת 3 - גביית תת שנתיות בגין גורם פוליסה : (23% X 107,520,000)
₪ 144,900,000	גביית תת שנתיות בשיעור של 6% במקום 4% : (23% X 630,000,000)
₪ 161,000,000	גביית תת שנתיות בגין ביטוחים שאינם ביטוחי חיים : (23% X 700,000,000)
₪ 212,520,000	גביית תת שנתיות בגין רכיב החיסכון : (23% X 924,000,000)
₪ 543,149,000	סה"כ :
₪ 9,676,000	הנתבעת 4 - גביית תת שנתיות בגין גורם פוליסה : (9% X 107,520,000)
₪ 16,268,000	גביית תת שנתיות בשיעור גבוה מן המותר : (4.166%)
₪ 56,700,000	גביית תת שנתיות בשיעור של 6% במקום 4% : (9% X 630,000,000)

₪ 63,000,000	גביית תת שנתיות בגין ביטוחים שאינם ביטוחי חיים: (9% X 700,000,000)
₪ 83,160,000	גביית תת שנתיות בגין רכיב החיסכון: (9% X 924,000,000)
₪ 228,804,000	סה"כ:
₪ 37,632,000	הנתבעת 5- גביית תת שנתיות בגין גורם פוליסה: (35% X 107,520,000)
₪ 220,500,000	גביית תת שנתיות בשיעור של 6% במקום 4%: (35% X 630,000,000)
₪ 245,000,000	גביית תת שנתיות בגין ביטוחים שאינם ביטוחי חיים: (35% X 700,000,000)
₪ 323,400,000	גביית תת שנתיות בגין רכיב החיסכון: (35% X 924,000,000)
₪ 826,532,000	סה"כ:

טענות התובעים**כללי**

18. התובעים יטענו כי הנתבעות אינן ולא היו מעולם זכאיות לגבות תוספת לפרמיה בגין תת שנתיות ביחס לרכיב גורם הפוליסה, אינן ולא היו רשאיות לגבות תת שנתיות בשיעור העולה על 4%, אינן ולא היו רשאיות לגבות תת שנתיות בפוליסה שאינה פוליסת ביטוח חיים ואינן ולא היו רשאיות לגבות את גורם תת השנתיות ביחס לרכיב החיסכון.
19. התובעים יטענו כי נושא האשראי בגין תשלומי ביטוח ביחס לביטוחי חיים הוסדר במסגרת חוזרים 336 ו-419 (נספחים "א" ו-"ג") של המפקח על הביטוח. חוזרים אלה קובעים במפורש באילו תנאים ניתן לגבות את גורם תת השנתיות.
- התובעים יטענו כי מהחוזרים הנ"ל ברור כי תת שנתיות נגבית רק ביחס לפרמיית הביטוח עצמה, שיעורו של הגורם הוא 4% (או 6% לכל היותר, הוא רלבנטי רק לפוליסות ביטוח חיים ולא יחול על רכיב החיסכון).
20. התובעים יטענו כי חוזר 419 שהוא כיום החוזר היחיד שנמצא בתוקף נושא את הכותרת "תעריפי ביטוח חיים" וסעיף 3 לחוזר הדן בתת שנתיות נושא את הכותרת "ביטוח חיים – תוספת תשלום בגבייה תת שנתית". ברור לכן שהנושא של תת שנתיות רלבנטי רק לפוליסות ביטוח חיים.
21. התובעים יטענו כי סעיף 3.2 לחוזר מפרט את שיעורי גורם התת שנתיות וקובע במקרה הקיצוני ביותר, מקרה של תשלום מדי חודש, שיעור של 4%. כיוצא בזה נקבע בחוזר 336 שיעור מקסימאלי של 6%.
22. התובעים יטענו כי סעיף 3.3 לחוזר 419 קובע בלשון ברורה "הוראה זו לא תחול על תכניות חיסכון".

תת שנתיות ביחס לגורם הפוליסה

23. התובעים יטענו כי "גורם פוליסה" הוא רכיב תשלום הנגבה ע"י חברת הביטוח בשל הצורך לגבות את הפרמיה מן המבוטח ולחלק אותה בין רכיבי הפוליסה השונים, לפקח

על הגבייה וכו' ... מדובר באופן מובהק בפעילות שהיא **חודשית** ולא שנתית. אף הנתבעות עצמן מגדירות את גורם הפוליסה כ"דמי ניהול חשבון" אשר נגבים ברמה חודשית.

התובעים יטענו עוד כי נוסחת חישוב גורם הפוליסה (בסעיף 1.3 לחוזר 419) מושפעת באופן ישיר ממספר התשלומים החודשיים וגם מכך ברור שמדובר בתשלום שהוא חודשי ולא שנתי.

24. התובעים יטענו כי רק ביחס לסכום שאמור להיגבות ברמה שנתית אך נגבה בפועל ברמה חודשית ניתן לגבות גורם תת שנתיות (ראה סעיף 3.1 לחוזר 419 הנ"ל).

25. התובעים יטענו כי בחוזר המפקח על הביטוח נקבע כי גורם הפוליסה יהיה בסכום מקסימאלי מסוים בהתאם לנוסחה שנקבעה ע"י המפקח על הביטוח. הוספת תת שנתיות לגורם הפוליסה משמעה שנגבה בפועל סכום הגבוה ב- 4% (או אף 6%) מן הסכום המקסימאלי (במקרה של הנתבעות 1 ו-4 אף ביותר מאשר 4%).

26. התובעים יטענו כי בהיות גורם הפוליסה למעשה דמי ניהול חשבון הרי שגבייתו שנה מראש משמעותה שעל הלקוח לשלם עבור שירות שעוד לא ניתן לו מראש לכל השנה ולמותר לציין שאין הדבר סביר.

גם מסיבה זו ברור שגורם הפוליסה הוא תשלום שניתן לגבותו לכל היותר לכל **חודש** מראש ומכאן שלא ניתן להוסיף עליו תשלום תת שנתיות.

גביית תת שנתיות מעל השיעור המותר

27. התובעים יטענו כי ההוראות בחוזר מס' 419 ברורות ומפורשות בענין זה. במקרה הקיצוני ביותר של פריסת תשלום הפרמיה ל- 12 תשלומים יהיה שיעור התת שנתיות 4% (או 6%). לנתבעות 1 ו- 4 הגובות % 4.04 ו- 4.166 בהתאמה אין ולא יכול להיות כל צידוק לגביית תת שנתיות בשיעור העולה על השיעור המקסימאלי שנקבע (4%).

28. למותר לציין שלא ניתן לגבות גורם תת שנתיות כלל כאשר התשלום מבוצע בתשלום שנתי אחד ולא ניתן לגבות את מלוא שיעור תת השנתיות כאשר משולמת הפרמיה במספר תשלומים בודדים. בעניין זה נזכיר כי הנתבעות 3 ו- 4 גבו תת שנתיות גם במקרים של שניים או ארבעה תשלומים.

29. התובעים יטענו כי אין כל צידוק כלכלי אף לגביית 4% בתנאי האינפלציה השוררים בישראל בשנים האחרונות ובוודאי שאין הצדקה לגבות ריבית בשיעור של מעל ל- 4% לשנה. לא למותר לציין כי בשל תנאי אינפלציה אלה בשנים האחרונות נהוג לפרוש עסקאות לתשלומים ללא ריבית כלל.

30. כל הדברים האמורים לעיל יפים בעיקר ביחס לפוליסות מסוג תשואה מובטחת אשר בהן גובות הנתבעות תת שנתיות בשיעור של 6%. התובעים יטענו כי חוזר מס' 338 אשר מכוחו גבו הנתבעות תת שנתיות בשיעור של 6% בוטל בתחילת שנת 2000 ואינו בתוקף עוד. משבוטל חוזר 338 הרי שלכל היותר זכאיות הנתבעות לגבות תת שנתיות בשיעור של 4% בלבד כפי שנקבע בחוזר מס' 419.

31. למותר לציין כי חוזר מס' 338 שקבע תת שנתיות בשיעור של 6% פורסם בשנת 1982 בשיאה של תקופת האינפלציה וברור שבימינו אין הוא רלבנטי עוד (מה גם שכאמור הוא בוטל עוד בשנת 2000).

לא זו אף זו, גם השיעור של 4% נקבע אף הוא בשלהי 1991 כאשר עדיין שררו תנאי אינפלציה במדינת ישראל.

תת שנתיות בפוליסות שאינן פוליסות ביטוח חיים

32. התובעים יטענו כי חוזר 419 מתייחס באופן מפורש לפוליסות ביטוח חיים בלבד ולא ניתן ליחס את האמור בו לפוליסות אחרות. התובעים יטענו כי לא ניתן לגבות תת שנתיות

- בפוליסה שאינה פוליסת ביטוח חיים ו/או לגבי פרמיה המשולמת בגין ביטוח שאינו ביטוח חיים.
33. התובעים יטענו כי כותרתו של חוזר 419 היא "תעריפי ביטוח חיים" ואילו כותרתו של סעיף 3 לחוזר הדן בתת שנתיות היא "ביטוח חיים – תוספת תשלום בגבייה תת שנתית". ברור לכן שההוראה בענין תת שנתיות רלבנטית רק לביטוחי חיים ולא לביטוחים אחרים כגון ביטוח בריאות, ביטוח נכות, מחלות קשות, אובדן כושר עבודה, סיעוד וכו'....
34. התובעים יטענו כי עסקי הביטוח סווגו לענפי ביטוח בהודעת הפיקוח על עסקי ביטוח (ענפי ביטוח), תשמ"ה-1985 (ק"ת 4814 ע' 1416).
- בהודעה זו נקבעה אבחנה בין ביטוחי חיים לסוגיהם השונים (מקיף, טהור, קבוצתי) ובין ביטוחים אחרים כגון תאונות אישיות ומחלות ואשפוז. התובעים יטענו כי ביטוחי בריאות, נכות, אובדן כושר עבודה וסיעוד כלולים בתאונות אישיות או מחלות ואשפוז ובכל מקרה ברור כי אינם ביטוחי חיים. אף בדו"חות הכספיים של הנתבעות מופיעים ביטוחי הבריאות בפרק ביטוח כללי.
- מכאן ברור כי לא ניתן לגבות בביטוחים אלה תת שנתיות. יצוין כי ביטוח חיים שונה מביטוחים אחרים ואף המחוקק מתייחס לביטוח החיים באופן מיוחד. כך למשל ביטוח חיים הוא ביטוח ארוך טווח, ביטוח שאינו בהכרח אישי ובעל מאפיינים ייחודיים נוספים כגון העדר הגבלת סכום וכו'....
35. גם בחוק חוזה ביטוח, תשמ"א-1981 בסעיף 41 מוחרגים המקרים של תאונה, מחלה ונכות מהגדרת המונח "ביטוח חיים". ואכן ישנו בחוק זה פרק נפרד מן הפרק של ביטוח חיים לענייני תאונה, מחלה ונכות.
36. התובעים יטענו כי הנתבעת 1 נוקטת "בתרגיל" אשר מעבר להיותו גובל בהונאת המבוטח תוך הטעייתו מהווה הודאה ברורה בטענת התובעים כי את תת השנתיות (וכן את גורם הפוליסה) ניתן לגבות רק בפוליסה לביטוח חיים.
37. תרגיל זה מבוצע כדלקמן: הנתבעת 1 שלחה למבוטחים שלה בפוליסות שונות הצעה לרכוש ביטוח נוסף, מעבר לביטוחים הקיימים, שהוא "ביטוח נכות מתאונה". עפ"י הצעת הנתבעת 1 למבוטח מסוים מדובר היה בכיסוי בסך של 200,000 ₪ תמורת פרמיה חודשית של 33 ₪.
- בפועל הנתבעת 1 לא הנפיקה פוליסת ביטוח נכות מתאונה אלא פוליסת ביטוח חיים טהור או משתתף רווחים. כאשר ביטוח החיים הוא בסכום ביטוח של 1.00 ₪ (!!!)
38. את הסיבה לנקיטה ב"תרגיל" זה ניתן להבין כאשר בוחנים את הסכומים שנגבו ע"י הנתבעת 1 מאת המבוטח עליו בוצע תרגיל זה. לפי דף פרטי ביטוח החיים, הפרמיה השנתית היא 390 ₪ ואילו הפרמיה החודשית תהיה בסכום של 33.81 ₪. כעת אם נכפיל 33.81 ב- 12 חודשים נקבל 405.72 (ולא 390!).
- ע"מ לוודא שאכן ההפרש הוא תת השנתיות נחלק את הנתון 405.72 ב- 1.0404 (כזכור אצל הנתבעת 1 לא מדובר ב- 4% אלא ב- 4.04%) ונקבל 389.965 כלומר 390 שהם הפרמיה השנתית.
- העתקי טופס הצעה להצטרפות שם מצוינת הפרמיה החודשית ודף ההצטרפות בפועל שבו מצוינת הפרמיה השנתית מצ"ב כנספחים "נח1" ו- "נח2" המהווים חלק בלתי נפרד מכתב תביעה זה.
39. ברור לכן שהנתבעת 1 גבתה תת שנתיות בפוליסה שהיתה מראש לפי הצעתה של הנתבעת 1 עצמה פוליסת נכות מתאונה. הנתבעת 1 שידעה שהיא אינה יכולה במקרה זה לגבות תוספת של תת שנתיות הפכה את הפוליסה באופן מלאכותי לפוליסת ביטוח חיים) כאשר הכיסוי הביטוחי הוא סכום מגוחך של 1.00 ₪).

40. מעבר לעובדה שעל הנתבעת 1 להשיב לכל המבוטחים שלגביהם ננקט "התרגיל" הנ"ל את רכיב תת השנתיות שנגבה מהם מהווה דרך התנהלות זו של הנתבעת 1 הודאה בכך שאלמלא היתה "ממירה" את הפוליסה מפוליסת נכות מתאונה לפוליסת ביטוח חיים לא היתה זכאית (לכאורה) לגבות את תת השנתיות.
41. גם התובע 6 נפל ברשתה של הנתבעת 1 בתרגיל זה ותביעתו היא גם בעניין תת השנתיות שנגבתה ממנו באמצעות "תרגיל" זה כמפורט לעיל ולהלן.
- לתובע 6 הוצעה ע"י הנתבעת 1 בשנת 2002 פוליסת נכות מתאונה, אך בפועל הונפקה פוליסה מסוג ביטוח חיים משותף ברווחים כאשר החיסכון הוא 1.00 ₪ לחודש (!!!). בהצעת הביטוח דובר על פרמיה חודשית בסך 41 ₪ אולם בפועל נגבה מדי חודש 42.60 ₪. אם נוסיף ל- 41 ₪ 4.04% (כזכור אצל הנתבעת 1 תת שנתיות היא 4.04% ולא 4%) נגיע ל- 42.65 ₪.
- הצעת ההצטרפות לביטוח זה היא נספח "יב2". דף פרטי הביטוח מצ"ב כנספח "כט" לכתב תביעה זה ומהווה חלק בלתי נפרד הימנו.

תת שנתיות ביחס לחיסכון

42. התובעים יטענו כי רכיב החיסכון הוחרג **במפורש** מתחולת ההוראה בדבר תשלום תת שנתיות.
- בסעיף 3 לחוזר 419 העוסק בתת שנתיות נאמר במפורש "הוראה זו לא חלה על תכניות חיסכון".
43. התובעים יטענו כי אין כל סיבה "להעניש" את המבוטח על שהוא מפקיד כספים לתכנית חיסכון מדי חודש ולא פעם בשנה. התובעים יטענו כי בניגוד לתעריף הביטוח בביטוח החיים (פרמיית הביטוח) אשר לו זכאית החברה מראש בתחילת השנה בעבור אותה שנה, ההפקדה לחיסכון היא הפקדה לזכות **חשבון הלקוח** (המבוטח) אצל החברה. חברת הביטוח אינה זכאית לכך שהלקוח יפריש את כל סכום החיסכון בתחילת השנה. מדובר בכספים של הלקוח אשר מופקדים בנאמנות אצל חברת הביטוח מתוך אמונה שתדע להפיק עבור הלקוח תשואה נאה.
44. התובעים יטענו כי כאשר הלקוח מפריש את הסכומים שהוא מפריש לחיסכון מדי חודש הוא כבר "נענש" ממילא בכך שאין הוא זוכה לריבית על הסכום שעדיין לא הפריש ואין כל סיבה להענישו גם בריבית שלילית.
45. התובעים יטענו עוד כי רכיב החיסכון הוא "נטע זר" בתכנית הביטוח. למעשה אין מדובר כלל בביטוח אלא בתכנית חיסכון וגם מטעם זה אין להחיל על ההפקדות לחיסכון כללים שרלבנטיים לפרמיית הביטוח.
46. נזכיר כי כאשר אדם חוסך בתכנית חיסכון בתשלומים חודשיים בבנק או אצל גורם פיננסי אחר אין הוא מחוייב בקנס כלשהוא או ריבית כלשהיא בגין הפקדותיו החודשיות.

המישור הנורמטיבי

47. התובעים יטענו כי פעולותיהן ומחדליהן של הנתבעות כמתואר לעיל גרמו להם ולחברי הקבוצה נזקים כמפורט לעיל. על בית המשפט לחייב את הנתבעות להטיב את נזקיהם של חברי הקבוצה וכן להוציא תחת ידיו צו עשה שיחייב את הנתבעות לתקן את דרכיהן באספקטים הדרושים כמתואר לעיל.
48. משמעות פעולת הנתבעות היא גם הטעיית הלקוחות הן בשלב הטרם חוזי והן בשלב החוזי וכן ניצול לרעה של מעמדן של הנתבעות כבעלות מונופולין בהיותן קבוצת ריכוז.
- הטעיית הלקוחות הינה בהצגת מצגי השווא - הן טרם חתימת החוזה והן לאחריו - לפיהם הנתבעת פועלת לפי דין וכן הצגת הדרישות לסכומים מסוימים במסגרת גביית

- הפרמיות השוטפת כאשר כל לקוח סביר מאמין כי אם דרשה אותם הנתבעת משמע שהיא זכאית להם.
- התנהלות הנתבעות מהווה הפרה של הוראת הדין ובעיקר חוק הפיקוח, תקנות הפיקוח וחוזרי המפקח על הביטוח.
- התנהגותן של הנתבעות כמתואר לעיל מהווה גם חוסר תום לב מצידן. יודגש כי על הנתבעות מוטלת חובת תום לב מוגברת מכוח מעמדן המיוחד.
49. התובעים יטענו בעיקר כי משמעות האמור היא התעשרות שלא כדין של הנתבעות על חשבונם של המבוטחים ועשיית עושר ולא במשפט על ידי הנתבעות אשר חייבות בחובת ההשבה של כל הסכומים שנגבו על ידן שלא כדין כאמור.
50. התובעים יטענו כי גביית התשלומים ודרך התנהלות הנתבעות גרמה וגורמת להם ולחברי הקבוצה נזקים והפסדים כמפורט לעיל, מהווה הפרת הסכם, הינה בניגוד להוראות חוק מפורשות וגרמה להתעשרות שלא כדין של הנתבעות על חשבון התובעים ועל חשבון חברי הקבוצה בבחינת "זה נהנה וזה חסר".
51. התובעים יטענו כי ההוראות בחוק הפיקוח ובתקנות הפיקוח (ולפיכך גם חוזרי המפקח על הביטוח) הן הוראות **קוגנטיות** אשר חוקקו ונקבעו לטובת ולהגנת הלקוחות ולטובת הציבור דוגמת התובעים ולפיכך כל הסכמה חוזית, התניה, תנית פטור או הקלה ביחס אליהן הינן חסרות כל תוקף, בטלות או לחילופין דינן להתבטל.
52. התנהגותן של הנתבעות היא בנוסף בניגוד להוראות הסעיפים 55 ו-104 לחוק הפיקוח.
53. ככל שתעלינה הנתבעות טענות המהוות הסתמכות על הוראות ההסכמים בין הצדדים המתירות לכאורה לנתבעות לנהוג כפי שנהגו יטענו התובעים, בין היתר, את הטענות הבאות:
- א. ההסכם הוא בגדר של חוזה אחיד כהגדרת מונח זה בחוק החוזים האחידים, תשמ"ג - 1982 (להלן: "**חוק החוזים האחידים**") והוא כולל תנאים מקפחים כהגדרת המונח בחוק החוזים האחידים וכך נקבע כבר על ידי בית הדין לחוזים אחידים. להסרת ספק, הסכמות אלה (הפוליסות) לא אושרו בפוליסות תקינות ע"י המפקח על הביטוח.
- ב. לאור האמור בס"ק א' לעיל כל תניה עליה תסתמכנה הנתבעות ואשר בית המשפט ימצא כי היא בחזקת תנאי מקפח, בטלה ו/או לא תקפה ו/או דינה להתבטל.
- ג. אותן הוראות עליהן מנסות הנתבעות להסתמך הן בחזקת תניות הנוגדות את תקנת הציבור לפיכך הינן בטלות ו/או לא תקפות ו/או דינן להתבטל.
- ד. כל הוראה בפוליסה שהיא לרעת המבוטח ו/או בניגוד לדין ו/או שלא קיבלה את אישורו המוקדם של המפקח על הביטוח בטלה וחסרת כל תוקף.
54. התובעים יטענו כי האמור לעיל נכון גם לגבי כל שאר מבוטחיהם של הנתבעות. לגבי התובעים, כמו גם לגבי כל אחד משאר מבוטחי הנתבעות לבדו, מהווה הפגיעה שנפגעה פגיעה זעומה אולם לגבי הנתבעות מדובר בפגיעה אשר העשירה את קופתן שלא כדין במיליונים רבים של שקלים.
55. התובעים יטענו כי האמור והמתואר לעיל מהווה פגיעה בזכויותיהם של חברי הקבוצה כבעלי חוזה, כמבוטחים, כלקוחות וכצרכנים ולאור מחדליהן של הנתבעות לתקן את הפגיעה שפגעו הנתבעות בזכויותיהם של חברי הקבוצה זכאים חברי הקבוצה שתהיה מיוצגת על ידי התובעים, לקבלת תשלום פיצוי מן הנתבעות וכן להוצאת צו עשה.

התובעים יטענו כי כל עוד לא ינתן צו שיפוטי תמשכנה הנתבעות לנהוג כפי שהן נוהגות כמתואר לעיל.

הסעדים הנתבעים

56. לאור האמור לעיל הסעד המגיע לכל אחד ואחד מחברי הקבוצה הוא החזר של הסכום שנגבה ממנו כתת שנתיות שלא כדין, כמתואר לעיל וכן צו עשה המורה לנתבעות לשנות את דרך פעולתן כמתואר לעיל.

אחרית דבר

57. לבית משפט נכבד זה סמכות עניינית ומקומית לדון בתביעה זו.
58. כותרות תביעה זו אינן מהוות חלק ממנה.
59. אשר על כל האמור לעיל מתבקש בית המשפט הנכבד :
- א. לזמן את הנתבעות לדיון, לדון בתביעת חברי הקבוצה ולפסוק לחברי הקבוצה את הסעדים המבוקשים.
- ב. במסגרת הדיון בתובענה הייצוגית - להורות לנתבעות להגיש ולמסור לתובעים כל חומר ונתונים שבידיהן לצרכי ברור התביעה, קביעת גודל הקבוצה - אם יוכחש על ידי הנתבעות, חישוב סכום הפיצוי, או כל פרט או נתון אחר.
- ג. ליתן את הסעדים שנתבקשו בגוף התביעה לגבי התובענה הייצוגית לרבות לעניין גמולם של התובעים, הוצאותיהם ושכ"ט עוה"ד המייצגים את הקבוצה.
- ד. ליתן כל סעד אחר או נוסף שיהיה צודק ונכון בנסיבות הענין.

גולדנברג איל, עו"ד
ב"כ התובעים