

ההצעה והפוליסה

מערכת היחסים שבין החברה למבוטח מתחלקת לשלבים.

השלב הראשון היא שלב ההצעה. בעל הפוליסה הוא זה שפונה למבטח בבקשה לבטח את הארוע. בעל הפוליסה הוא המציע, המבטח הוא הניצע. טופס ההצעה (השונה בין מבטח למבטח) בא לתת תשובות לשאלות הרלוונטיות שעל ידי המידע הניתן לפיהן, יחליט המבטח באם לקבל עליו את ההצעה ובאילו תנאים. בטופס ההצעה יבקש המבטח מידע לגבי המבוטח-זה שאת חייו או בריאותו היא מתבקשת לבטח. בהצעה נשאלות שאלות רבות:

- סוג הביטוח המבוקש
- גובה סכומי הביטוח.
- תחילתו וסיומו של הכיסוי הביטוחי.
- הפרמיה שבעל הפוליסה מבקש לשלם.
- סוג ההצמדה.
- פרטים לגבי המבוטח:
- מינו, גילו, עיסוקו, תחביביו המסוכנים, מצב בריאותו והיסטוריה רפואית של משפחתו.
- כל מידע רפואי אחר אשר התבקש על ידי המבטח שמהווים חלק מההצעה.

בהצעה לביטוח קיימים שלושה גורמים הקשורים למציע: מבחינה חוקית מדובר בשלושה גורמים שונים לגמרי למרות שאין מניעה שאותו אדם ישא בשלושת הכובעים. יחד עם זאת, רואים בו רלוונטי לכל אחד מהארועים באופן שונה.

בעל הפוליסה-שיכול להיות אדם, קבוצה או גורם עסקי. המבוטח-האדם אותו מבקשים לבטח. המוטב-מי שעשוי לקבל את תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח.

בעל הפוליסה- על פיו ישק דבר. הוא זה שקובע את כל תנאי הביטוח ואת פרטי הפניה למבטח. מרגע שההצעה התקבלה, רואה חברת הביטוח מולה רק אותו. הוא יקבע את זהות המבוטח, זהות המוטב, סכום הביטוח ושמות המוטבים. למבטח אין אפשרות להתנות על זהות בעל הפוליסה. ניתן להעביר בעלות על פוליסה בתנאי שקיימת הסכמה הן של בעל הפוליסה הישן והן של בעל הפוליסה החדש. הסכמה זו של שני הצדדים היא היחידה הרלוונטית.

המבוטח-הוא זה שמקרה הביטוח מוצע לגביו. המבוטח יכול להיות כל אדם, מאחר ואין צורך בזיקה בביטוח חיים. הסכמתו בכתב נדרשת רק ורק בעת מילוי טופס ההצעה. מהרגע שההצעה התקבלה, אין לו יותר זכויות עליה.

המוטב- הוא זה שיהנה מתגמולי הביטוח במידה והאירוע המבוטח אכן יתקיים. גם המוטב יכול להיות כל אדם או גוף מאותה סיבה שהזכרה קודם-אין צורך בזיקה בביטוח חיים. גם למוטב אין כל זכויות על הפוליסה, מה גם שזכותו של בעל הפוליסה להחליף את המוטב, על ידי הודעה בכתב כאמור, חברת הביטוח אינה חייבת לידע את המוטב על השינוי שהתבצע. מבחינתה, המוטב היחיד הרלוונטי הוא המוטב בעת קרות מקרה הביטוח בלבד.

מוטב בלתי חוזר

זכותו של בעל הפוליסה לציין את המוטב כבלתי חוזר, דהיינו לשעבד את זכויות קבלת תגמולי הביטוח לטובת אדם או גוף המבטח חייב להסכים לשעבוד הפוליסה ולזהות המוטב הבלתי חוזר. זכותו של המוטב הבלתי חוזר להתנגד לשינויים, העברות כספים ושיעבודים המתבקשים על ידי בעל הפוליסה.

במצב שיש מוטב בלתי חוזר ישנם שני תסריטים רלוונטיים-

1. בקשת בעל הפוליסה לשנות מוטב בלתי חוזר-במצב כזה יבצע המבטח את השינוי אך ורק בתנאי שהמוטב הבלתי חוזר הסכים לכך.

2.בקשת בעל הפוליסה לבטל את הפוליסה-במצב כזה, מאחר ועל פי בעל הפוליסה ישק דבר, חייבת החברה לבצע את המהלך, אולם חובתה ליידע את המוטב הבלתי חוזר על המהלך ולאפשר לו, בתוך 30 יום להיכנס לנעלי בעל הפוליסה. יש לשים לב להבדל בין שני הצעדים. כל עוד מחזיק בעל הפוליסה ברכושו, אין אפשרות למוטב הבלתי חוזר לשלול מבעל הפוליסה את חזקתו וזכותו רק להתנגד למהלך. רק במצב בו בעל הפוליסה מוותר על קניינו, זכותו של המוטב הבלתי חוזר לקבל על עצמו את האחריות לפוליסה ולהמשיך ולשלם אותה במקומו.

פוליסה - כשהמבטח מקבל את הצעת בעל הפוליסה לבטח את חיי המבוטח, עליו לשקול את ההצעה ולהחליט באם ובאילו תנאים יסכים לקיום העסקה. הגוף שתפקידו לבצע את שיקול הדעת הינו החתם. בידי החתם 4 אפשרויות פעולה:

1. לקבל ללא תנאים-במידה וההצעה ופרטי המבוטח מקובלים עליו ואין בו סיכון מיוחד.
2. לדחות-זכותו של החתם לסרב לבקשה מאחר ואינה נראית לו ככדאית למבטח.
3. תוספת בריאותית או מקצועית-החתם מוכן לקבל את המבוטח אולם ידרוש ממנו תוספת מחיר מעבר לעלות הבסיסית למבוטח אחר בגילו.
4. להחריג-זכותו של החתם לאשר קבלת מבוטח אולם להוציא מרשימת הכסוי הביטוחי מחלה או סיכון אחר קיים. בביטוח חיים אין אפשרות להחריג מחלה כזו או אחרת ובאפשרותו של החתם לנקוט רק באחת מהאפשרויות האחרות. החרגה קיימת בכיסויים נוספים (ראה בהמשך).

לאחר שהחלטת החתם התקבלה ובעל הפוליסה אישר את תנאי המבטח, יוצא החוזה. החוזה בין המבטח לבעל הפוליסה נקרא-פוליסת הביטוח. פוליסת הביטוח מהווה אסמכתא חוקית לבעל הפוליסה לגבי סוג הכסוי הביטוחי שבידיו ותקפותה למשך כל תקופת הביטוח כפי שצויינה. המבטח אחראי לרשום בפוליסה במידה והתקיימו שני תנאים: גילוי נאות, המבוטח כתב רק דברי אמת ואין בהם דבר מירמה, ותשלום דמי הגמולים במועדם. המבטח יצרף העתק מטופס ההצעה לפוליסה על מנת שיוכל להסתמך עליה לבירור חבותו. בביטוח חיים קיימים שני סוגי פוליסות: עסקית ואישית. שתיהן זהות לגמרי במהות התכנית אלא שהשוני הינו מבני.

פוליסה עיסקית

הינה פוליסת ביטוח מנהלים (ראה בהמשך) דהיינו קיימים בה מעורבות של עובד ומעביד. כספי החסכון יראו ככפופים לחוק קופות הגמל על כל משמעותם.

פוליסה אישית

הינה פוליסה שאדם עורך לאדם (יתכן שאותו אדם עורך אותה לעצמו, אבל יתכן שאדם עורך לאדם אחר). אין בה כמובן מעורבות של עובד ומעביד. פוליסה אישית מתחלקת לשניים: תגמולים לעצמאים ופרט.

בעל הפוליסה אמור להחליט באם כספי החסכון הצבורים בפוליסה יהיו כפופים לחוק קופות הגמל, או שלא. באם בחר בפוליסת תגמולים לעצמאים, בחר בעל הפוליסה להנות מהטבות מס מחד, אולם לשלם עליהם במחיר הנזילות מאידך.

באם בחר בפוליסת פרט, אמר למעשה שאין לו ענין בהטבות המס הנלוות לחוק קופות הגמל, אבל מאידך מעוניין שכספי החיסכון יהיו נזילים ויראו אותם כמו תכנית חסכון לכל דבר.

ביטול פוליסה

במקרה של אי תשלום הפרמיות יכולה חברת הביטוח לבטל את הפוליסה על פי הוראות המחוקק ובתנאי שתשלח הודעות כדין לבעל הפוליסה ותתריע בפניו על כך שלא מתבצעים תשלומים והפוליסה תתבטל באם לא יוסדר החוב. על חברת הביטוח לשלוח שתי הודעות לבעל הפוליסה לפני ביטול הביטוח. האחת לאחר 15 ימי פיגור בתשלום הפרמיה בו ידרש לשלם את הפרמיה שבפיגור תוך 21 יום. אם לא שולם החוב לאחר תום 21 הימים, תשלח חברת הביטוח מכתב שני שבה נאמר לי כי מאחר והפוליסה לא שולמה, היא תתבטל על פי תנאיה. אי שליחת ההודעות המתאימות מטעם חברת הביטוח, תשאיר את המבוטח בכיסוי למרות אי התשלום. למרות האמור לעיל, זכותו של בעל הפוליסה לחדש את הפוליסה באם זו בוטלה עקב אי תשלום, בתוך 90 ימים מיום תחילת הפיגור באם המבוטח עדין בחיים.

מושגי יסוד בביטוח חיים

תקופת חיי האדם מתחלקת ל-3 חלקים:
הילדות- ממועד הלידה ועד לגיל הבשלות.
הבגרות- זו תקופת הפרודוקטיביות שבה האדם עובד ומייצר. בדרך כלל בגילאים 21-67.
הגיל השלישי- פרישה מעבודה ויציאה לפנסיה.

ביטוח החיים אמור לתת פתרון ל-3 בעיות פיננסיות הנוצרות בתקופת חיי האדם.

1. **חיים קצרים**- מוות מוקדם שקורה בתקופה היצרנית.
2. **חיים ארוכים**- חיים בשנים שאחרי הפרישה. יש לשמור על רמת חיים כשאינן הכנסות חדשות.
3. **חיים שאינם חיים**- נכות- יצירת עתודה כספית או קצבה חודשית על מנת לממן את תקופת אי העבודה בתקופה היצרנית.

קביעת פרמיה בביטוח חיים

תעשה על פי הסטטיסטיקה בעבר. מאחר וישראל הינה מדינה קטנה וצעירה, ישתמשו חברות הביטוח בלוחות תמותה זרות של מבטחי משנה.

שיעור התמותה-

מספר הנפטרים במשך שנה אחת לבני אותו גיל באוכלוסיה סטנדרטית.

מתבטא במספר הנפטרים לכל 1,000 שיש בני אותו גיל. מספר הנפטרים בני גיל מסוים באותה שנה מבטא את שיעור התמותה. באם הסטטיסטיקה אומרת שעל כל 1,000 בני 30 באוכלוסיה סטנדרטית ימותו 2, המשמעות היא ששיעור התמותה הינה 2 פרומיל. ולכן, אם תרצה אותה האוכלוסיה לבטח את עצמה ב 1,000 שו לשניים שנפטרו באתה שנה, יהיה צורך ליצר קרן של 2,000 שו דהיינו כל אחד מהחברים בקבוצה ישלם 2 שקלים לשנה.

תחילת ביטוח-

בניגוד לביטוח רכוש, בביטוח חיים תתחיל הפוליסה תמיד בראשון לכל חודש גם אם מועד ההצטרפות היה ביום אחר. הגיל הביטוחי יקבע על פי שיטת החציון. גילו של מבטח בעת כריתת חוזה הביטוח יהיה על פי הגיל הקרוב ביותר ליום כריתת חוזה הביטוח. כשבתעודת הזהות מופיעה רק שנת הלידה, יחשב גיל המבטח כאילו נולד ב 1.1 של אותה השנה. הגיל הביטוחי רלוונטי כשנרכשים כסויים בתעריף קבוע (מעורב, גימלא, א.כ.ע, סיעודי). לעיתים כדאי לרכוש את הכיסוי הביטוחי חודש או יותר אחורה כדי להעניק למבטח גיל ביטוחי צעיר יותר ובכך לאפשר חסכון משמעותי משך השנים.

אנטי סלקציה-

מושג המוכר מביטוחים קבוצתיים (ראה פרק). אמצעי הגנה בו נוקטת חברת הביטוח כנגד מצב בו תקבל אנשים עם רמת סיכון גבוהה משאשר משקף התעריף. קבוצה תחשבת ככזו באם תמנה לפחות 50 איש בעלי מכנה משותף (לא התגבשו על מנת לזכות בביטוח זול בלבד). מאחר ותעריף הביטוח הקבוצתי יקבע על פי הממוצע האקטוארי, זכותם של חברי הקבוצה לבחור שלא להצטרף לביטוח באם יוכלו להשיג באופן עצמאי ביטוח זול יותר (הבריאים והצעירים). במצב כזה עלולה חברת הביטוח להישאר אך ורק עם המבוטחים המבוגרים והחולים ולשם כך עומד לרשותה הגנת ה"אנטי סלקציה". החברה תגביל את מספר המצטרפים בלפחות 75% מחברי הקבוצה או בהצטרפות חובה של כלל החברים על מנת שתעמוד בהצעה המקורית שהגישו.

ביטוח חיים קבוצתי – מי שהתקשר עם מבטח בחוזה לביטוח חיים קבוצתי וניהל את המשא ומתן. מדובר באחד משלושה: מעביד- לגבי עובדיו ובני זוגם; תאגיד- לגבי חבריו ובני זוגם ובלבד שקבלת ביטוח חיים קבוצתי לחבריו אינה המטרה העיקרית להתאגדותו; וספק שרות- לגבי מקבלי שרותו, ובלבד שהשירות אינו בעסקי ביטוח ואין עיקרו של השירות בעשיית ביטוח חיים קבוצתי. התקנות קובעות כי בעל פוליסה מחויב לפעול "באמונה ובשקיפה לטובת המבוטחים בלבד

ואין לו כל טובת הנאה מהיותו בעל פוליסה". כלומר בעל הפוליסה מחויב רק כלפי המבוטחים בביטוח הקולקטיבי ואינו יכול להנות משום הנאה מעצם עשיית הביטוח. כלומר בעל הפוליסה הוא זה שמייצג את המבוטחים במקום סוכן הביטוח והוא אינו יכול למשל להנות מהטבות בביטוחים אחרים שלו בגין הביטוח הקולקטיבי, למשל.

קביעת פרמיה בביטוח חיים-

שיעור התמורה (עלות הסיכון) + ההוצאות והרווח – הריבית

כשמדברים על הפרמיה בביטוח חיים על פי נוסחה זו מדברים על ביטוח המעורב (ראה ביטוחי יסוד). על מנת לקבע את פרמית ביטוח הריסק, יש להוריד את סעיף הריבית.

תוספות לפרמיה בביטוח חיים

1. גורם פוליסה.

תוספת שנתית צמודה למדד שהוצאה מחוץ להעמסות על שיעור התמורה כלומר תוספת קבועה על בסיס דמי ניהול חשבון לאורך כל תקופת הביטוח. הגורם הוצא מעלות הביטוח הרגילה על מנת להזיל את הפרמיה למבוטח ככל שסכום הביטוח הנרכש יהיה גבוה יותר. הגורם נגבה בהתאם לגבית הפרמיה השוטפת (חודשית, רבעונית, חצי שנתית או שנתית). החל מ-2004 הופסקה גביית הגורם בביטוחי מנהלים ותגמולים לעצמאים, מ-2007 הופסקה גביית הגורם גם בביטוחי פרט והחל מ-2008 הופסקה גביית הגורם גם מביטוחי ריסק.

2. תוספות רפואיות או מקצועיות

תוספות שנגבות על הריסק בלבד. תפקיד החתם הינו כאמור לקבוע את תנאי קבלת המבוטח לביטוח. התעריף הבסיסי מיועד למבוטחים סבירים בעוד שמבעלי בעיות רפואיות או עיסוקים מסוכנים, זכותה של חברת הביטוח לדרוש תוספת כהתניה לקבלתן לביטוח. חברת הביטוח תגבה תוספות הנקראות לעניין הרלוונטי-תוספות בריאותיות או מקצועיות על מנת לפצות אותה על הסיכון הגבוה מהמקובל. יתכן בהחלט שלמבוטח ייקבעו הן תוספת רפואית והן תוספת מקצועית.

3. תת שנתיות

עד 2004 היתה הפרמיה לביטוח חיים שנתית בלבד. אך חברת הביטוח איפשרה למבוטחים לפצל את התשלומים לתקופות: חצי שנת, רבעוני, או חדשי. בעבור אפשרות זו גבתה חברת הביטוח ריבית. ריבית זו נקראת תת שנתית ועלותה היתה כדלקמן:
4% לשנה בגביה חודשית, 3% לשנה בגביה רבעונית ו 2% לשנה בגביה חצי שנתית.

ביטוחי יסוד

פוליסת ביטוח חיים בנויה על בסיס מודולרי. היא נשענת על בסיס ביטוח יסודי ועליו ניתן להרכיב תוספות- כיסויים נוספים. בפרק זה נדון בביטוחי היסוד שהיו רלוונטיים עד תחילת שנות האלפיים (חלקם השתנו ואף נעלמו ב-2001 וחלקם שרדו עד 2004). מ-2004 נהוגה פוליסה במבנה שונה שנדון בה בהמשך. אם ביטוח חיים בא לתת פיתרון לשלושת הסכנות האורבות למבוטח: מוות, פרישה ונכות, הרי הביטוחים היסודיים נוגעים בשתי הבעיות הראשונות בלבד. את הכסוי הביטוחי למקרה אובדן כושר עבודה, נכיר בסעיף הכיסויים הנוספים. ישנם 4 סוגי ביטוח יסוד:

1. ריסק
2. מעורב
3. גימלא
4. עדיף.

ארבעת הכיסויים הללו נוגעים כאמור בציר שבין חיים ומוות. מבטח שבוחר את הכסוי הביטוחי הרלוונטי, בוחר למעשה על איזה ארוע יש לטעמו לשים את הדגש. באם דאגתו הינה מחיים קצרים, יעדיף לרכוש ריסק, באם דאגתו הינה חיים ארוכים והדרך לספק מחיה באותם שנים, יעדיף לרכוש גימלא וכן הלאה.

ריסק

כשמו כן הוא: מכסה את הסיכון בלבד. תאריך תחילת הביטוח ידוע. גם תאריך סיומו (עד 2001 – גיל 65, אחר-י-70 ויש אפשרות כיום אף מעבר לכך). מוסכם בין המבטח לבעל הפוליסה שאם יקרה מקרה הביטוח בתקופת הביטוח, תשלם המבטח למוטב את סכום הביטוח כפי שנקבע בפוליסה, צמוד למדד, סכום הביטוח ישולם כסכום חד פעמי ומלא. לאחר ששולם, תתבטל הפוליסה. באם הגיע המבוטח בחיים ליום סיום תקופת הביטוח, תסתיים הפוליסה ולא ישולם דבר.

מאחר ואין אלמנט חיסכון בפוליסה, פוליסת הריסק הינה הזולה ביותר בנמצא ומכסה רק את סיכון המוות הרלוונטי לכל גיל. תעריף הריסק אינו קבוע ומשתנה מידי תקופה. הסיפורה שליד שם הכסוי מבטאת את מספר השנים שבו ישתנה התעריף לפי הגיל המעודכן. לדוגמא, ריסק 1, ריסק 5 וכו'. אדם בן 30 שרוכש ריסק 5, משמע שישלם תעריף של בן 30 עד גיל 35, בגיל 35 יעודכן התעריף ויהיה כזה עד גיל 40 וכן הלאה. לכן, ככל שהמספר ליד הריסק גבוה יותר, תגבה חברת הביטוח תעריף גבוה יותר על מנת לפצות את עצמה עבור השנים שבהן לא תוכל לעדכן את התעריף. מכאן שריסק 1 יהיה הזול ביותר בנמצא. מאחר וכל שנה תוכל החברה לעדכן את עלות הביטוח על פי גילו האמיתי של המבוטח.

על פי חוק חוזה הביטוח, יכסה המבטח את חיי המבוטח ללא התייחסות לסיבת המוות למעט סיבה אחת: התאבדות שנה ראשונה. כלומר... ביטוח החיים אינו מכסה אירועים מפורטים, אלא מכסה הכל למעט החרגה מפורשת הרשומה בפוליסה. והחרגה זו הינה ההתאבדות בשנה הראשונה בלבד.

קביעת ערכו הכלכלי של אדם אינה מתייחסת למחיר חייו. יש כמובן חשיבות לבדיקה כלכלית של הנזק שיגרם למשפחתו בעת מותו, אבל עדיין, מותר לבעל הפוליסה לבטח את המבוטח בכל סכום שיראה לנכון ובלבד כמובן, שישולמו דמי הביטוח עבורו. לפיכך אין מגבלה על סכום הביטוח הנרכש או מספר פוליסות הביטוח העומדות לרשותו בין אם אצל מבטח אחד או אצל כמה. במקרה קרות האירוע, ישולמו כולן עד השקל האחרון.

למי מיועד ביטוח הריסק?

בשל מחירו הזול, ירכשו את הכסוי מבטחים שזקוקים לביטוח אבל אין בידם לשלם עלויות כבדות כמו זוגות צעירים, לוקחי הלוואות, מפרנסים שיש תלויים בהם ועוד. גם בעלי עניין שזקוקים לכסוי ביטוחי למקרה פטירה בלבד יסתפקו בריסק, מאחר והצורך הינו בטווח הקצר ללא מחשבה על הגידול בפרמיה בטווח הארוך כמו שותפים, מעסיקי אנשי מפתח או לוקחי משכנתאות.

סטטיסטית, מכל חמישה גברים בני 25, ארבעה יגיעו לגיל 65. אחד לא. הבעיה היא שאף אחד מאותם חמישה, לא יודע מיהו האחד. לפיכך, ירכשו כל החמישה ביטוח חיים, שמא הוא זה האחד. מי שרכש ביטוח ריסק, מאמין בסתר ליבו שזה עלול להיות הוא. שכן אדם שמשוכנע מעל לכל ספק שלו זה לא יקרה, מדוע שירכוש ביטוח? כלומר, ארבעה מבין רוכשי הריסק, לעולם לא יקבלו את סכום הביטוח. על מנת לתת פתרון גם לאלה, נוצר ביטוח המעורב. מעורב כשמו כן הוא. מערב סיכון וחסכון. לבעל הפוליסה עומד סכום ביטוח אחד. ידוע לנו, כמו בריסק, הן את מועד תחילת הביטוח, הן את הפרמיה השנתית, והן את מועד סיומו. באם יקרה מקרה הביטוח בטווח הזמן הנ"ל, ישולם סכום הביטוח כסכום הוני אחד למוטבים. (בדומה לריסק). אולם, אם לא קרה מקרה הביטוח, והמבוטח הגיע למועד סיום תקופת הביטוח בעודו בחיים, יראה המבוטח את המבוטח כאילו הלך לעולמו וסכום הביטוח ישולם במלואו למוטב. יתכן אגב שהמוטב במקרה חיים יהיה שונה מהמוטב במקרה מוות ועל בעל הפוליסה להגדיר אותם בנפרד.

בעל הפוליסה ישלם תעריף קבוע לאורך כל חיי הפוליסה. תעריף זה יהיה גבוה משמעותית מעלות הסיכון (הריסק) וזאת על מנת לאפשר תמחור קבוע לאורך שנים גם כשהסיכון משתנה. כלומר, בשנים הראשונות של הפוליסה ישלם בעל הפוליסה פרמיה גבוהה על מנת שכשיתייקר מחיר הריסק בשנים המאוחרות, עדין תהיה עתודה כספית העומדת לרשותו למימון העלויות הגבוהות. ככל שבעל הפוליסה מוסיף ומפקיד כספים בפוליסת הביטוח, כך עולה העתודה העומדת לרשותו. המבוטח רואה מול עיניו סכום ביטוח אחד-סכום הביטוח המקורי צמוד למדד, אולם מבחינת חברת הביטוח יש הבדל גדול באם סכום הביטוח ישולם בשנים הראשונות או רק בסיום.

בשנים הראשונות, רוב רובו של סכום הביטוח מורכב מכספי המבוטח (סכום בסיכון). ביום הראשון לפוליסה אגב, יהיה כל סכום הביטוח מורכב מסכום שבסיכון שכולו של המבוטח מאחר ובעל הפוליסה עדין לא הספיק לצבור לעצמו עתודה. ביום האחרון, יהיה סכום הביטוח מורכב כולו מהעתודה ומכאן שניתן לראות במעורב שילוב של שני גורמים עיקריים: ישנו סכום הביטוח שמורכב מסכום שבסיכון שהולך וקטן ומעתודה (חסכון) שהולכת וגדלה. מכאן שסכום הביטוח מורכב מצרוף של הסכום שבסיכון בתוספת העתודה.

פדיון וסילוק

בעל הפוליסה משלם במעורב סכומים הגבוהים מעלות הריסק וזאת על מנת לקבע את עלויותיו גם לקראת השנים הבאות לכשתעריף הריסק ירקיע שחקים וגם על מנת לחסוך את סכום הביטוח כך שישולם גם באם המבוטח לא הלך לעולמו במהלך תקופת הביטוח. אולם, מה יקרה כשבעל הפוליסה מחליט בשלב מסוים להפסיק את תשלומיו? במצב כזה מסתבר בדיעבד ששילם הרבה מעבר לעלות הסיכון אבל אין לו צורך יותר ב"סבסוד" העתיד. במקרה כזה, הצטברו לזכותו כספים בעתודה ואותם יבקש לפדות.

פדיון – משמעו ערך הכספים שנצברו בפוליסה למשיכה מיידית כפוף לתנאי ניהול קופות הגמל באם היתה הפוליסה משויכת להן. ברגע שנפדו כספי העתודה במלואם, הסתיימה הפוליסה ואין לה ערכים כספיים נוספים.

יחד עם זאת, מציע המבוטח לבעל הפוליסה שלא למשוך את כספי הפדיון ולהותיר את הצבירה לתום התקופה. אקט זה יקרא סילוק.

סילוק – משמעו הערך העתידי של הפדיון בתום התקופה (גיל 65 או כל מועד אחר שנקבע במועד תחילת הביטוח) ערך הסילוק יקבע על פי ערך הפדיון הנקי (ערך נוכחי) במכפלת מקדם הסילוק (זמן בחזקת ריבית). המבוטח לוקח על עצמו את סיכון הביטוח שבפער שבין הפדיון לסילוק. ככל שמועד הסילוק יהיה רחוק יותר מתום תקופת הביטוח, כך האטרקטיביות שבסילוק מבחינת בעל הפוליסה תהיה גבוהה יותר.

את כספי הערך המסולק יקבל בעל הפוליסה במועד הקרוב מבין תום תקופת הביטוח ומועד פטירת המבוטח. ניתן לערוך פדיון או סילוק על כל ערכי הפוליסה או על חלק ממנה, אולם באם הביטוח היסודי סולק במלואו, יתבטלו כל הכיסויים הנוספים.

ביטוח לכל החיים

מועד סיומו של ביטוח המעורב נקבע תמיד ביום תחילת הפוליסה. התקופה המינימלית שהיתה נהוגה היתה 15 שנה ולרוב יועדה התכנית לגיל 65. יחד עם זאת, נקודת התורפה של הפוליסה הינו במחירה היקר. לפיכך, בכדי להקל על העלויות מבלי לפגוע בסכום הביטוח הנדרש, ניתן היה למשוך את תקופת הביטוח לכל החיים. ככל שתקופת הביטוח מתארכת הפרמיה החודשית תהיה זולה יותר. לכל החיים מוגדר גיל 95 והתנהלות הפוליסה הינה כמעורב לכל דבר. תאריך תחילת הביטוח ידוע, תום התקופה מוגדר כגיל 95 ובאם מקרה הביטוח יתרחש בטווח שבין התקופות, ישולם סכום הביטוח. באם הגיע המבוטח לגיל 95 ישולם סכום הביטוח למבוטח למקרה חיים כחסכון לכל דבר. זו התכנית היחידה המאפשרת כסוי ביטוחי גם בגילאים מבוגרים.

המרה

כל מעבר מתכנית יסוד אחת לשניה מחייבת פתיחת פוליסה חדשה עם כל הכרוך בה, כלומר הסכמת המבטח, הצהרת בריאות ועדכון תחילת הביטוח לגילו הנוכחי של המבוטח. לכלל זה ישנו חריג אחד והוא ההמרה. המרה משמעותה ויתור על הצהרת הבריאות ומעבר מתכנית אחת לשניה ללא אפשרות המבטח להתנות על כך. המרה אפשרית אך ורק מריסק למעורב והיא תיתכן לא יאוחר מ 3 שנים לפני תום תקופת הביטוח וגיל 62.

ביטוח לכל החיים עם זמן תשלום קצוב

תכנית ביניים בין המעורב לגיל 65 (פרישה) למעורב לכל החיים (גיל 95) שנובעת משיקולים כלכליים. על פי הכסוי הזה, יהיה המבוטח בכסוי עד לגיל 95 אולם יפסיק לשלם את הפרמיות במועד מוסכם מוקדם יותר (60, 65, 70). בהגיעו לגיל תום תקופת התשלום, ימשיך להיות מבוטח על מלוא סכום הביטוח ללא תשלום נוסף. סכום הביטוח המלא ישולם במועד המוקדם מתום תקופת הביטוח או מקרה מותו תוך כדי. כסוי זה יהיה זול יותר, בסכומי ביטוח זהים כמובן, מהמעורב לגיל 65 אבל יקר יותר מהביטוח לכל החיים.