

דיני ביטוח / עו"ד אודי מוריה

מבוא - סוגי הסדרי ביטוח

תחום הביטוח מתפרס על ביטוח דירה, ביטוח רכב, כך שברמה האינטואיטיבית בני אדם עושים ביטוח כשהתכלית המרכזית שלהם זה **להתמודד עם הסיכון**. אדם במהלך חיו נחשף לסיכונים שונים שחלקם ביחס לאינטרסים שלו: הסיכוי להיפצע, הסיכוי לחלות, הסיכוי שהרכוש יינזק, כך שסיכונים כלכליים ופעילויות יומיומיות רבות כרוכים בסיכונים. לפני כל פעולה שיש בה סיכון, בין אם במודע ובין אם לא במודע, בני האדם שוקלים אם לעשות את הפעולה על אף הסיכון שכרוך בה או לא.

אנחנו חיים בעולם שהביטוח הוא מוצר יומיומי טריוויאלי ואנחנו לא עוצרים לשאול על קיומו של מנגנון הביטוח בכלל, איך החיים שלנו היו נראים ללא הביטוח, כך שמנגנון הביטוח פותר את מצוקת הסיכון. במקרה של נהיגה ברכב, כל סטייה רגעית בתשומת הלב, יכולה לגרום לתאונת דרכים שבה נפצע הולך רגל או נהג אחר וחושף את בני האדם לפיצויים נזיקיים בעלי השלכות רחבות על המעגל הסובב אותנו.

ויליאם שייקספיר מתאר עולם בו לא היו לאנשים דרכים אפקטיביות לבטח את עצמם. מתאר עולם ללא מנגנון הביטוח ועושה זאת במחזה "הסוחר מוונציה" בסוף המאה ה-16. במחזה רואים את הפחד של האדם שצובר כל חיו הון, קונה סחורות ומרגע שהספינות יוצאות לדרכן מהנמל אין לו שליטה על מה שקורה איתם, כל עולמו, כל עושרו, תלוי בכוחות שאין לו שליטה עליהם. לכן, מנגנון הביטוח פותר את הבעיה- אין סוחר היום שיטיס או יעביר סחורות בלי להתקשר בביטוח, בכך הסוחר קונה לעצמו את השקט הנפשי.

יש לשים לב שמעבר לשקט הנפשי שהביטוח נותן לכל אדם ברמת הפרט, יש לו **תפקיד חברתי חשוב**, הביטוח מחלק את הנזקים וסיכונים על פני קבוצות של אנשים. כלומר, מבחינה חברתית, עדיף ש-1000 אנשים יישאו בנזק של 1000 מאשר שאדם אחד יישא בנזק של מיליון. הנזק מפוזר על פני רבים ואגב כך שהנזק יכול להתחלק על פני קבוצות גדולות, הוא נותן דחיפה לפעילויות כלכליות שמגדילות את התועלת המצרפית לחברה, למסחר.

במחזה, אנטוניו פיזר את הסיכונים שלו, הוא לא שם את הסחורה על ספינה אחת ולא העביר את הסחורה בפעם אחת, לא הימר על כל הרווחים שלו בשנה הנוכחית. ההיגיון שהנחה אותו היה להקטין את הסיכון ע"י תעשיית הביטוח שמפזרת את הנזקים על פני קבוצות גדולות של אנשים ובכך מקטינה את הסיכונים.

לסיכום: עושים ביטוח - כדי להתמודד עם סיכון. אדם במהלך חייו הרגילים ובביצוע פעולות יומיומיות נחשף לסיכונים שונים. **סיכון:** סכנה עם מרכיב של חוסר וודאות ביחס לאפשרות התרחשותה או מידתה. **אחת מדרכי ההתמודדות** מול סיכון הינו באמצעות ביטוח. אנו חיים היום בעולם שבו הביטוח הוא חלק בלתי נפרד מחיינו, אך נסו לדמיין כיצד היו נראים החיים שלנו ללא ביטוח?

דרכים שונות להתמודד עם סיכון

אמרנו שביטוח הוא אחד מהדרכים להתמודד עם סיכון, אך ניתן לחשוב על 5 דרכים מרכזיים להתמודד עם סיכון מבחינת הפרט או החברה:

1. **הימנעות מנטילת סיכון**- כרוך במחיר ברמה האישית וברמת החברה. לדוגמא: הימנעות מטיסה. הבעיה בגישה הזו היא שהערכת המוצא שלנו הייתה שפעולות יומיומיות כרוכות בסיכון, כך שאם הפתרון הוא להימנע מסיכון- הדבר כרוך בהימנעות גדולה של האדם כפרט וכחברה.
2. **לא לעשות כלום בקשר לסיכון**- אי נקיטת פעולה בקשר לסיכון עשויה לנבוע מהחלטה מודעת להתעלם ממנו או מחוסר מודעות אליו. כלומר, האדם אדיש לסיכון, בין אם מהחלטה מודעת ובין אם מהחלטה לא מודעת מחליט להתעלם ממנו. לדוגמא: אם אדם עושה ספורט אתגרי וגולש בסקי מבלי שעשה ביטוח- ניתן להגיד שהוא לא נערך לסיכון.
3. **לנסות להפחית את הסיכון**- למשל ע"י מיגון הבית, הפרט מפחית את סיכון הפריצה אליו. אם אדם מתקין אמצעי מיגון בבית או נוהר בכביש- הוא לא מפחית את האפשרות הסיכון יתרחש, אבל, זה לא יכול למנוע את הסיכון ולא משנה כמה מערכות הגנה יהיו- עדיין פורצים לבתים ולא משנה כמה זהירים- עדיין תאונות דרכים קורות.
4. **אימוץ הסיכון או פיזור עצמי שלו (ביטוח עצמי)**- למשל, הפרט יכול להקים קרן עצמית להתמודדות עם מקרים של התממשות הסיכון (חיסכון). למעשה, זה העמדה על חיסכון ליום סגריר.
5. **הביטוח המסחרי- העברת הסיכון לגורם אחר**- אדם מעביר לביטוח את הסיכון ובכך מתנקה ממנו.

ייתכנו מקרים בהם יינקטו במקביל כמה שיטות להתמודדות עם סיכון. לדוגמא: הועדה לבחינת היערכות הפיננסית והביטוחית לקראת התמודדות עם רעידת אדמה (נכסים ממשלתיים). **רעידות אדמה משמעותיות בישראל:**

שנה	איזור	עוצמה	הרוגים	נזק
1927	צרעידות אדמה משמעותיות בישראל פוים המלח	6.0-6.5	300	ירושלים, שכם, רמלה וטבריה.
1837	בקעת הלבנון	6.5-7.0	+7000	גליל- צפת, טבריה, עכו, נצרת וצור.
1759	בקעת הלבנון	6.5-7.0	+3000	ישובי הגליל ואיזור דמשק. גלים בגובה 2.5 מ' בעכו.
1546	בקעת הירדן	6.0-6.5	מאות	איזור שכם, יריחו, ירושלים, חברון, עזה, רמלה, יפו. צונאמי בנמל יפו.
1202	אצבע הגליל	7.0-7.5	+30,000	הרס ונזקים כבדים ברחבי סוריה, לבנון וישראל.

בחינת עלויות נזקי רעידת אדמה לרכוש ממשלתי:

הערכה סטטיסטית שרעידת אדמה גדולה מתרחשת באזור ישראל כל 100/150 שנים - כאמור רעידת האדמה הגדולה האחרונה הייתה ב-1927. האזורים הרגישים בארץ: הערים שכם, ירושלים, רמלה וצפת שיושבות לא הרחק מהשבר הסורי האפריקאי ועלולות להיפגע יותר מאשר ערים אחרות. נבחנו תוצאות ממוצעות של כמה מודלים לנזק לרכוש ממשלתי בתרחיש בהסתברויות של 1:500 ו-1:250 שנה בהתאמה (לא כולל נכסי משרד הביטחון). כלל הנזק לנכסים ציבוריים: 4.4-6.8 מיליארד דולר. נזק מרכוש לא מבוטח: 2.3-3.5 מיליארד דולר.

המלצה - היערכות פיננסית



“ביטוח” הוא ניסיון התגוננות מפני סיכון שלא על ידי הקטנתו או חיסולו (פרופ' רונן פרי). מושג זה משתרע על פני שורה שלמה של הסדרים המבטאים ניסיון להתגונן מפני סיכונים שלא ע"י הקטנתם או חיסולם. 4 הסוגים המרכזיים של הסדרי הביטוח השונים הם: ביטוח מסחרי, ביטוח הדדי, ביטוח עצמי, וביטוח מכוח חקיקה של המדינה. לביטוח יש הגדרות שונות. כשאומרים ביטוח מתכוונים לשורה של הסדרי ביטוח:

חוזה דו צדדי (חוזה ביטוח מסחרי)

חוזה בין מבטח ומבוטח המחייב את המבטח, תמורת דמי ביטוח (מכונים פרמיה), לשלם (בכסף או "בעינין"), בקרות מקרה הביטוח, תגמולי ביטוח למוטב (המבוטח הוא גם המוטב אלא אם נקבע אחר זולתו).

האירוע הביטוחי יכול להתייחס למותו של אדם או הגיעו לגיל מסוים (ביטוח חיים); לתאונה, מחלה או נכות (ביטוח בריאות); לנזק שנגרם לרכוש (ביטוח רכוש) או לחבות כספית שהמבוטח עשוי להיות חייב בה לצד ג' (ביטוח חבויות).

חלק מהביטוחים הם ביטוחי חובה. לדוגמא: חוק חוזה ביטוח, התשמ"א-1981 - חוק ייעודי המסדיר חלק גדול מהסוגיות בביטוח. חוזה ביטוח, כמו כל חוזה אחר, הוא חוזה שתנאיו מחייבים ואינם ניתנים לביטול או שינוי במהלך התקופה (אלא בתנאים מוגדרים). עיקר הקורס יעסוק בביטוח זה.

בחוזה מסוג זה יש עסקה בין מבטח ומבטח תמורת דמי ביטוח שמכונים "פרמיה". חברת הביטוח מתחייבת לפצות את המבוטח על נזק שקרה לו ככל שמוגדר בפוליסה ולשלם לו את גמולי הביטוח שיועברו אליו או למוטב אחר שנקבע בפוליסה. תשלום הפיצוי והתגמול יכול להיות פיצוי כספי או פיצוי בעין, לדוגמא: תיקון של רכב במוסך הסדר. האירוע הביטוחי יכול להתייחס למותו של אדם בהגיעו לגיל מסוים ונקרא "ביטוח חיים", יכול להיות ביטוח לתאונה, מחלה או נכות שניקרא "ביטוח בריאות", ביטוח על נזק שנגרם לרכוש שזה "ביטוח רכוש".

חלק מהבטוחים הם ביטוחי חובה שהמדינה בחוק מחייבת לעשות אותם כדי לעשות את הפעילות, כמו ביטוח לרכב וביטוח להשיט כלי טייס. חוק חוזה ביטוח הוא החוק המרכזי שמסדיר את הסוגיות השונות בעולם הביטוח.

יש לזכור ולשים לב שחוזה ביטוח כמו כל חוזה אחר כולל תנאים מחייבים שלא ניתנים לשינוי או ביטול במהלך החוזה, אלא אם כן הדבר מוגדר בחוזה עצמו. כלומר, אם חברת ביטוח מחליטה לבטח מבוטח כלשהו, במידה והעריכה את הביטוח שלו בחסר, לא העריכה נכון- בסופו של יום הביטוח נושא בהפסד, חברת הביטוח צריכה לשים יד בכיס ולשלם על הערכה הלקויה שלה. הרעיון הוא שחברת הביטוח כשהיא מתקשרת בחוזה ביטוח והביטוח כבר נחתם, היא לא יכולה להעלות פתאום באמצע את הפרמיה רק כי העריכה את הסיכון בצורה לא נכונה, כמו ביטוח חיים, שחברות מתקשרות בחוזה ביטוח לכמה שנים על בסיס הנתונים שהיו כמה שנים אחורה והיא לוקחת את הסיכון שהדברים לאורך השנים השתנו.

עסקה רב צדדית (ביטוח הדדי)

התאגדות של אנשים שהצטרפו יחד מתוך רצון חופשי למפעל כלכלי משותף המבוסס על השקעה עצמית של כלל החברים.
סוג של הקמת מאגר משותף וקבלת פיצוי באירוע מזכה. המבוטחים הם המבוטחים של עצמם. הביטוח אינו פועל למטרת "רווח חיתומי" הנובע מכספי הפרמיה ביחס לסיכון שכוסה.

לדוגמא: בחוזה ביטוח מסחרי- חברת ביטוח שגובה מכלל המבוטחים פרמיה של 100 ₪ ותשלומי התביעות הם 60 ₪ - הרווח החיתומי - 40 ₪ הולך אליה ואילו בביטוח הדדי- אל החברים ע"י החזר פרמיות או הפחתת הפרמיות שישולמו בעתיד. האחריות על הנזקים אינה אבסולוטית – תגמולי הביטוח משולמים במידה וכספי הקרן מספיקים לכך. אם חסר, כולם יצטרכו להגדיל ההפרשות או שהזכויות (תגמולי הביטוח) יצומצמו.

מדובר בביטוח "גמיש" בו מתקיימת כל העת התאמה של תנאי הביטוח לסיכונים המתרחשים בפועל. הגופים המנהלים רק גובים דמי ניהול ואילו ברווחים או בהפסדים החיתומיים נושאים חברי הקרן.

סוג של ביטוח בו יש התאגדות של אנשים שהצטרפו יחד מתוך רצון חופשי למפעל כלכלי משותף המבוסס על השקעה עצמית של כלל החברים. "פול" משותף. כלומר, קבוצה של מבוטחים מקימה מעין מאגר משותף של כספים ומכניסה אליו כספים והוא מפצה את מי שנפגע לפי ההוראות המוקדמות של הקבוצה בהתקיים אירוע מזכה. פה מדובר על מבוטחים שהם גם המבוטחים. זוהי קבוצה שמכניסה כסף לקבוצה ייעודית והקופה מעבירה את הכסף בהתקיים התנאים שהוגדרו מראש לאירועים הנזקים.

הביטוח ההדדי בשונה מהביטוח המסחרי, לא פועל מתוך מטרה של רווח חיתומי שהינו הרווח הנובע מכספי הפרמיה, הפער בין דמי הביטוח אל מול הביטוח, הפער בין מה שמשלמים לבין מה שמקבלים כשיש אירוע נזיקי. בביטוח ההדדי יש כל הזמן התאמה בין התנאים של החוזה לבין הסיכונים בפועל בשונה מחוזה מסחרי.

פעולה חד צדדית (ביטוח עצמי)

יצירה של קרן מיוחדת ע"י הפרשה קבועה של עתודות כספיות שנועדו לפצות על נזק או אבדן עתידיים. בביטוח עצמי אני לא מעביר את הסיכון לגורם אחר אלא נושא בו בעצמי. הקרן היא חלק ממדיניות ניהול סיכונים של הגורם המנהל והיא אופיינית לגופים גדולים (כגון מדינה) כרוך באי ודאות – לדוגמא מהו שיעור ההפרשה המתאים לעתודות בחברה עסקית (יותר מדי – פוגע בכושר התחרות, פחות מדי – חושף לסיכון).

ביטוח עצמי זהו למעשה קרן שבה אנשים מתכווננים ליום סגריר, בד"כ ארגונים או חברות גדולות כמו המדינה. ניהול הקרן הוא חלק מניהול הסיכונים של הגורם המנהל והקושי הוא אי הוודאות. לדוגמא: חברה שחושבת כמה כסף להשאיר לעתיד, אם היא תיגבה פחות מידי (תשים פחות מידי כסף בקרן) היא תפגע בקושי של החברה להתנהל ולא יהיה לה כסף, כשיקרה אירוע לא יהיה לה מספיק כסף כדי להקטין את הסיכון. אם היא תיקח יותר מידי כסף זה יכול להשפיע על הנזילות בהווה של החברים בה ולגרוע מהעסקים שלה.

זה לא שחייבים לבחור את אחד מהדרכים, אלא אפשר לשלב בין הדרכים השונות. לדוגמא: ביקשו לבחון את ההיערכות הפיננסית והבטוחות לקראת ההתמודדות של המדינה עם רעידות אדמה. לראות מה ההשלכה של רעידות אדמה על נכסים

ממשלתיים ואגב הפעילות של הצוות לא היה מיפוי עד לאותו שלב על כל הנכסים של הממשלה. אח"כ הציעו חלופות פיננסיות להיערכות מפני רעידת אדמה. במצגת יש נתונים לרעידות אדמה בשנים האחרונות.

ניתן לראות שב1927 הייתה רעידת האדמה הגדולה האחרונה. המודלים שבחנו את סיכויי ההתרחשות והנזקים בחנו ואמדו אותם לפי הסתברויות של אחת ל500 שנה או אחד ל250 שנה והנזק הוא 4.4-6.8 מיליארד דולר לנכסים הציבוריים ולנזקים לרכוש הלא מבוטח 2.3-3.5 מיליארד דולר.

הצוות הציע מס' חלופות והתגוננות מפני האיום ואפשר לראות ש7.2- המדרגה הראשונה של הערכות היא ביטוחית, בין אם ע"י חברות ביטוח חיצוניות או ביטוח פנימי של הקרן הפנימי ("חברת עינבל"- המדינה מבטחת את הנכסים שלה ע"י עצמה). "קרן הון ריבונית" זה קרן שהוחלט על הקמתו לפני כמה שנים, הממשלה החליטה שאליה מועברים כל ההכנסות ממשאבי הגז וההנחה היא שב2017 שיצטבר שם מיליארד דולר. אפשר לראות שאחרי "קרן הון ריבונית" יש הלוואות של אגרות חוב שהמדינה נותנת ויש רשימה של צעדים נוספים שבסופה יהיה קיצוץ תקציבי או הגדלת המיסוי.

ניתן לראות שחלק מהצעדים נעשים עוד לפני שאירוע מסוכן קורה כמו ביטוחים וקרן פנימית ויש חלק כשהאירוע כבר קרה- כמו קיצוץ תקציבית.

ביטוח מכוח חקיקה של המדינה

קיימים 2 חוקים מרכזיים בהקשר הזה: חוק הביטוח הלאומי שחל גם ביחס לאזרחים וגם ביחס לתושבים, כמו: דמי אבטלה וכו' והחוק השני הוא חוק ביטוח בריאות ממלכתי- שכל תושב בישראל צריך לבטח את עצמו באחד משירותי הביטוח. קופות החולים מחויבות לקבל כל פונה ללא סייג, זה ההבדל מהביטוח המסחרי שחברות הביטוח יכולות להחליט שהן לא מקבלות אדם מסוים או מקבלות בסייגים. קופות החולים חייבות לקבל ללא סייג, הן מכלרי"ם ללא כוונת רווח והמימון שלהם באמצעות מס בריאות או בדרך תלוש המשכורת. המטרה של הביטוח היא הרצון להתגונן מפני סיכון.

ביטוח לאומי – החוק המרכזי:

- מכסה: דמי אבטלה, מענק פטירה, דמי קבורה, מילואים, הבטחת הכנסה, שאירים, זקנה, פגיעה בעבודה, נכות כללית, סיעוד, לידה, קצבת ילדים, עבודה מועדפת, ועוד.
- החוק מכסה גם תושבים ולא רק אזרחים.

• חוק ביטוח בריאות ממלכתי:

- כל תושב ישראלי חייב לבטח עצמו באחת מ-4 קופ"ח.
- קופות החולים מחויבות לקבל כל פונה ללא סייגים.
- הקופות הן מכל"רים ללא כוונת רווח.
- מימון הקופות הוא מתקציב המדינה ובאמצעות מס בריאות ייעודי הנגבה דרך תלוש המשכורת.

הבדל בין ביטוח מכוח חקיקה לבין ביטוח חובה שבחוק יש חובה לקיימו.

ההיסטוריה של הביטוח

חוזה הביטוח המסחרי הוא חוליה באבולוציה של הסדרי הביטוח שהתפתחו במהלך ההיסטוריה. ניתן למיין ההסדרים היסטוריים ל-3 קבוצות מרכזיות:

1. הסדרי ביטוח מסוג "עזרה הדדית" - ביטוח סיכונים מטעם המדינה; עסקאות מסוג שעבוד ספינה (bottomry).

התארגנויות לעזרה הדדית מתוך אגודות שהתבססו על תרומות של החברים לצרכים דתיים וסוציאליים. ניתן למצוא לפני אלפי שנים בחברות שונות בהן סין, הודו, יוון והישוב העברי. דגש מרכזי לאגודות דתיות שנשאו בהוצאות קבורה – למשל יוון במאה השלישית לספירה. בתקופת הרומים הרחבה של הסיוע בבריאות ובזקנה (collegia) – פעילות האגודות הוסדרה בחוק.

גם במשפט העברי ניתן לראות התייחסות לביטוח עזרה הדדית – למשל, בהילכת החמרין, מן המאות הראשונות לספירה: "...רשאין החמרין לומר כי מי שתמות את חמורו נעמיד לו חמור אחרת. מתה בבוסיא (היינו, עקב התרשלותו של 'המבוטח') אין צריכין להעמיד לו חמור אחרת. מתה שלא בבוסיא צריכין להעמיד לו חמור אחרת...רשאין הספנים לומר כל מי שאבדה לו את ספינתו נעמיד לו ספינה אחרת. אבדה בבוסיא אין צריכים להעמיד לו ספינה אחרת. שלא בבוסיא צריכין להעמיד לו ספינה אחרת" (תוספתא, מסכת בבא מציעא, י"א 25-26)

בימי הביניים התפתחו בקרב גילדות של בעלי מקצוע שונים - בהם המניפה הביטוחית הורחבה לחברים ולבני משפחותיהם במקרה של מחלה, זקנה ומוות.

מדובר בהתארגנויות של קבוצות לאגודות שמתבססות על עזרה הדדית- צרכיהם סוציאליים ודתיים. ניתן לראות לפני אלפי שנים התארגנויות כאלה שמטרתם לממן הוצאות קבורה לנפטרים. העולם העתיק ייחס חשיבות משמעותית לנושא הקבורה. ראינו שחוק הביטוח הלאומי נותן כיסוי כזה לאלמנטים של קבורה. לדוגמא: ניתן לראות ביוון, במאה השלישית ובאופן כללי, התארגנויות כאלה. ניתן למצוא בסין ובהודו. הקבוצה התארגנה בצורה משמעותית וקלטה מניפה משמעותית של עזרה, כלומר, ביטוח בנושאים שונים ולא רק הוצאות קבורה, אלא גם דאגה לנושאים כמו מחלות, זקנה של קבוצות החברים בהתארגנויות. לחברים בקבוצה קראו "קולגיה" והם הוסדרו בחוק הקיסר שקבע הוראות להסדרת הפעילות שלהם.

במשפט העברי ניתן לראות התייחסות לעזרה הדדית, לדוגמא, "בהלכת החמרין"- ניתן לראות שחבר בהתארגנות כזו שאיבד את אמצעי העבודה שלו, את הרכוש שלו, שלא באשמתו- היה זכאי לפיצוי מחברי ההתארגנות, אבל אם איבד את הרכוש כתוצאה מרשלנותו- לא היה זכאי לפיצוי. לא מדובר רק התרשלות סתם, אלא התרשלות קצת יותר משמעותית.

בימי הביניים ההתארגנויות ההדדיות מצאו ביטוי ב"גילדות"= התארגנויות של בעלי מקצוע שונים ונתנו מניפה ביטוחית יותר משמעותית למחלה, זקנה ומוות.

2. ביטוח סיכונים מטעם המדינה

- חוקי חמורבי - קובץ של חוקים שחובר בתקופת שלטונו של חמורבי מלך בבל, במאה ה-18 לפנה"ס (לפני 3800 שנה) – דוגמאות:
 - אם נשדד רכושו של אדם - עיר מגוריו חייבת לשפותו.
 - בנסיבות מסוימות העיר מחויבת לפצות מתוך הקופה הציבורית גם את בני המשפחה של קרבן רצח.
- ברפובליקה של רומא כ-1800 שנה מאוחר יותר - התחייבות המדינה לשפות את העוסקים בהובלה של אספקה צבאית בגין נזקים הנובעים מסיכוני הים או פעולת אויב.

לדוגמא: אם נשדד רכושו של אדם, עיר מגוריו הייתה חייבת לשפותו. אצלנו זה נקרא "ביטוח רכוש". העיר גם מחויבת לפצות מהקופה הציבורית בנסיבות מסוימות בני משפחה של קורבן רצח. ברפובליקה הרומית- המדינה משפה את אלה העוסקים בהובלות ובאספקת הסחורה העצמית. באלמנט של ההובלה בעולם העתיק אם כבר היה ביטוח- הדבר נגע לאלמנטים של הובלה.

3. עסקאות מסוג שעבוד ספינה (bottomry)

- משקיע מלווה סכום כסף לבעל ספינה לצורך מימון מסע ימי:
 - אם המסע מצליח – בעל הספינה מחזיר למשקיע את קרן ההלוואה בצירוף ריבית ששיעורה גבוה מהשיעור המקובל בהלוואות רגילות (מעין פרמיית ביטוח).
 - אם המסע נכשל והספינה לא הגיעה ליעדה – בעל הספינה היה פטור מתשלום החוב.
- המשקיע נשא בסיכון של אובדן כלי השיט בתמורה לפרמיית הסיכון הגבוהה שהייתה משולמת במקרה של מסע מוצלח.
- מכיוון שמרבית הספינות הגיעו בשלום ליעד שלהן, הפרמיות ששילמו בעלי הספינות כיסו את הסיכון שנטלו על עצמם המלווים.
- עסקאות מסוג זה התקיימו במקומות שונים ובתקופות שונות בעולם – למשל:
 - בבל – כבר לפני 4,000 שנה;
 - סוחרים ים פיניקיים - במאה ה-12 לפני הספירה;
 - ברומא - במאה השישית לספירה, הריבית הרשמית בגין הלוואה עמדה על 3.5%, והחריג היחיד לכך התייחס לעסקאות מסוג "שעבוד ספינה": לגבי עסקאות אלה נקבעה ריבית של 6% ופרמיית סיכון בסך 6% - כלומר, פרמיית הביטוח (הסיכון) - עמדה על 8.5% מסכום ההלוואה.
- נניח יש משקיע שמלווה סכום כסף לצורך מימון מסע ימי. אם המסע עובר בהצלחה- בעל המסע מחזיר את סכום הקרן וריבית גבוה יותר מהריבית הייתה מקובלת בהלוואות באותה תקופה. התוספת הזו היא מעין "פרמיית סיכון" על הסיכון שהוא לוקח על עצמו. אם המסע היה נכשל- בעל הספינה היה פטור מתשלום החוב. כלומר, רואים שהמשקיע הוא זה שנושא בסיכון האובדן תמורת הפרמיה שהייתה משולמת אם המסע היה מוצלח. יש ראיות לסוגים של עסקאות מעין אלה כבר לפני 4000 שנים. גם סוחרים ים פיניקיים- התגוננו בצורה כזו.
- ברומא, בתקופת הקיסר, היה חוק שהתייחס לסוג כזה של עסקאות שקבע שהריבית שמותרת על הלוואות כאלה היא בשיעור של 3.5% והחריג היחיד התייחס לעסקאות מסוג עסקאות ספינה שהיה ניתן לגבות ריבית של 6% ועוד 6% פרמיית סיכון ובסה"כ 8.5% מכל הריבית הרגילה בעד אלמנט הסיכון.

הביטוח המסחרי המודרני

הביטוח המסחרי המודרני התפתח ע"י סוחרים בעיר גנואה שבאיטליה במאה ה-14 - על בסיס עסקאות מסוג שיעבוד ספינה. העסקאות עוגנו בחוזים מפורטים המזכירים פוליסה. הראשונים למכור ביטוח באנגליה היו ככל הנראה סוחרים מאיטליה ולכן הפוליסות תורגמו מאיטלקית. המונח "פוליסה" מעיד על מוצאו האיטלקי של הביטוח - בא מן המילה האיטלקית polizza (מסמך). עדויות ודאיות לקיום פוליסות באנגליה משנת 1547.

הביטוח המסחרי המודרני התפתח מאותם עסקאות של שיעבוד ספינה שדיברנו לעיל. אמרנו שזהו ביטוח שמקובל אלפי שנים, אז למה דווקא בעיר גמא שבאיטליה התפתח הביטוח המודרני במאה ה-14? כי העסקאות, ההסדרים והחוזים קיבלו ביטוי שמזכירה פוליסה בת ימינו.

המאה ה-17 באנגליה

- מדברי המבוא לחוק בפרלמנט הבריטי שנחקק בשנת 1601 ביחס לתכלית הביטוח ולתיאורו:
"הואיל ונהוג היה משכבר בקרב סוחרים, הן בממלכה זו והן באומות אחרות, בנטלם סיכון גדול (במיוחד לחלקי תבל רחוקים) לתת סכום כסף מסוים בידי אנשים אחרים (אשר בדרך כלל מספרם אינו קטן), כדי לקבל מהם ביטוח שנעשה לטוביהם, סחורותיהם, אניותיהם וחפצים שסוכנו, או לחלקם – במחירים כאלה ובאופן כזה שהצד המבטח והצד המבוטח יכולים להסכים עליהם – ובמהלך הטיפול נקרא כרגיל הדבר פוליסת ביטוח; אשר על פיו פוליסות הביטוח מופעלות עקב אבדנה של אונייה כלשהי או היעלמה, כך שהתוצאה איננה התמוטטותו של אדם זה או אחר – אלא נטל ההפסד נופל על רבים בקלות, תחת שיפול על מעטים בכבדות, והוא נופל יותר על אלו שאינם מסתכנים מאשר על אלה שמסתכנים, וכך יוצא שכל הסוחרים, ובמיוחד הצעירים שביניהם, נמשכים להסתכן ביתר נכונות וביתר קלות".
- הגדרה יפה זו של הביטוח גם ממחישה את אופן התפתחותו של הביטוח המסחרי המודרני מהביטוח הימי.
- 1688 – אדוארד לויד (ביטוח ימי), חתמי לוידס.
- 1666 – השריפה הגדולה בלונדון – ביטוח אש:
- 13,000 בתים עלו באש 100,000 איש (למעלה משישית מהאוכלוסייה) הפכו חסרי בית
- התפתחות ביטוח ע"י אגודות לביטוח הדדי מפני סיכונים אש – מסמן את ראשית התהליך של גלישת הביטוח המסחרי המודרני מהתחום הימי לתחומים אחרים.
- בתחילת המאה ה-18 נוסד המשרד הראשון לביטוח טובין וסחורות.
- מגמות של שינויים במבנה החברתי – פיצול המשפחות הגדולות בכפר והמשפחה הופכת תא כלכלי קטן יותר (נזקק לערבות הדדית עם משפחות קטנות נוספות) ותלות גבוהה במפרנס יחיד.
זוהי אחת התקופות המשמעותיות של התפתחות הביטוח במובנו המודרני. היו כמה התפתחויות: ראשית, ממש בהתחלה, 1601 - חוקק חוק שדן בנושא הביטוח. כל תכלית סקירת ההיסטוריה היא להראות את האבולוציה של הביטוח המסחרי. הדבר מראה כי הביטוח המודרני התפתח מהביטוח הימי.
- 1688 - אדוארד לויד פותח בית קפה בלונדון. האגדה מספרת שהינו אדם שידע להנעים את זמנם של האנשים בבית הקפה ולתת להם מידע על תלונות הסחר באזורים שונים בעולם. אט אט בית הקפה הפך למרכז שהתרכזו אליו בעלי ספינות, משקיעים, קברניטי ספינות ונוצר מעין מסגרת שנתנה ביטוח ימי. המשקיעים היו חותמים אחד מתחת לשני על פוליסות ומטלים את הסיכון בפוליסות, הם היו נקראים "חתמי לוידס". אדוארד נפטר ב1713 והמשפחה שלו המשיכה לפתח ולקיים את בית הקפה. עם השנים הוא הפך להיות אחד המקומות המשמעותיים בביטוח ברחבי העולם בעיקר בתחום הימי ובהמשך השנים גם בתחומים אחרים.

התפתחות נוספת היא השריפה בלונדון ב-1666 באנגליה, רק צדקה סייעה למי שאיבד את רכושו בשרפה. בשנה זו השרפה אמנם לא גבתה קורבנות נפש, אבל כלתה 13 אלף בתים ו100 אלף איש הפכו לחסרי בית. האירוע מעין אירוע מכונן שמסמן את כניסת הביטוח המסחרי לעולם של תחומים נוספים ולא רק לתחום הימי: "ביטוח אש" – ניתן לראות פתיחה של משרדים שנתנו כיסוי לאש ובמאה ה-18 הפעילות שלה התערבבה עם ביטוח טובין וסחורות.

עוד התפתחות שהייתה הייתה מגמה של שינויים במבנה החברתי באנגליה – יש ביטוח של העולם התעשייתי, מעבר משמעותי של אנשים מהכפר לעיר והמשפחות הגדולות, החמולות, מתפצלות, כך שאנשים לא יכולים לסמוך על התא המשפחתי במקרה של סיכון שייתנו להם מענה בצרה. כך נוצר צורך של ערבות הדדית בין משפחות שונות, עזרה הדדית מבוססת. במקביל, גם חשיבות המפרנס במשפחה הלכה וגדלה, במשפחות היה מפרנס יחיד שמבקרה של מוות שלו – יש לכך השלכות כלכליות במשפחה.

מפה מדברים על ביטוח חיים שהתפתח משמעותית במאה ה-17 – בעקבות ויליאם גיבונס.

ההיסטוריה של הביטוח - ביטוח חיים

- בשנת 1583 (המאה ה-16) העדות המוקדמת ביותר לקיומו של ביטוח חיים – ביטוח חייו של אדם בשם ויליאם גיבונס, לתקופה של שנה.
- ההנחה היא שפוליסות מסוג זה שימשו כערובה על חיוב של המבוטחים.
- ביטוח החיים בצורתו המודרנית יותר, המבוסס על אומדנים סטטיסטיים ועל לוחות תמותה מעודכנים, התגבש רק באמצע המאה השמונה-עשרה.
- לוחות תמותה –
 - לוחות סטטיסטיים המציגים את שכיחות התמותה החזויה בקרב אנשים בגילים שונים, לפי עיסוק, מין, גזע או לפי מאפיין אחר המשותף לכל קבוצת גיל.
 - הלוחות מאפשרים לחשב את הסיכוי של אדם בגיל נתון להישאר בחיים בגיל אחר ומשמשים את האקטואר לקביעת פרמיה בביטוח חיים.
 - האקטואר – מתמטיקי שתפקידו ליישם את התאוריה של הסתברות לעסקי ביטוח ע"י כך שהוא מביא בחשבון את ההסתברות של תמותה בטרם עת בהתבסס על לוחות התמותה.
- 1693 - לוחות התמותה הראשונים עובדו על-ידי האסטרונום המלכותי אדמונד האלי (Hally) – בהסתמך על רשימות התמותה בערים לונדון ובראסלו.
- גיימס דודסון (Dodson) מתמטיקאי שבאמצע המאה ה-18 ערך טבלת פרמיות בלתי משתנות בכל תקופת הביטוח המבוססת על:
 - לוחות התמותה על האלי.
 - תורת ההסתברות (התפתחה בראשית המאה ה-17).
 - חישובי ריבית דריבית
- 1762 נוסדה באנגליה "האגודה לביטוח הוגן של חיים והיוותרות בחיים" שיישמה את תורתו של דודסון ופעלה למעשה כחברה הראשונה לביטוח חיים וקיימת עד היום.

ביטוח חיים התפתח גם מביטוח סחורות בהעברה, שכלל גם עבדים שנתפסו כסחורה עוברת לסוחר (כבר אז הייתה מודעות לכך שהמוות שם קץ לערך הכלכלי). אגב, להתפתחות זו של הביטוח באנגליה ולפסיקה שלוותה אותה הייתה חשיבות שחרגה מעבר לעולם הפיננסי של הביטוח.

כך למשל בפסק הדין בנוגע לספינת העבדים "Zong" - בה הושלכו לים בשנת 1781, 132 עבדים אזוקים ברובם חולים במגיפה עמ"נ לדרוש פיצוי על אבדן "המטען" במקום מכירת העבדים במחיר חסר. ביהמ"ש דחה את התביעה נגד חברת הביטוח (מעשה הונאה) אך לא דן בטענה כי מדובר למעשה ברצח. הדי פרשה זו היוו ציון דרך במאבק נגד סחר העבדים, ותרמה לביטול העבדות באנגליה בשנת 1807.

במאה ה-17 - אדמונד האלי היה הראשון שקבע לוחות תמותה ועשה זאת בהסתמך על לוחות סטטיסטיים בגרמניה. הנתונים היו בחלוקה יחסית גסה. גיימס דודסון עשה שימוש בלוחות כשהחברה לא רצתה לבטח אותנו כי היה מבוגר מידי. הוא הסתמך על לוחות התמותה. לוחות ההסתברות החלו להתפתח במאה ה-17 ונטעה את יסודות הביטוח המודרני.

ב1762 רואים שנוסדה באנגליה האגודה הראשונה לביטוח הוגן של חיים והיותות בחיים. ניתן לומר שביטוח החיים התפתח בין היתר מביטוח של סחורות בהעברה וכלל גם סחורה אנושית (עבדים). הייתה מודעות לכך שהמוות שם קץ לערך הכלכלי. כך לדוגמה **בפסה"ד ספינת העבדים זונג**- העבדות הפכה לבלתי חוקית רק במאה ה-19 ועד אז היה ענף משגשג. צידי עבדים היו חוטפים אנשים ולוקחים אותם בספינות בתנאים לא תנאים, ללא מזון, כבולים בשרשראות- לחופי ארה"ב והקריביים שם נמכרו בשוקי עבדים. במקרה זה זונג היא ספינה בבעלות אנגלית שיצאה מחופי אפריקה לחופי ארה"ב והובילה מטען של עבדים בכמות יותר גדולה מהכמות הרגילה, התפתחה מגפה בקרב העבדים ו60 עבדים חלו ומתו.

עד המאה ה-19 היה מקובל שכל חברת ביטוח כיסתה בנושאים שונים באופן ניפרד, כלומר, הייתה נותנת כיסוי נפרד לרכוש וסיכוי נפרד לביטוח חיים. **מתחילת המאה ה-19** משרדים של ביטוח אש ורכוש מיזגו אל תחומם גם עיסוקים של ביטוח חיים והחלו להופיע המשרדים המעורבים.

מהמאה ה-19 היה מקובל שחברת הביטוח נותנת כיסויים למס' נושאי ביטוח. בנוסף על רקע ההתפתחות של המהפכה התעשייתית נפלו מסילות ברזל, גדלו תאונות העבודה. החקיקה קבעה חובות של עבדים ובמקביל היו ביטוחים שכיסו על החבויות הללו. אנחנו רואים דחיפה משמעותית של ענף הביטוח. **במאה ה-19** דחיפה נוספת לביטוח על רקע ההתפתחות המואצת של העולם התעשייתי הכרוך בסיכונים מרובים וכניסתם לתוקף של חוקים המטילים על המעבידים חבויות גדולות בקשר לתאונות עבודה.

במאה ה-20 - תהליך התפשטות הביטוח ממכשיר ששימש בעיקר את המגזר העסקי למוצר אשר נרכש בידי הציבור הרחב להגנה מפני סיכונים שונים.

ביטוח החיים המודרני התגבר רק מהמאה ה-19- הבאים לידי ביטוח ע"י לוחות תמותה. אלו לוחות המאפשרות לדעת מה ההסתברות של אדם בגיל מסוים לחיות עד גיל 60-70. הן מחולקות לפי סיווגים, גיל עיסוק ומאפשרים לאקטואר לקבוע את לוחות הפרמיה- זה שמחשב את הסיכויים ויודע לקחת מצד אחד את ההסתברות של התמותה בטרם עת ומצד שני את הפרמיה.

במאה ה-20 הביטוח עובר התפתחות יותר גדולה. בעבר, היה רק ביטוח עסקי ובמאה זה הפך להיות לביטוח פרטי והגיע לכל בית. כל התפתחות, בין אם טכנולוגית או מדעית- היה לה ביטוי גם בעולם הביטוח, בצד הצרכני במישור של משקי הבית וגם בצד המסחרי של החברות.

אנחנו רואים שמשחרר ההיסטוריה בני האדם התמודדו עם השאלה איך מתמודדים עם סיכון.

מנגנון הביטוח המסחרי

אמרנו שביטוח זה אמצע להעביר סיכון. המבוטח בד"כ יש לו אמצעים כספיים מוגבלים והוא מעדיך להעביר אתה סיכון לגורם אחר שהינה חברת הביטוח שתתמודד עם הסיכוי. בתמורה לכך היא גובה תשלום מראש נמוך מהנזק האפשרי והואי מפזרת את הסיכון עם סיכונים של מבוטחים נוספים שהיא מביאה בחשבון שלא כל הסיכונים התרחשו וגם אם כן לא בו זמנית. הנוסחה לחישוב דמי הביטוח- הנוסחה למעשה אומדת את וחלת הנזק שהינה מכפלה של סכום הנזק הפוטנציאלי כפול ההסתברות להתרחשותו.

הביטוח כאמצעי להעברת סיכון ולפיזורו

המבוטח: בעל אמצעים כספיים מוגבלים – מעדיף להסיר מעליו את הסיכון על האינטרסים הכלכליים ולהעבירו לחברת ביטוח.

חברת הביטוח: תמורת הסכמתה ליטול את הסיכון הפוטנציאלי, גובה תשלום קבוע מראש ונמוך ביחס לנזק האפשרי (פרמיה), ומפזרת סיכון זה עם סיכונים של מבוטחים נוספים שהיא נוטלת על עצמה תמורת פרמיות, תוך שהיא מביאה בחשבון שלא כל הסיכונים יתרחשו ובוודאי לא בו זמנית.

בלשונו של בית המשפט העליון בע"א 1845/90 **רוני סיני נ' מגדל חברה לביטוח בע"מ**, פ"ד מז(5) 661 בע' 678-679 : "מבחינת הצדדים לחוזה הביטוח, נועד החוזה להקצות ביניהם את הסיכונים של התרחשות אירוע הביטוח : המבוטח מבקש, למעשה, שלא להיפגע מהתממשות הסיכון. לשם כך נכון הוא להפריש מדי תקופה קבועה סכום קבוע, הם תשלומי הביטוח, עמ"נ שאם יתרחש אירוע הביטוח, יעמוד לרשותו סכום כספי מסוים, מוגבל בתקרת הפוליסה, היינו תגמולי הביטוח, שיאפשר השבתו למצב שבו היה עובר לאירוע הביטוח..."

חברת הביטוח... דואגת לנטרל סיכון זה בכך שהיא נוטלת על עצמה לבטח גופים שונים ורבים, תוך הבאה בחשבון כי לא כל הסיכונים יתרחשו ובוודאי שלא כולם יתרחשו בו זמנית. בדרך של פיזור הנזק מבטיחה לעצמה חברת הביטוח כי היא לא תינזק; גם אם במספר מקרים תישא במלוא תגמולי הביטוח לפני שהמבוטח השקיע את מלוא הסכום בתשלומי הביטוח."

הנוסחה לחישוב דמי הביטוח

הנוסחה שבאמצעותה מחשבת חברת הביטוח את דמי הביטוח אותה היא גובה מהמבוטח משקפת את תוחלת הנזק שבסיכון המועבר על ידו. תוחלת הנזק = סכום הנזק הפוטנציאלי X ההסתברות להתרחשותו

דוגמא: שווי נכס מבוטח 10,000 ש"ח וההסתברות לאובדנו המוחלט היא 5%, תוחלת הנזק היא $10,000 \times 5\% = 500$. הפרמיה בסך 500 ש"ח מבטאת את הסיכון הביטוחי המועבר אל חברת הביטוח. הפרמיה שמשלם כל מבוטח מבטאת את עלות הסיכון הספציפי המועבר על ידו. בפועל, הפרמיה גבוהה יותר מתוחלת הנזק - משקפת גם עלויות אדמיניסטרטיביות, עלות הסיכון של טעות בחיזוי תוחלת הנזק, והרצון להרוויח.

רכישת ביטוח - החלטה המבטאת שנאת סיכון

שנאת סיכון (Risk aversion) - מבטאת יחס לסיכון שנקבע בהתאם להעדפה בין הימור לבין האפשרות לקבל בוודאות סכום כלשהו. שונא סיכון מייחס ערך רב יותר לסיכון הנשיאה בהפסד בהשוואה לסיכוי לזכות ברווח, על אף ששניהם מבטאים אותה תוחלת מתמטית (הימור הוגן).

מוכנות המבוטח לשלם לצורך רכישת ביטוח פרמיה שגבוהה מתחולת הנזק שלו (המייצגת את ההימור הוגן) - מעידה שהחלטה מבטאת שנאת סיכון.

נניח יש לאדם יכולת לקבל סכום וודאי של 50 ש"ח ואפשרות שניה שיקבל סכום של 100 ש"ח, אך, בהסתברות של 50%. מי שאדיש לסיכון, אדיש לבחירה ולא משנה לו כי אפשרות לקבל 100 ש"ח בהסתברות של 50%, זהה לאפשרות של לקבל 50 ש"ח. מי שאוהב סיכון יעדיף לקבל את ה-100 ש"ח בהסתברות של 50% ומי ששונא סיכון יעדיף לקבל את ה-50 ש"ח באופן וודאי.

רכישת ביטוח, זוהי החלטה שמבטאת סיכון, משום שאדם מוכן לשלם לצורך רכישת ביטוח פרמיה הגבוהה מתחולת הנזק שלו. זה שאנחנו שונאי סיכון, לחברת הביטוח זה הביזניס שלה ואם היא מנחלת זאת נכון, באופן עקרוני היא לא יכולה להפסיד.

דיברנו על מנגנון הביטוח הציבורי - מנגנון שבעזרתו אדם מעביר את הסיכון לחברת הביטוח, היא לוקחת אליה את הסיכון ומפזרת אותו עם מבוטחים אחרים בהנחה שלא כל סיכונים יתחרשו. דיברנו על הפרמיה - שרכישת הביטוח ביסודה היא החלטה שמבטאת "שנאת סיכון" - אנחנו מעדיפים תוצאה וודאית בסכום נמוך, מאשר תוצאה לא וודאית בסכום גבוה יותר - תופעת התועלת השולית של הכסף. ככל שמצוי בידי סכום גבוה יותר כ התועלת שלו הולכת ופוחתת.

תנאים מוקדמים לקיום מנגנון הביטוח המסחרי:

כשמדברים על ביטוח, אנחנו למעשה נשענים על תצפיות קודמות שנעשו במקומות שונים בעולם, על אוכלוסיות וקבוצות שונות, כדי לקבל תחושה טובה יותר לקיום האירועים הביטוחיים. לכן, אנחנו צריכים שהנתונים שעליהם אנחנו נשענים יהיו בקורלציה לקבוצה שלנו:

- הישענות על בסיס רחב מספיק של נתונים סטטיסטיים שרלוונטיים לאופי הסיכון ולחברי הקבוצה באופן שיאפשר לאמוד טוב יותר את היקף הנזקים הצפוי לקבוצה ולחשב את שיעור הפרמיה בהתאם - עד לפני מספר שנים לא רב הסתמכו בארץ על לוחות תמותה שנלקחו מאנגליה משנים שונות. השאיפה היא לגרסה מספיק רחבה כדי שנוכל לאמוד טוב יותר את היקף הנזקים הצפוי, המדגם צריך להיות גדול.
- הנתונים צריכים להיות רלוונטיים לאופי הסיכון ולחברי הקבוצה - נדרשת התאמה למדגם. לדוגמא: לא יהיה ניתן להקיש נתוני תמותה של עיר מסוימת לנתוני תמותה של עיר אחרת בארץ.
- יישום הבסיס הסטטיסטי צריך להיות על פני מספר גדול של עסקאות ביטוח -

- חוק המספרים הגדולים: ככל שאירוע מסוים חוזר על עצמו מספר רב יותר של פעמים כך ההסתברות להשיג תוצאה ממוצעת מסוימת היא גדולה יותר.
- הימור: ביטוח של אדם אחד על פי נתונים שנאספו על קבוצה גדולה של בני אדם.

המדגם שעל בסיסו אנחנו לוקחים את הערכות, לא רק צריך להיות גדול, לא רק מותאם פחות או יותר לקבוצה, אלא **היישום**, **הבסיס הסטטיסטי צריך להיות על פני מספר גדול של עסקאות ביטוח**- הקשר בין היקף הנתונים לבין טיב האומדן קשור לחוק המספרים הגדול שאומר שככל שאירוע מסוים חוזר על עצמו מספר רב יותר של פעמים, כך ההסתברות להשיג תוצאה ממוצעת מסוימת- גדולה יותר. ככל שיש יותר מבטחים (יותר עסקאות גדולות של ביטוח), כך ניתן להסתמך בצורה טובה יותר על תוצאות המדגמים. כמו כן, ככל שחוזרים על הדבר כמה פעמים (סט של מקרים)- בגלל חוק המספרים הגדולים- הניבוי הוא שהתוצאה תהיה יותר מדויקת. הסתמכות על כמות גדולה יותר של נתונים.

4. אפשרות פיזור בין הסיכונים השונים- פיזור של הסיכונים, כך שתהיה פחות תלות בין הסיכונים השונים. דוגמאות: ביטוח רעידות אדמה, חברת ביטוח מבטחת סיכוני ביטוח מפני אש. כשכל הביטוחים של החברה בעיר אחת ובשכונה אחת- ברור שהסיכון שהחברה חשופה אליו גדול יותר מתחברה אחרת שמבטחת את אותה כמות, אך המבטחים מפוזרים בכמה ערים שונות. חברה שמבטחת באזור מסוים אחד- חשופה לנזק משמעותי יותר וכאשר היא מבטחת מכמה ערים שונות יש פיזור של סיכון. נניח ברעידת אדמה- זהו דוגמא לכך שהפיזור מתבצע ברמה של כל הארץ, יש פריסה גלובאלית של סיכוני רעידת אדמה.

המרכיב של פיזור הנזק על פני רבים, משמעותי מההגדרה של הביטוח מהמאה ה-16 שאמר שכדאי לפזר את הנזק על פני רבים מאשר שהנטל ייפול על יחידים. הרעיון של פיזור הנזק הוא ביסוד ההליך המשפטי ביישוב סכסוכים- בביטוח האלמנט של פיזור הנזק עדיף על פני יחידים שישלמו.

פיזור הנזק על פני רבים הוא דגש כה מרכזי במהות הביטוח עד שהוא משפיע גם על כללי הפרשנות של חוזה הביטוח. **פסה"ד סיני נ' מיגדל**- "תחושת הצדק הבסיסית היא, כי כל מקרה של ספק צריך להתפרש לטובת המבוטח, ולא להפך. תחושה זו מעוגנת בעובדה שנוק המוטל על הפרט נושא בו הפרט, והפרט בלבד. להבדיל, חברת הביטוח מפזרת את נזקה... על כלל לקוחותיה, באופן שהנזק לכל פרט ופרט איננו גדול. פיזור נזק שלא ברור על מי לשאת בו, על קבוצה גדולה של משתתפים, מתיישב עם אינטואיציות בסיסיות של צדק יותר מאשר הטלתו על אדם בודד".

מאפייני הסיכון המועבר:

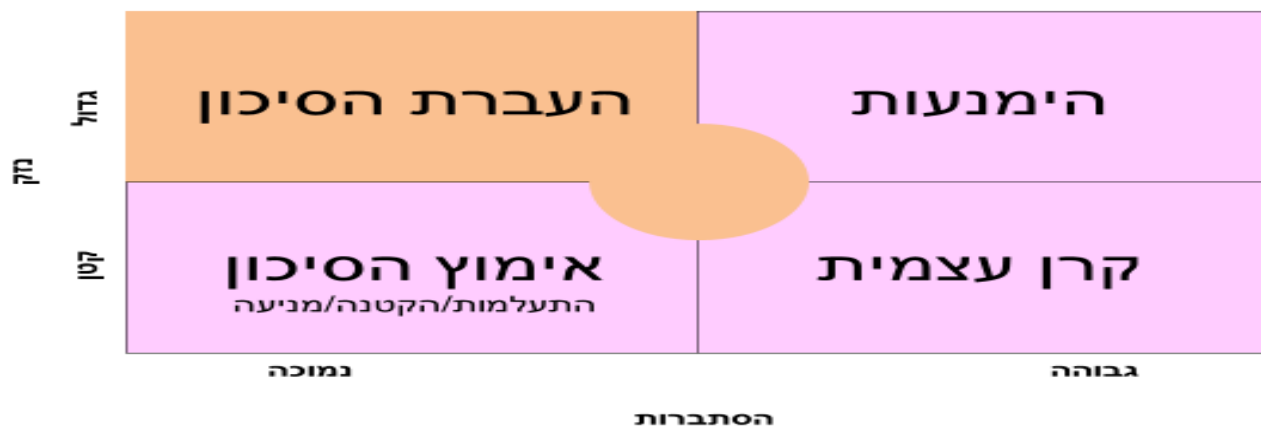
- נדרשת קיומה של הסתברות כלשהי להתרחשותו של נזק – מידת הסיכוי להתרחשות הסיכון.
- ביטוח לא יתקיים כאשר:
 - קיימת ודאות מוחלטת להתרחשות הסיכון.
 - קיימת אי ודאות מוחלטת לעניין התרחשות הסיכון – (כאשר לא ניתן למדוד ההסתברות לקיומו של הסיכון).
- ביטוח חיים?
 - הביטוח נועד להגן מפני סיכונים "טהורים" - שהם סיכונים טבעיים, חיצוניים, שאין אנו יוזמים אותם, אין שליטה עליהם, ועלולים רק לגרום לנו להפסד ולא לרווח.

- הביטוח לא נועד להגן מפני סיכונים "אקטיביים" או "ספקולטיביים" - שהם סיכונים מסחריים שאדם נוטל על עצמו מתוך כוונה להשיג רווח (גם אם עלולים לגרום להפסד).

- **סיכון-** אף חברת ביטוח לא תרצה לבטח סיכון שיתרחש באופן וודאי. מצד שני, גם כשחברת הביטוח לא יודעת לאמוד את הנזק היא לא תטה לבטח. זהו שיקול מושכל- חברת הביטוח בודקת מהי תוחלת הנזק, מחיר הפרמיה משקף את הסיכונים ואת הרצון שלה להרוויח, כך שאם אין לה את היכולת לכמת את הנזק- הסיכוי שהיא תבטח יפחת.
- **חברות הביטוח מגבילות את הביטוח עד גיל מסוים-** דיברנו שצריך להיות מנהג של הסתברויות לקיומו של נזק אמרנו שנוק שמתרחש בוודאות חברת הביטוח לא תשוש לבטח – אז איך זה שיש פוליסות ביטוח חיים, שלכאורה הסיכון וודאי? אדם הרי ימות בסופו של דבר. מאחר שהסיכון שהביטוחי מתייחס להתרחשות של מקרי מוות עד גיל מסוים.
- **הביטוח נועד להגן מפני סיכונים טהורים-** הגנה מפני סיכונים טבעיים חיצוניים שלא אנחנו יוזמים אותם. לדוגמא: שריפה, סופה, רעידת אדמה- מבחינת המבוטח הם יכולים להביא להפסד אבל לעולם לא לרווח.
- **הביטוח לא נועד להגן מפני סיכונים "אקטיביים" או "ספקולטיביים"** - שהם סיכונים מסחריים שאדם נוטל על עצמו מתוך כוונה להשיג רווח (גם אם עלולים לגרום להפסד). סיכונים אקטיביים מסחריים שאני נוטל על עצמי מתוך כוונה להשיג רווח- לדוגמא: אם אני מחליט לפתוח עסק לממכר בגדים, אבי לא יכול לעשות ביטוח מפני ההפסדים שלי- אלה סיכונים מסחריים שאני נוטל על עצמי כמו שאני לוקח את "הסיכון" להרוויח- כך אני לוקח את הסיכון להפסיד. מצד שאני, אם יקרה לעסק שלי שריפה, נזקי מים, הצפות- אלה מקרים שהביטוח מכסה. זהו ההבדל בין הסיכון הטהור לבין הסיכון הספקולטיבי.

באילו מקרים תתקשר חברת ביטוח בעסקת ביטוח?

באיזה מקרים תתקשר עסקת ביטוח



איפה סביר להניח שחברת ביטוח תתקשר בעסקת ביטוח? איפה ייווצרו התנאים לעיל? זה לא עניין של לקוח וחברת ביטוח?

כשהנזק גדול וההסתברות גבוה שתתרחש- בד"כ מבחינת המבוטח יותר אפקטיבי להימנע מליטול את הסיכון כי יש נזק מאד גדול בהסתברות מאד משמעותית- להימנע מעשיית הפעולה המסוכנת.

כשיש נזק קטן והסתברות נמוכה שתתרחש - בד"כ נתעלם מהסיכון או ננסה להקטין את הסיכון. כלומר, הנזק סתמי ואנחנו לא נערך לסיכון- אלא נכיל אותו.

כשההסתברות להתרחשות גבוה והנזק קטן- גם זה לא המקרה הקלאסי של הביטוח, כי לביטוח אנחנו הולכים כשיש נזק גדול, אנחנו רוצים גורם אחר שנעביר לו את הסיכון, אחרת נעשה ביטוח עצמי.

המקרה הקלאסי של ביטוח, שמבוטח יעביר את הסיכון לגורם אחר הוא- **שיש הסתברות להתרחשות נמוכה וסיכון גדול**- בגלל שכשההסתברות נמוכה, ע"י פיזור הנזק שלו בני האדם מצליחים להגן על עצמם.

באילו מקרים לא תתקשר חברת הביטוח בעסקת ביטוח?

- קיימת דרך אפקטיבית יותר להתמודד עם הסיכון מאשר להעביר אותו, כגון: הימנעות או ביטוח עצמי. כאשר קיימת דרך אפקטיבית יותר להתמודד עם הסיכון.
- כשהביטוח לא מעשי- לדוגמא: ביטוח רפואי בגיל מבוגר (בגלל הגיל). בין אם חברת הביטוח לא תסכים לטול על עצמה סיכון ובין אם הפרמיה שתידרש לביטוח גבוהה מדי ביחס לנזק מבחינת המבוטח.
- הערכה לקויה של הסיכון: יכולה לנבוע הן ממידע לא מלא על הסיכונים האובייקטיביים והן מהערכה לא נכונה של מידת הסתברות אירועי הנזק. הערכה לקויה של הסיכון שיכול לנבוע או ממידע חלקי על הסיכונים או מהערכה לא נכונה של מידת הסתברות האירוע הנזיקי. חלק מהדרכים להתמודד עם הערכה לקויה של סיכון הוא לעשות "ביטוח חובה"- לחייב את המבוטח לדאוג לעצמו.
- כשלא מדובר בשונאי סיכון אלא באוהבי סיכון- כאשר אין מדובר במבוטחים שונאי סיכון אלא במבוטחים אדישים לסיכון או אוהבי סיכון.

יתרונות הביטוח העצמי (קרן עצמי) אל מול הביטוח המסחרי

- הפיזור נעשה ללא גורם מתווך - ה"מבוטח" אינו צריך לממן את הוצאות התפעול של חברת הביטוח או את רווחיה. המבוטח נושא בנזק הביטוחי של עצמו ולא נושא בדלתא מעל הנזק הביטוחי (לא נושא בסכום שחברת הביטוח רוצה להרוויח).
- מכיוון שהפיזור מתבצע על-ידי ה"מבוטח", אין צורך לנהל משא-ומתן או הליך משפטי מול חברת הביטוח עם התרחשותו של הנזק, כך שהטיפול באירוע הנזק הוא מהיר יותר וזול יותר. הוא לא צריך לנהל מו"מ עם שום גורם במידה וקרה הנזק הביטוחי.
- הערכת הסיכון היא מדויקת יותר - משום שאין ניגוד עניינים בין מבוטח [המבקש להמעיט ברמת הסיכון] לבין חברת הביטוח ביחס להערכה זו.
- הנזק נותר על כתפיו של "המבוטח", יש לו אינטרס לנסות ולמזער את הסיכון ככל שניתן. יש לו אינטרס למזהר את הנזקים.

ההבדלים בין ביטוח להימור

להימור יש אלמנט של הסתברות שאין שליטה עליו.

- **מטרה** - הביטוח נועד לפצות על נזק בעוד שההימור נועד להשיא רווח. ביטוח נועד לפצות מפני נזק שאיננו רוצים בו, הימור נועד להשיג רווח- למרות שאני משלם וקונה את כרטיס הלוטו- התשלום זה נזק אבל המטרה היא רווח.
- **אופי הסיכון** - חוזה ביטוח נועד לשפות אותי על נזק שקיים בעולם החיצוני שעלול לפגוע בי אישית ואילו בחוזה הימורים מדובר בדרך כלל בסיכון שלא קיים בעולם החיצוני.
- **היחס אל הסיכון** – חוזה הביטוח נועד לבטל סיכון של המבוטח ואילו ההימור הוא חוזה שיוצר סיכונים חדשים במקום שבו הם לא היו קיימים קודם לכן.
- **עמדת המוצא של הצדדים לחוזה** - חוזה הביטוח הוא חוזה בין שונאי סיכון. חוזה ההימורים נקשר בין אוהבי סיכון.

קשיים מובנים במנגנון הביטוח

לא מדובר ברשימה ממצה- אך מדובר בקשיים דומים במנגנון.

➤ בעיית פערי מידע מובנית במנגנון הביטוח:

- שווקים מסוימים מתאפיינים בפערי מידע – למשל, שוק המכוניות המשומשות, שוק ההלוואות – בהם למוכר יש יתרון מובנה במידע על הקונה.
- גם שוק הביטוח מהווה דוגמא לשוק המתאפיין בפערי מידע.
- **המבטח** עפ"י רוב אינו מודע ל"איכות" טיפוס הסיכון של הצרכן המבקש לרכוש ביטוח – בא לידי ביטוי:
 - אי הכרת המבוטח טרם לכריתת חוזה הביטוח והקושי לבצע חיתום ותמחור של הביטוח.
 - מידע חסר לגבי התנהגותו של המבוטח לאחר כריתת חוזה הביטוח.
- **למבוטח** קיימת בעיית מידע הנוגעת לתנאי חוזה הביטוח ותוכנו – על נושא זה נעמוד בהרחבה בהמשך הקורס.
- חובות הגילוי שחלים על המבוטח והמבטח נועדים לפתור חלק מבעיה זו.

נניח לווה (אדם שלווה כסף)- יש לו מידע והוא יודע איזה סוג לווה הוא או בעל מכונית- יש לו עודף מידע ביחס לצד השני על מהות הסיכון. גם לשוק המבוטח יש פערי מידע בצורה שונה- המבטח לא יודע על איכות טיפוס הסיכון של המבוטח, איזה סיכון גלום בו, האם הוא אדם זהיר, אחראי, תם לב, מבחינתו זה נעלם. הקושי הגדול הוא בשלב התמחור של הסיכון, קביעת הפרמיה ביחס לסיכון הביטוחי שיכול להיות גם בשלב ההתקשרות, גם בשלב הביטוח עצמו וגם בשלב התרחשות האירוע הביטוחי.

נניח אדם עשה פוליסת ביטוח, האם מבוטח שיש לו פוליסת ביטוח רכב ורכוש יהיה זהיר עם הרכב, יפקיר את הרכב, יסע בזהירות- זה כבר אחרי ההתקשרות, הביטוח כבר נעשה. אלה פערי מידע לרעת המבטח. יש גם פערים לרעת המבוטח- המבוטח לרוב לא קורא את הפוליסות ואם היה קורא גם לא היה מבין אותם (נדבר בהמשך).

נתמקד בפערי המידע לרעת המבטח: באופן עקרוני, חובות גילוי שחלים על המבוטח הם חלק מהדרכים להתמודד עם פערי המידע המובנים האלה- בתוך מנגנון הביטוח. ברגע שמטילים חובת גילוי יודעים יותר וחלק מהדברים מתגלים וחלק לא.

➤ פערי מידע לרעת המבטח - "ברירה שלילית":

- ביסוד הביטוח עומדת ההנחה שדמי ביטוח ששולמו ע"י מבוטח שלא אירע לו מקרה ביטוח מועברות (באמצעות המבטחת) למבוטח אחר שסבל כתוצאה מהתרחשות מקרה ביטוח ולא ניתן לדעת מראש מי המבוטחים ה"מפסידים" ומי המבוטחים ה"מרווחים".
- בעיה של ברירה שלילית נוצרת עקב הפער במידע שקיים לרעת המבטח שלפיו, למבוטח גבוה סיכון יש תמריץ להציג עצמו כנמוך סיכון עמ"נ לשלם מחיר פרמיה מופחת ביחס לתוחלת הסיכון שלו (פער זה מנוצל במתכוון ע"י המבוטחים גבוהי הסיכון).
- בעקבות זאת מתחיל תהליך שבו חברת הביטוח אינה יכולה לשקף באמצעות פרמיית הביטוח את הסיכון האמתי שגלום בקבוצה של בעלי סיכון הגבוה:
- ככל שיותר מבוטחים גבוהי סיכון זוכים בכיסוי ביטוחי כאילו היו נמוכי סיכון, כך שיעור הנזקים לכלל המבוטחים גבוה מזה שצפו המבטחות.
- העלייה בהיקף התביעות תביא לייקור מחירי הפרמיות - והתוצאה תהיה הגדלת השיעור שבו יסבסדו המבוטחים נמוכי הסיכון את המבוטחים גבוהי הסיכון.
- בעקבות זאת, המבוטחים נמוכי הסיכון יבקשו לנשור מקבוצת המבוטחים, ומחירי הפרמיות ימשיכו לעלות בהתאם לעליה בממוצע הסיכון של הקבוצה וחוזר חלילה.
- בסוף התהליך - המבטחות יוכלו למכור ביטוח רק למבוטחים גבוהי סיכון וכתוצאה מכך עלול השוק להתמוטט.
- השפעה שלילית נוספת - תיתכן חסימת האפשרות לרכוש ביטוח בקבוצות מסוימות על רקע קושי לאפיין רמת סיכון – (למשל ביטוח בריאות בגיל המבוגר).

אם המבוטח יודע שקרה לו מקרה רפואי והוא רוצה להתקשר עם חברת ביטוח, הסיכון שלו הוא סיכון גבוה מאד - מבחינת התמריץ, יש למבוטח סיכון גדול והוא רוצה להציג סיכון נמוך כדי להקטין את הפרמיה, אם אני יודע שהסיכון שלי גבוה אני לא אשתף את חברת הביטוח כי אז היא תעלה את הפרמיה.

יש למבוטח תמריץ מובנה להציג את עצמו כגורם בעל סיכון נמוך כדי לשלם פרמיה נמוכה יותר. זה מה שנקרא "ברירה שלילית", המבוטח יודע שהוא בעל סיכון גבוה והוא מנסה להציג את עצמו כבעל סיכון נמוך. כשהמבוטח פועל כך ולא מגלה לחברת הביטוח שיש סיכון גבוה, שההסתברות שהסיכון יתרחש - חברת הביטוח לא יכולה לשקף בפרמיה שהיא לוקחת את הסיכון שהאמתי שגלום במבוטח או בקבוצה של המבוטחים ואז ברגע שהיא יוצאת מופסדת היא מעלה את הפרמיות וכולם מפסידים - מי שהוא בעל סיכון נמוך מסבסד את בעלי רמת הסיכון הגבוהים יותר, הוא מרוויח פחות ולכן ירוצה לצאת מהביטוח ואז חברות הביטוח מעלות את הפרמיות (כי יש פחות מבוטחים) עד שלבסוף נשארים רק המבוטחים בעלי הסיכון הגבוה ביותר.

ההנחה היא שדמי הביטוח ששולמו ע"י המבוטח, משקפים את המצב הביטוחי האמתי שלו ולא ניתן לדעת מראש מי הוא המבוטח שיצא מופסד מעסקת הביטוח ומי המבוטח בעל הסיכון הגבוה כי חברות הביטוח מפזרות את הסיכון. השפעה נוספת זה במקרים של ביטוחים בגיל מבוגר יותר שחוסמים לחלוטין את קבוצת המבוגרים להתקשר בחברת הביטוח, שהרי חברה שעושה ביטוח חיים יכולה להחליט אם לקחת את הסיכון או שלא ולהחליט שהיא לא לוקחת את הסיכון ולא מתקשרת בחוזה ביטוח עם מבוטחים מגיל מסוים.

➤ פערי מידע לרעת המבטח – "סיכון מוסרי":

- **סיכון מוסרי** Moral hazard - מתייחס לסיכון הנובע מאופי המבוטח וממצבו - כגון הרגלים, דרכי התנהגות, מצב כספי, וכד' - המביא לחוסר זהירות או חוסר הגינות, או כאשר עצם קיומו של הביטוח משפיע על התנהגותו ופעולותיו של המבוטח.
- המקור של המונח הוא בפוליסות לביטוח ימי הסטנדרטיות של לוידיס שקובעות שסיכונים היס מהוויים physical hazard מכוסים על ידה אך סיכונים הנובעים מ moral hazard אינם מכוסים.
- מבוטח תם לב אמור לנהוג ברכוש המבוטח כאילו היה בלתי מבוטח.
- דוגמאות: ספינת העבדים זונג.
- אם לפני כריתת חוזה הביטוח סיכון ההפסד שרביץ על המבוטח תמרץ אותו לנקוט באמצעי זהירות עמ"נ שהסיכון לא יתרחש, לאחר כריתת החוזה קטן חשש זה מבחינת המבוטח ולכן קטן התמריץ מבחינתו לנקוט באמצעי זהירות למזער סיכוי ההפסד (למשל לשמור על נכס בזהירות).

דרכים להתגבר על בעיית פערי מידע לרעת המבטח

הנחת הסף בפן התאורטי הוא שמבוטח תם לב אמור לנהוג ברכוש שלו כאילו הוא לא מבוטח. כלומר, זה שיש לו ביטוח, לא אמור לשנות את ההרגלים של האדם רק בגלל שהוא התקשר בביטוח. ז"א, אם לא הייתי מבוטח והסיכון היה עלי התנהגתי בצורה זהירה יותר ומאז שהתקשרתי עם חברת הביטוח אני מתנהג בצורה פחות זהירה- יש אלמנט של סיכון מוסרי כי הסיכון עבר לחברת הביטוח. מי ששינה את ההרגלים שלו באופן העלול להשפיע על הסיכון זה בפן של המורל הזרד (באנגלית במצגת).

כיצד מתמודדים עם זה? חלק מהדרכים להתגבר על פערי מידע לרעת המבטח:

- **להטיל חובת גילוי טרום חוזי רחבה על המבוטחים:**
 - לא ברור כמה הנחת היסוד שלמבוטח יכולת להעריך את רמת הסיכון שלו, ביחס למבוטחים אחרים, ואת הסתברות התרחשות הנזק על ידו משקפת אכן המצב לאשורו.
 - לחברת הביטוח עדיפות ברורה בניתוח המידע.
- להטיל עליהם לספר לחברת הביטוח מידע, על מנת שחברת הביטוח תוכל לאפיין את רמת המסוכנות של המבוטח. לא בטוח שהמבוטח יודע להגדיר מה רמת המסוכנות שלו בפן האובייקטיבי, אך, לחברת הביטוח יש עדיפות גבוה לנתח את הסיכונים, לקבל נתונים ועל יסודם להגיע למסקנה על רמת הסיכון שטבועה ברמת המבוטח, כל זאת לפני שלב ההתקשרות בחוזה הביטוח, בשלב החיתום ובשלב ההתקשרות ניתן להמשיך לאסוף פרטים.
- **איסוף מידע על התנהגות המבוטח במהלך החוזה** – למשל לחקור, לאחר התרחשות מקרה הביטוח, אם המבוטח נקט באמצעי הזהירות הנדרשים ממנו עפ"י החוזה.
- **קביעת תקופת אכשרה**- תקופת אכשרה מתחילה במועד ההצטרפות לביטוח ונמשכת לאורך תקופה המוגדרת בפוליסה. במהלך התקופה, המבוטח נדרש לשלם פרמיה עבור הפוליסה שרכש, אך אינו זכאי לתגמולי ביטוח עבור מקרה ביטוח שאירע בתקופה זו. דוג' ביטוח בריאות.
- מבוטח משלם פרמיה, אבל לא זכאי לתגמולי ביטוח. לדוגמא: תקופת אכשרה בביטוחי בריאות. אחת מהדרכים שאנחנו לא מתקשרים בעסקת ביטוח- באה להתגבר על בעיית המידע מבחינת המבטח.
- **להותיר חלק מהסיכון בנשיאת הנזק על המבוטח באמצעות חיוב בתשלום של השתתפות עצמית** –

- הסכום שעל מבוטח לשלם בעצמו עבור ההוצאה, מבלי שיקבל החזר מחברת הביטוח. קובעים השתתפות עצמית למבוטח, שמים את המבטח והמבוטח על ציר אחד כך שהאינטרס שלהם הופך להיות אינטרס משותף, שניהם נופלים בצורה כזו או אחרת בסיכון הביטוחי שנועד ליצור אצלם תמריצים לנהוג בנכס כאילו הוא לא מבוטח או בצורה זהירה יותר.
- מושג שיתוף מלא יותר באינטרסים בין המבטח למבוטח.
- תכלית מרכזית נוספת להשתתפות עצמית הוא שחרור המבטח מתשלום תביעות בסכום נמוך ובשכיחות רבה (מוזיל הפרמיה). מוציאים מהמשחק את התביעות בסכום נמוך ומכניסים רק תביעות בסכום גבוה. הנוסחה של תועלת הנזק עובדת טוב יותר.

מתח מובנה בין חופש ההתקשרות לעיקרון השוויון

אף אחד לא מחליט לחברות הביטוח עם מי להתקשר, אנחנו מחייבים עם המבוטח להתקשר בפוליסת ביטוח. לדוגמא: ביטוח רכב חובה- יש חובה על האדם המבוטח לעשות ביטוח חובה, במקביל יש אפשרות לחברות הביטוח לבחור אם לבטח את האדם או לא. הרעיון הוא שלחברת הביטוח זה גורם עסקי.

נשאלת השאלה- ביטוח זה מוצר חיוני ובסיסי, האם יש לחברת הביטוח חופש מוחלט להתנהל איך שהיא רוצה

או שהיא כפופה לנורמות מתחום המשפט הציבורי? אין דבר כזה חופש מוחלט, כל זכות חוקתית יש לכמת אותה אל מול אינטרסים אחרים, בין היתר של שיוון ואי הפליה. נניח, אני פותח מסעדה, אם אני פותח אותו לציבור יותר רחב הנטייה תהיה להחיל עליו את עקרונות השוויון ואי ההפליה. כלומר, ככל שאני נותן שירות בעל מאפיינים ציבוריים גדולים יותר, כמו מסעדה, כך החובות שלי לא להפלות גדולה יותר. אך, ככל שהדבר נוגע לדי' אמותיי, הדירה הקטנה שלי, הנטייה של המשפט הציבורי להתערב קטנה יותר- נותנים מקום לרצונות האדם, למרחב הפרטי והפנימי שלו.

לכאורה, לפי הניתוח הכללי הביטוח היה צריך להיות והיו צריכים להחיל עליו נורמות מהמשפט הציבורי, ביטוח זה שירות שפתוח לכולם, חברת הביטוח נותנת שירות רחב ולכן יש לה חובה בצורה שיוונית לא להפלות. לעניין המבוטח, יש לו ציפייה סבירה שלא יפלו אותו לרעה, אבל מצד שני, אנחנו יודעים שכל מנגנון הביטוח הוא לא רווח על תמחור הסיכונים ועל ההפרדה בין מבוטחים לפי רמת הסיכון שלהם.

נקודת המוצא היא שחברות ביטוח נהנות באופן עקרוני מחופש חוזים משיקולים עסקיים (אם להתקשר בביטוח או לא) ולקבוע את מחיר הפרמיה בהתאם לסיכון הביטוחי של המבוטח. האם חופש זה מוחלט או שכפוף

גם לערכים שמחוץ לעולם המשפט הפרטי: מצד אחד, שירותי הביטוח הוא שירות פתוח לכל ולא שירות פרטי ולכן הציפייה היא ששירות כזה יסופק לציבור על בסיס שוויוני ללא הפליה. מצד שני, הביטוח מעצם מהותו מבוסס על הפליה- חברות הביטוח מפלחות את מאגר המבוטחים לפי פרמטרים של סיכון, במטרה להתאים את פרמיית הביטוח למאפייני הסיכון של המבוטחים. כמו כן, כאשר חברת הביטוח אינה יכולה לבטא את הסיכון האמתי של המבוטחים בפרמיית הביטוח ובתנאי הביטוח, עלולות להיגרם התופעות של ברירה שלילית וסיכון מוסרי בהם דנו.

- יחסית למערב שבו איסור הפליה על חברות הביטוח רחב - חברות ביטוח בישראל נהנות מחופש רב יותר מחברות ביטוח בעולם לגבי שימוש במאפייני סיכון קבוצתיים, כגון מין, גיל, מוצא, ומקום מגורים.

המגבלות על השימוש במאפייני הסיכון חלות גם כאשר חברת הביטוח מסוגלת להצביע על קשר סטטיסטי וסיבתי מובהק בין השתייכות לקבוצה מסוימת לבין הסיכון הביטוחי. למשל בביטוח רכב, הבחנה בין מבוטחים בארץ על יסוד קריטריון המין (קיים קשר סטטיסטי מובהק בין מין למעורבות בתאונות). בביטוח חיים במרבית המדינות ניתן לעשות שימוש בקריטריון המין. דוגמא נוספת הפליה עפ"י אזור גיאוגרפי.

התחלנו לדבר על כך שהמאפיינים של השוק שחברות הביטוח פועלות בו הם מאפיינים ציבוריים ולכן נקודת המוצא היא שלא ניתן למצוא הצדקות לכך שחברות הביטוח השתמשו בנימוקים של דת, גזע או מין לתמחור ויש למבוטח ציפייה שלא יפלו אותו לרעה.

מצד שני, אמרנו, שעסקינן בתחום הביטוח שכל כולו מבוסס על תמחור של סיכונים שונים, על הבחנה בין מבוטחים עפ"י סטטוס הסיכון שלהם, מפזרים את הסיכון וקובעים את הפרמיה. דיברנו, על מה עלול לקרות אם לא נאפשר לחברות הביטוח לתמחר את הסיכון כמו שצריך - אדם יסווה את עצמו בצורה שיש לו פחות סיכון וכך חברת הביטוח לא תתמחר את הפרמיה כמו שצריך.

לכן, יש 2 אינטרסים מנוגדים:

- מצד אחד, יש תחום ציבורי, היינו רוצים לראות תחום של שיוון ללא הפליה.
- מצד שני, אנחנו רואים תחום שהתמחור הוא לב המוצר.

זאת בעיה שאין לה פתרון ולכן יש לעשות איזון בניהם. ניתן לראות שבעולם נקודת האיזון בין 2 האינטרסים נוטה לשמור על הסולידריות החברתית ועל ערך השוויון ופחות נותנים לגיטימציה להפליה בין מבוטחים על רקע דת, גזע, מין וכו'. בארץ לחברות הביטוח יש יותר חופש פעולה מאשר בחו"ל.

ההבדל בין ביטוח רכב לביטוח חיים - בביטוח רכב בעולם לא מתייחסים להבדל בין גבר ואישה לעומת בארץ, בביטוח חיים מתייחסים לזה שנשים חיות יותר מגברים. לדוגמא: הפליה עפ"י אזור גיאוגרפי - לעיתים חברות ביטוח מפלות עפ"י אזור גיאוגרפי.

קיימים 4 מקרים בהם המחוקק הישראלי אסר או הגביל את השימוש במאפייני סיכון

קבוצתיים בתחום הביטוח המסחרי:

- **סעיף 30 לחוק מידע גנטי** – [איסור הפליה גורף]

(ב) מבטח לא ישאל מבוטח או מועמד לביטוח (להלן - מבוטח) אם עבר בדיקה גנטית ולא יבקש ממבוטח תוצאות של בדיקה גנטית או לעבור בדיקה גנטית.

(ג) נוסף על הוראות סעיף קטן (ב) לא יעשה מבטח שימוש במידע גנטי מזוהה או בסירוב למסור לו מידע כאמור, כדי לסרב, לדחות או להתנות את הכיסוי הביטוחי של אדם, להגדיל או להקטין את שיעור דמי הביטוח, או להשפיע על תנאי הביטוח בדרך כשלהי.

ס' 30 לחוק המידע הגנטי - לא ניתן לדרוש לעבור בדיקה גנטית למבוטח כל נושא הבדיקות הגנטיות הם מחוץ לתחום הביטוחי. חברות הביטוח לא יכולות לחייב לעשות בדיקות גנטיות.

• **חוק ביטוח רכב מנועי (ביטוח בתנאי תחרות מבוקרת והסדרים לתקופת מעבר), התשנ"ז-1997 – [איסור הפליה על בסיס דת, גזע לאום בביטוח החובה לרכב]**

11א. (א) שר האוצר, בהתייעצות עם שר המשפטים ושר התחבורה, רשאי לקבוע הוראות בדבר הקמה וניהול של מאגר מידע אשר ישמש להערכת עלות הסיכונים בענף ביטוח רכב מנועי; מידע לפי סעיף זה יימסר גם לרשות, לפי דרישתה.

(ב) תקנות לפי סעיף זה יכללו, בין השאר, הוראות בדבר –

חובת מבטח למסור מידע למאגר המידע, ובלבד שמידע זה לא יכלול פרטים מזהים על המבוטחים או מידע בדבר דתם, לאומם או מוצאם;

חוק ביטוח רכב מנועי- ביטוח חובה. שר האוצר בהתייעצות רשאי לקבוע הוראות. בהקשר הזה החוק סייג באופן מפורש את ההבחנה על בסיס דת לאום או מוצא. אסור להפלות בהקשר הזה הגם שיש מתאם סטטיסטי (קורלציה).

• **חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, תשנ"ח-1998 [אין איסור הפליה אלא העברת נטל ההוכחה]**

19לה. (א) מתן יחס שונה בחוזה ביטוח (בסימן זה – יחס שונה) לא יהווה הפליה לפי פרק זה, אם הוא מבוסס על נתונים אקטואריים, נתונים סטטיסטיים, מידע רפואי, או מידע אחר, שהם אמינים ורלוונטיים להערכת הסיכון הביטוחי המסוים, ומתן יחס זה סביר בנסיבות העניין.

כלומר, לא מדובר באיסור להפלות אנשים עם מוגבלות, אלא בהעברת נטלי הוכחה - בכל מקרה בו נטענת טענת הפליה – על החברה להוכיח כי ההפליה מעוגנת בנתונים רפואיים או סטטיסטיים – נועד למנוע המקרים שסירוב לבטח נעוץ ברצון לחסוך את המשאבים שכרוכים בביצוע הערכה מקצועית של הסיכון.

חוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות- מקום נוסף שהמחוקק מצא להתערב- שלמעשה אין איסור לאבחן את אנשים עם נתונים אחרים, מה שכן יש להראות שעשתה תהליך של שקידה, אמדה את הסיכון בצורה סבירה. הסעיף בא להבטיח אם שנקבעה פרמיה גבוהה היא נקבע על בסיס בדיקה שנעשתה ולא נפנפו את האנשים על מנת לא להיכנס בכלל לביטוח הזה.

• **חוק איסור הפליה במוצרים, בשירותים ובכניסה למקומות בידור ולמקומות ציבוריים, השס"א- 2000 [ספק אם משנה]**

3(א) - "מי שעיסוקו בהספקת מוצר או שירות ציבורי..., לא יפלה בהספקת המוצר או השירות הציבורי... מחמת גזע, דת או קבוצה דתית, לאום, ארץ מוצא, מין, נטייה מינית, השקפה, השתייכות מפלגתית, מעמד אישי, הורות או מוגבלות".

[שירות ציבורי", כהגדרתו בחוק, כולל גם "שירותים פיננסיים", דהיינו "שירותי בנקאות, מתן אשראי וביטוח"]

3(ד)(1) - "אין רואים הפליה לפי סעיף זה - כאשר הדבר מתחייב מאופיו או ממהותו של המוצר, השירות הציבורי או המקום הציבורי".

חוק איסור הפליה במוצרים, בשירותים ובכניסה למקומות בידור ולמקומות ציבוריים- לכאורה מדובר בסעיף רחב ולא ניתן להפלות. אך קיימים סעיפים מסייגים.

פרט למקודים אלה אין הסדרה שבהם המחוקק קבע שבהם הוא מכיל איסור על התחשבות בנתונים מסוימים לצורך קביעה של הסיכון הביטוחי.

יתרונות מנגנון הביטוח

➤ ברמת הפרט:

- ביטחון פיננסי - משחרר את המבוטח ובני משפחתו מהדאגה והחרדה שבחשיפה לסיכונים ע"י פיזור של נזק שנגרם לאדם הבודד על פני קבוצה גדולה של אנשים. דיברנו על השחרור מהדאגה שהביטוח נותן לפרט וציינו שהביטוח מאשר לאדם לבצע פעולות שללא מנגנון הביטוח לא היה מבצע. לדוגמא היה נזהר יותר.
- מאפשר ביצוע פעולות הכרוכות בנטילת סיכון שללא ביטוח היה נמנע או לא יכול לבצעם – לדוגמא, קושי ברכישת דירה - ביטוח החיים כדרישה לקבלת משכנתא. להתקשר במשכנתא- אם לא היה לו את ביטוח החיים ספק אפ היו נונים לו את ההלוואה.

➤ ברמת החברה:

- הביטוח מאפשר לא להפוך פרטים על נטל החברה, אם זה בהקשר הפנסיוני ביטוח חיים. אם נגיד אב שמפרנס את המשפחה נפטר.
- מאפשר פיזור סיכונים ובכך מעודד פעילות יצרנית ועסקית, שלולא ביטוח לא הייתה מתקיימת (או הייתה מתקיימת במחיר גבוה מהמחיר כיום שהייתה מביאה להקצאה לא יעילה של המשאבים במשק).
- חשיבות של הביטוח בהיבט זה דומה לזו הקיימת בעקרון המשפטי של חברה בע"מ, ושל התפתחות המערכת הבנקאית המאפשרת לאשראי לזרום בחופשיות.
- מונעת הפיכתם של פריטים לנטל על החברה. דוגמא אחרת לרציונל זה - מתן הטבות המס ע"י המדינה לחיסכון הפנסיוני.
- מסייע להכתיב נורמות התנהלות וזהירות ברשות הפרט – למשל, חיוב בית עסק להתקין מתזי מים במקרה שריפה או חיוב קיום בדיקות רפואיות עיתיות.

מאפייני חוזה הביטוח המסחרי

קיומו של חוזה

חוק חוזה הביטוח מגדיר מהות חוזה ביטוח = כ"חוזה בין מבטח למבוטח המחייב את המבטח, תמורת דמי ביטוח, לשלם, בקרות מקרה הביטוח תגמולי ביטוח למוטב (ס' 1).

ס' 1 לחוק חוזה ביטוח מגדיר מהו חוזה ביטוח. אמרנו שהמוטב הוא גם המבוטח, אלא אם כן נקבע בפוליסה אחרת. הדרישה הראשונה והמשמעותית ביותר היא שיהיה חוזה- אם אין חוזה אין ביטוח.

ביטוח = התחייבות ברורה וחד משמעית לפצות בתוך חוזה מחייב.

- דרישת קיומו של חוזה והתחייבות – תנאי הכרחי להשתכללות עסקת הביטוח.
 - אם נעדרה התחייבות משפטית מחייבת מצד חברת הביטוח בחוזה (למשל פיצוי בשיקול דעת) - לא מדובר בביטוח.
- הביטוח אינו מוצר גשמי אלא למעשה התחייבות חוזית לשאת בסיכונים עתידיים בתנאים הקבועים בחוזה הביטוח (חוזה הביטוח אינו הסכם הנלווה למוצר אלא המוצר עצמו) – לכן יסוד החוזה הוא בלב ההתקשרות הביטוחית.
- ההתחייבות נובעת גם מכך שבביטוח אין מוצר גשמי פיזי.** נניח הולכים לקבלן ורוצים לרכוש דירה ואגב רכישת הדירה מתקשרים בחוזה. יש מוצר- הדירה הוא הממכר. החוזה נלווה למכר. לעומת זאת, בביטוח החוזה הוא המוצר- יש התקשרות שבנסיבות מסוימות הביטוח יפצה את המבוטח. נשארים רק עם חוזה הביטוח ביד- זהו חשיבות קיומו של חוזה הביטוח.
- מרכזיות מרכיב החוזה בביטוח נלמדת גם משמו – (מלכתחילה בעת הגשת החוק לכנסת הוא נקרא "חוק הביטוח" אך בשלבים מאוחרים יותר שונה שמו).
 - קיומו של החוזה מאפשר אכיפה של ההתחייבויות הכלולות בו מכוח החוק, ומאפשר הוודאות של מנגנון העברת הסיכון ופיזורו.
 - קיומו של החוזה מאפשר את המסגרת הסעדים של חוק החוזים תרופות ואת הוודאות שהמבוטח משלם כסף וחברת הביטוח מתחייבת לשלם לי כסף בהתקיים האירוע הביטוחי.
 - פן נוסף של היסוד האובליגטורי משתקף בכך שלחוזה הביטוח יש אופי אישי – הזכויות אישיות עפ"י מהותן ואינן ניתנות להעברה.
- בפן החוזי אנחנו יכולים לראות שהסיכון של המבוטח מתומחר באופן ספציפי לפי תוחלת הנזק והמשמעות היא שאם יש שינוי בזיהוי המבוטח, אז נשמטת ההתחייבות החוזית של המבטח כי הביטוח הוא פר אדם, פר מבוטח באופן אישי. כשמתקשרים בחוזה ביטוח יש התקשרות אישית כך שלא יכול לבוא גורם אחר בנעללי כי התמחור הוא אישי פר אדם.
- שינוי של זהות המבוטח ללא הסכמת המבטח שומט כעקרון ההתקשרות החוזית מאחר שחוזה הביטוח מבוסס על אומדן סיכונים ביחס למבוטח ואורח חייו. לכך יש חריגים, למשל:
 - הסדר ספציפי: ביטוח רכב חובה- מבוטח מעבור את הבעלות- האם מי שרכש את הרכש מכוסה מכוח הפוליסה של המבוטח? ס' 13 לפקודת ביטוח רכב מנועי- בהנחה שהסיכונים הספציפיים של המבוטח זה שבא בנעללי שונים באופן קיצוני מהסיכונים שאני לקחתי.
 - בביטוח רכב חובה, קיימת הוראה מפורשת בסעיף 13 לפקודת ביטוח רכב מנועי הקובעת כי העברת הבעלות ברכב אינה פוטרת את המבטח מחבותו בתנאי הפוליסה המקורית, אלא אם לא ידע על ההעברה והיה נמנע מנימוקים סבירים לבטח את הבעלים החדש.
 - כאשר עוסקים בחוזי ביטוח שבהם לממד האישי של המבוטח אין כל השפעה על הסיכון המכוסה – כגון סיכון רעידת אדמה – אזי ככל הנראה אין הצדקה שלא להכיר בתחולת הפוליסה על הנעבר. כשמדובר על ביטוח שאין לו מימד אישי- אין בעיה להעביר את הביטוח לנעבר.

חוזה ביטוח

על חוזה ביטוח, ככל חוזה, חלים דיני הכריתה הכלליים בחכ"ל המחייבים מפגש רצונות המכיל גמירת דעת ומסוימות:

גמירת דעת – כוונה ורצון מגובש להתקשר בחוזה ביטוח מחייב והמבחן הוא מבחן חיצוני של הצהרה.

מסוימות – שההצעה תהיה מפורטת דיה ותכלול הפרטים החיוניים שיאפשרו כריתת החוזה בקיבול ההצעה.

חוזה הביטוח יכול שייכרת בכתב ויכול שייכרת בע"פ.

- הפוליסה היא עדות לקיום החוזה ועיגון מפורט ומשלים של ההסכמה החוזית במסמך מחייב בכתב.
- סעיף 2(א) "נכרת חוזה ביטוח, על המבטח למסור למבוטח מסמך חתום בידי המבטח המפרט את זכויות הצדדים וחיוביהם (להלן – פוליסה)..."
- סעיף 2(ב) מציין שכל עוד לא נמסרה הפוליסה לידי המבוטח יראו כמוסכמים בין הצדדים את התנאים הנהוגים באותו סוג ביטוח אצל אותו מבטח, כפי שהוגשו לממונה לפי חוק הפיקוח על הביטוח... זולת אם הוסכם על סטייה מהם.
- בפועל במקרים רבים קודמת לפוליסה רק הצעת ביטוח וקשה לאתר את מועד חוזה הביטוח (שהוא קיבול ההצעה) ולכן פוליסת הביטוח תהווה למעשה קיבול ההצעה.

פסה"ד נועם אורים - התנאים להתקשרות בחוזה ביטוח נדונו בפסק הדין: נועם אורים הינה שותפות העוסקת בייצור ובשיווק מצעים, שקי שינה, שטיחים וכיוצא בזה, ומחזיקה מפעל המצוי בקיבוץ אורים. המפעל החזיק בפוליסת ביטוח של חברת כלל. לקראת תום מועד הפוליסה יצרה נועם אורים קשר עם סוכנות לביטוח עמ"נ להתקשר עם אליהו חברה לביטוח (המערערת) בחוזה ביטוח שמבוסס על תנאי ההתקשרות עם כלל. ב- 17.11.87, יומיים לאחר פקיעת הפוליסה פרצה דליקה במפעל עקב קצר חשמלי, ובעקבותיה נשרף המפעל כליל. לטענת נועם אורים ב- 15.11.87 נקשר בינה ובין אליהו חוזה ביטוח בעל-פה באמצעות סוכנות הביטוח ולפיכך הם מכוסים על פיו לגבי הנזקים שנגרמו למפעל. לטענת אליהו לא נחתם חוזה מחייב בין הצדדים. בית המשפט המחוזי קבע כי בין הצדדים נקשר חוזה ביטוח, ומכאן הערעור לביהמ"ש העליון.

פסה"ד זה נוגע בשאלה של התנאים של חוזה ביטוח, מה בין חוזה הביטוח לבין הפוליסה. **ההלכה בעקבות פסה"ד** היא שמקיימים את דרישת המסוימות אם קיימים את המרכיבים הבאים: זהות המבוטח, זהות המבוטח, וכו'.

ביחס לגמירת הדעת קבע ביהמ"ש קמא לאחר שבחן את העדויות שהובאו לפניו (בין השאר מספר שיחות טלפוניות בין הצדדים) כי הצדדים גילו את דעתם להתקשר בחוזה מחייב.

ביחס לדרישת המסוימות קובע בית המשפט: "חוק חוזה הביטוח אינו קובע מפורשות הגדרה מיוחדת של חוזה ביטוח, המפרטת את מרכיביו השונים. יחד עם זאת ייתכן כי אפשר ללמוד מסעיף 1 לחוק מה הם המרכיבים הדרושים: חוזה ביטוח הוא חוזה בין מבטח לבין מבוטח המחייב את המבטח תמורת דמי ביטוח, לשלם, בקרות מקרה הביטוח, תגמולי ביטוח למוטב.

מכאן שיש צורך בחוזה; מבטח; מבוטח; קביעת דמי הביטוח; קביעת האירוע בגינו ישולמו התגמולים למבוטח, וקביעת שיעור התגמולים...

מרכיבים אלו: זהות המבטח, זהות המבוטח, מהות הסיכון המכוסה, משך תקופת הביטוח, שיעור הפרמיה ושיעור תגמולי הביטוח בעת אירוע מקרה הביטוח הוסכמו בין נועם אורים לבין אליהו.....”.

כריתת החוזה מחייבת מפגש רצונות של גמירת דעת ומסוימות. גמירת דעת של רצון וכוונה להתקשר בחוזה משפטי מחייב ומסוימות ע"מ שיהיו די פרטים שיאפשרו את כריתת החוזה בקיבול והצעה. יסודות אלה חלים גם על עולם הביטוח. חוזה ביטוח לא חייב להיכרת בכתב, אלא, יכול להיות גם בע"פ, גם שיחה טלפונית, אך, הפוליסה חייבת להיות בכתב.

חוזה הביטוח הוא ההסכם הראשוני בין המבוטח לבין חברת הביטוח והפוליסה היא עדות לקיום החוזה והוא למעשה העיגון המשפטי בכתב שמשלים ומפרט את כל הפרטים של ההסכמה החוזית. בד"כ המבוטח יוצר קשר עם נציג הביטוח, המציע זה המבוטח והניצע זה חברת הביטוח- המבוטח מציע לחברת הביטוח, אשר היא זו שמחליטה את הפרמיה והיא זו שמחליטה אם לקבל או לא את המבוטח, היא זו שמחליטה חוזה הביטוח ורק בשלב מאוחר יותר מגיע הפוליסה.

לכן, קשה לדעת מתי היה קיבול ההצעה ונכרת חוזה ביטוח ולכן ניתן לראות שמשלוח הפוליסה הוא גם קיבול ההצעה. קשה לאפיין את הנקודה המסוימת של הקיבול. פוליסה זה רק מסמך שמעיד על קיומו של חוזה.

דרישה לקיומה של זיקת ביטוח

לצורך כריתת חוזה ביטוח נדרש שתהיה זיקה בין המבוטח או המוטב ובין מושא הביטוח. זיקה פירושה כי האירוע הביטוחי גרם נזק למבוטח או למוטב – ולא שמדובר בנזק לאדם שלישי, שלמבוטח או למוטב אין קשר אליו. לא די בקיומו של נזק – נדרשת זיקה של הנזק למבוטח או למוטב.

זיקת המבוטח לנכס אינה חייבת להיות מעוגנת בזכות קניינית או חוזית מוכרת ודי שהפגיעה בנכס הסבה למבוטח או למוטב מידה מסוימת של נזק. זיקה לנכס יכולה להתבטא בהיות המבוטח שוכר, משכיר, שומר, מלווה, רוכש, חייב, נושה או כל מי שיש לו אינטרס במושא הביטוח ועלול להינזק מקיום מקרה הביטוח.

כדברי ביהמ"ש העליון בע"א 66/91 בעניין בידרמן 397, 404-407: "חובת המבטח אינה מותנית באופייה של הזיקה הקניינית של המבוטח לנכס (למשל בעלות), ולא באופי הנזק שנגרם ובשווי הנקוב בפוליסה. משניזוק נכס על ידי סיכון המבוטח בפוליסה, ולמבוטח עניין מסוים בנכס, אין נפקא מינה מיהו המבוטח, והמבטח אחראי בגין הנזק המכוסה ע"י הפוליסה עד לגבול סכום הביטוח".

לשם מה נדרשת זיקת ביטוח?

- ללא עיקרון הזיקה יכול היה חוזה הביטוח להפוך לחוזה התערבות או הימור.
- במקרים מסוימים עלול היה אף לעודד אנשים בעלי מוסר מפוקפק לגרום או לתרום לאירוע נזק ולמקרה הביטוח במתכוון.
- בביטוח נכסים, הדרישה כי תהיה זיקת ביטוח בין המבוטח לבין מושא הביטוח מעוגנת בסעיף 55 (א) לחוק חוזה ביטוח שקובע כי "בביטוח נכסים חייב המבטח לשפות בעד נזק שנגרם למבוטח או למוטב מחמת שהנזק המבוטח אבד או ניזק".

- בתחום ביטוח חיים, בא עיקרון זה לביטוי בסעיף 42(א) לחוק כי ביטוח חייו של אדם זולת המבוטח, טעון הסכמה בכתב של אותו אדם – נועד למנוע החשש שאדם יבטח את חייו של אחר ולאחר מכן יגרום למותו כדי לזכות בתגמולי הביטוח.

לא מדובר בנזק לאדם שלישי סתם, אלא נזק של המבוטח או של המוטב שיש להם קשר אליו והוא נפגע ממנו באופן ישיר. לדוגמא: במאה הקודמת לא רווחה גישה לזיקת הביטוח וראינו חוזי ביטוח שבהם אדם התקשר בפוליסת ביטוח, נניח אישיות ציבורית מוכרת ותנאי הפוליסה שלו אומרים שאם הוא ימות, השומר שלו מקבל את דמי הביטוח. מדובר בהימור שיכול להוות תמריץ להתרחשות מקרה הביטוח. מספיק שיהיה נזק שנגרם למבוטח.

הזיקה יכולה להתבטא שאני שוכר, שומר, משכיר בעלים.

דמי ביטוח (פרמיה)

דמי הביטוח הם הסכומים המשתלמים למבטח תמורת התחייבותו לשלם למבוטח, בקרות מקרה הביטוח, את תגמולי הביטוח. שיעור דמי הביטוח הוא פועל יוצא של מבחן תוחלת הנזק. חברת ביטוח קובעת את גובה הפרמיה שישלם כל מבוטח לפי מאפייני סיכון אישיים.

לפי ס' 14(א) דמי הביטוח ישולמו עם כריתת החוזה או תוך זמן סביר לאחר מכן, ואם נקבעו לתקופות קצובות - בראשית כל תקופה". עם זאת, התשלום עצמו בפועל אינו תנאי שבלעדיו לא ייכרת חוזה - ואם לא הותנה בין הצדדים כי יצירת החוזה מותנית בתשלום, אזי מספיקה עצם ההסכמה על שיעור הפרמיה והתחייבות המבוטח לשלמה. בביטוח רכב חובה, תשלום הפרמיה הוא תנאי לכניסת הביטוח לתוקף. ביטול חוזה ביטוח בגין אי תשלום דמי ביטוח במועד שנקבע אפשרי, אך לא באופן מיידי:

סעיף 15(א) קובע שאם לא שולמו דמי הביטוח או חלק מהם במועדם ולא שולמו גם תוך 15 ימים לאחר שהמבטח דרש מן המבוטח בכתב לשלם, רשאי המבטח להודיע למבוטח בכתב כי החוזה יתבטל כעבור 21 ימים נוספים אם הסכום שבפיגור לא ישולם לפני כן.

דמי הביטוח יכולים להיות שונים בין מבוטח ומבוטח והם **משקפים את תוחלת הסיכון**. התשלום בפועל של דמי הביטוח, זה לא תנאי שבלעדיו לא יכרת החוזה. כלומר, הצדדים יכולים לקבוע שהתשלום בפועל יהיה בשלב מאוחר יותר, העיקר שהסכימו על מנגנון לתשלום הביטוח. סעיף דיספוזיטיבי שמאפשר הסכמה של הצדדים למועד אחר ולא הכרח במועד ההתקשרות.

החריג הוא ביטוח חובה.

מאפיין ביטוח - מקרה הביטוח

מקרה הביטוח הוא האירוע אשר כלפי התרחשותו ותוצאותיו נעשה הביטוח. על מנת שהפוליסה תכסה אירוע כלשהו, חייבים להתקיים תנאים מסוימים המוגדרים כ"מקרה הביטוח" בפוליסה. הפוליסה מגנה מפני נזק הנובע מהתרחשות מקרה הביטוח במהלך תקופת הביטוח.

חוק חוזה הביטוח מגדיר 6 סוגים עיקריים של מקרי ביטוח:

- **ביטוח חיים** - בביטוח חיים מקרה הביטוח הוא מותו של המבוטח או של זולתו או הגיעם לגיל מסוים או מקרה אחר בחייהם (סעיף 41 לחוק חוזה הביטוח).
- **ביטוח בריאות** - בביטוח תאונות מקרה הביטוח הוא תאונה שקרתה למבוטח, בביטוח מחלה - מחלה שחלה בה, ובביטוח נכות - נכות שלקה בה (סעיף 53 לחוק חוזה הביטוח).
- **ביטוח כללי** - בביטוח נכסים האירוע המבוטח הינו נזק שנגרם למבוטח מחמת שהנכס אבד או ניזק (סעיף 55 לחוק חוזה הביטוח), ובביטוח אחריות מקרה הביטוח הוא חבות כספית שהמבוטח עשוי להיות חייב בה לצד שלישי (סעיף 65 לחוק חוזה הביטוח).

מאפייני חוזה הביטוח - אפיון נוסף תגמולי ביטוח - שיפוי ופיצוי

תגמולי הביטוח יכולים להשתלם על דרך של שיפוי הנזק שנגרם בפועל או להשתלם על פי שיעור מוסכם מראש (פיצוי). עיקרון השיפוי (בביטוח נכסים ובביטוח אחריות):

שיפוי ➤

אחד מהעקרונות הבסיסיים של הביטוח הוא, שזהו מכשיר שהתכלית שלו היא להביא אותך למצב בו היית אלמלא האירוע הביטוחי, ולא לשפר את מצבך. כלומר, המבוטח אינו יכול להיפרע יותר מאשר הפסדו הכספי שנגרם לו בשל האירוע שמפניו בוטח, כשהשיפוי מבוסס על הערך האובייקטיבי של הנכס ביום קרות האירוע (בהורדת פחת) עד גבול תקרת הפוליסה. שהרי, אין זה רצוי שהמבוטח יהיה נשכר ממקרה נזק, כגון שריפה בביתו כי אחרת היו עלולים להתרבות השריפות..

מנגנון פיזור הנזק והאומדנים הסטטיסטיים שבמנגנון הביטוח מושתתים על ההנחה שמחיר הביטוח אמור לשקף את תוחלת הנזק וסטייה מהנחה זו במקרים רבים עלולה לעוות תחשיבים אלו ובלשון **סעיף 56(ג) לחוק חוזה ביטוח**: "תגמולי הביטוח יחושבו באופן שיביאו את המוטב ככל האפשר למצב שהיה בו אילו לא קרה מקרה הביטוח".

לעיקרון השיפוי יש חריגים מועטים המתייחסים לשיפוי בשיעור מוסכם ואז הצדדים רשאים במקרים מסוימים להסכים כי תגמולי הביטוח יהיו כמוסכם ולא עפ"י הנזק בפועל (סעיף 56(ד) לחוק) – אולם פוליסות מסוג זה אינן שכיחות ומקובלות בעיקר בביטוח נכסים שקשה להוכיח את שווים באופן אובייקטיבי או פריטים בעלי ערך רגשי לבעליהם.

הצדדים יכולים גם להסכים על מנגנון של חדש תמורת ישן, לפיו השיפוי שיינתן יתייחס לנכס חדש במקום הישן, תוך שהמבוטח משלם פרמיה המתייחסת לנכס בערכו כחדש (הוא ערך הכינון). התנאי שנשלם את הפרמיה כאילו מדובר בנכס חדש ולא בנכס כפי שהוא.

השיפוי יכול להתקבל על ידי תשלום כספי בעד הנזק או תיקון הנזק/מתן שירות (שיפוי בעין), בדרך כלל עפ"י החלטת חברת הביטוח.

עיקרון השיפוי - בעיקר בתחום ביטוח רכוש שבו ניתן להעריך במדויק את שווי הנזק הכלכלי כתוצאה מקרות אירוע הביטוח.

השיפוי מביא לידי ביטוי עיקרון חשוב בעולם הביטוח- שהתכלית של הביטוח היא להביא אותנו למצב שבו היינו אלמלא ארע האירוע הביטוחי ולא להעשיר את האדם מעבר לנזקו. השיפוי מבוסס על הערך האובייקטיבי של הנכס ביום קרות האירוע. לומר, אם יש לי נכס מבוטח, זה לא הנכס החדש אלא הנכס ביום קרות האירוע כי מורידים את הפחת שלו.

הרציונל של עיקרון השיפוי הוא "עיוות" תמריצים". אם נאפשר למתן פיצוי למבוטח מעבר לנזקו אנחנו מעניקים תמריץ לאדם לגרום לנזק יותר גדול. בנוסף, כל התחשיבים של הביטוח פיזור הנזק וכו' מבוססים על תחשיב תוחלת הנזק ואם נחרוג מהתחשיב ביותר מידי מקרים ונלך על סכום מוסכם מראש בין הצדדים התחשיבים יעוותו.

➤ **פיצוי**: (ביטוח חיים וחלק מביטוחי הבריאות- חלק מהמוצרים של ביטוח בריאות)

עיקרון השיפוי הוא אינו חל בתחומים בהם קשה או לא ניתן לאמוד במדויק את גובה הנזק הכלכלי שנגרם או כאשר לא ניתן לתת ערך כספי ששלא ניתן להעריך- לדוגמא חיי אדם, כך שיוצא שגם אדם שמרוויח שכר מינמום יכול בטח את חיו).

- **בביטוח חיים**- הסכום שמקבל המבוטח או המוטב אינו קשור בדרי"כ לשיעור הנזק שנגרם אלא לסכום שנקבע מראש בהסכמה (בלא מגבלה) ואין מדובר בחוזה ביטוח של שיפוי.

➤ **בביטוח בריאות** - מקצתו נושא אופי של ביטוח נזקים ומקצתו נושא אופי של ביטוח חיים – ניתנים תגמולי הביטוח משני סוגים – האחד, לפי שיעור הנזק שנגרם עליהם חל עיקרון השיפוי, והשני לפי שיעור מוסכם מראש הדומים במהותם לתגמולים לפי ביטוח חיים ולפיכך עיקרון השיפוי לא חל עליהם.

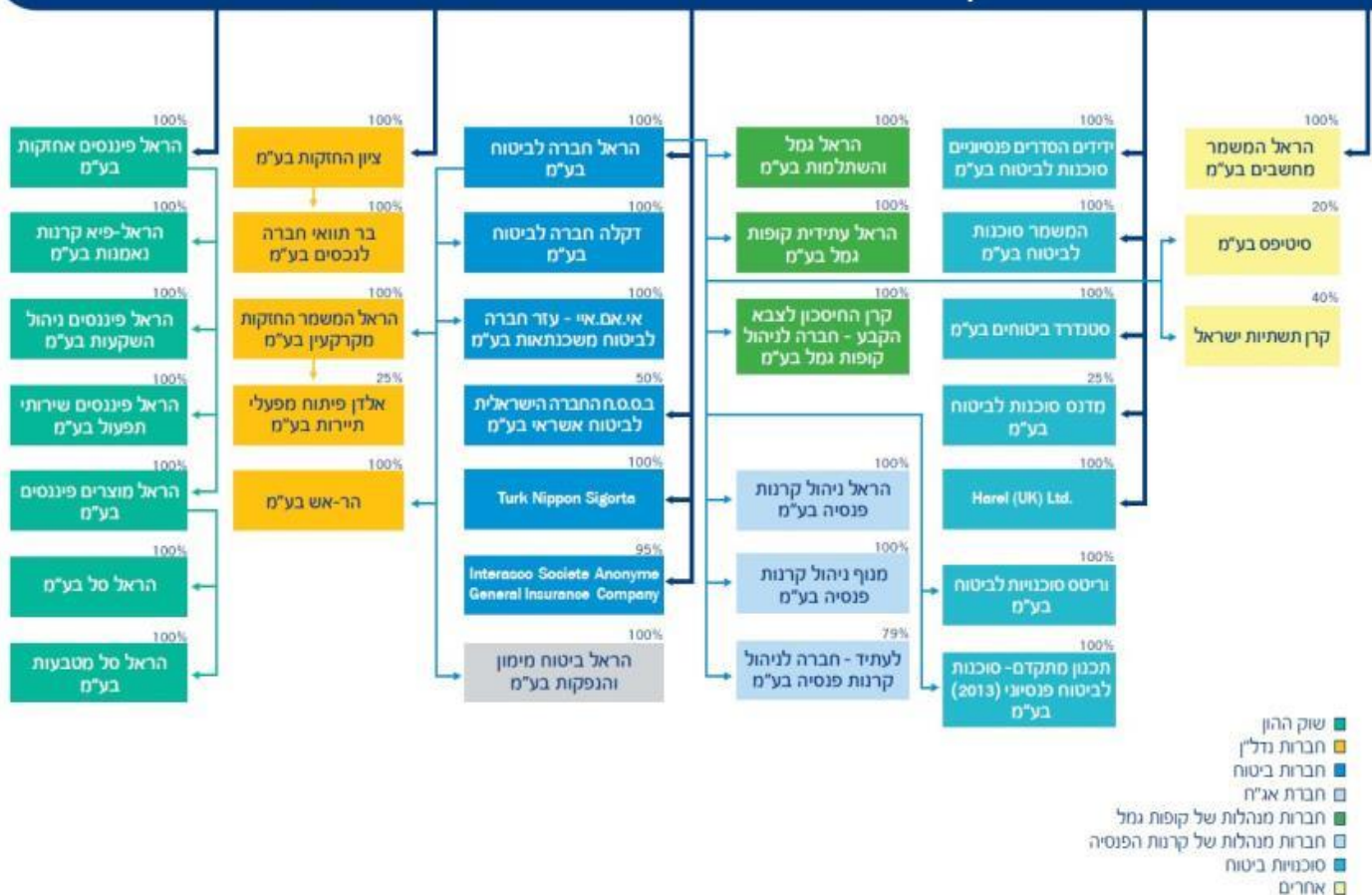
שוק הביטוח בישראל

סה"כ התוצר = השירותים והמוצרים במשק. ענף הביטוח בישראל מגלגל כ- 54,650 מיליארד ₪ שהם כ- 4.75% מהתוצר המקומי הגולמי. בישראל פועלות היום 24 חברות ביטוח בכל ענפי הביטוח: **ביטוח כללי, ביטוח בריאות וביטוח חיים**. חמש חברות ביטוח גדולות: מגדל, הראל, כלל, מנורה והפניקס. חלק מחברות הביטוח מוחזקות על ידי חברות אחזקה העוסקות במגוון נושאים בשוק ההון (קבוצות ביטוח).

כשמשווים את שיעור הפרמיה בענפי הביטוח הכללי ובבריאות ביחס לתוצאה בישראל ובמדינות אחרות בשנת 2014- מדינת ישראל נמצאת במקום טוב.

רוב הפוליסות הן פוליסות תקניות הנקבעות ע"י השר, מדובר בתקנות ששר האוצר קבע וחברות הביטוח כפופות להם ולא יכולים לרדת מאיכות התקנות אלא לתת רק יותר.

הראל השקעות בביטוח ושירותים פיננסיים בע"מ



הביטוח בישראל - ענף הביטוח הכללי

כל מה שלא נופל בבטוח חיים ובביטוח בריאות נופל בביטוח כללי - שהינו שיוכי. ענף הביטוח הכללי כולל את כל מוצרי הביטוח שאינם נכללים בענפי ביטוח בריאות או ביטוח חיים ומתרכז בשלושה תחומים עיקריים:

- **ביטוחי רכוש** – רכב-רכוש, דירות, אובדן רכוש, בתי עסק, ביטוח הנדסי וכד'.
- **ביטוחי חביונות** – רכב חובה, אחריות מקצועית, צד ג', אחריות מעבידים וכד'.
- **ביטוחי פיננסיים** – ביטוח אשראי, ערבויות וכד'.

בתחום הביטוח הכללי 16 חברות - סך דמי הביטוח שגבו החברות הסתכמו ב-19.8 מיליארד ש"ח.

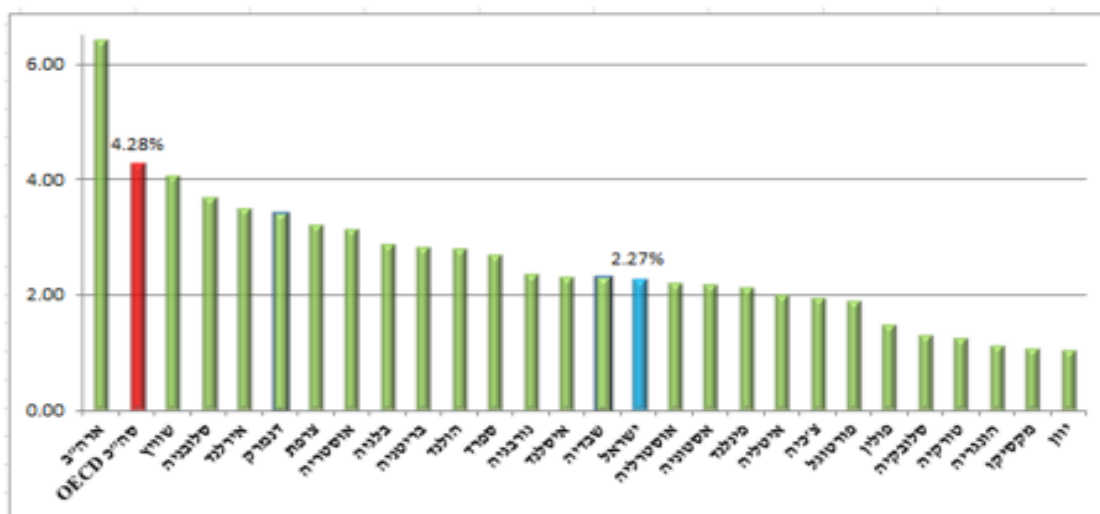
דמי ביטוח (מיליוני ₪) בחלוקה למוצרים

התפלגות לפי ענפים			שינוי בדמי הביטוח			2015	2014	2013	2012	
2015	2014	2013	2015/2014	2014/2013	2013/2012					
35.8%	34.8%	34.1%	5.4%	4.9%	6.1%	7,082	6,720	6,405	6,035	רכב רכוש
23.7%	24.4%	24.7%	-0.6%	1.8%	-0.1%	4,693	4,719	4,635	4,638	רכב חובת
10.0%	10.6%	11.1%	-3.3%	-1.5%	8.1%	1,985	2,051	2,082	1,926	אובדן רכוש+מקיף בתי עסק
8.2%	8.3%	8.4%	0.7%	2.5%	3.6%	1,620	1,608	1,569	1,515	מקיף דירות
1.1%	1.2%	1.2%	-1.0%	-3.2%	-0.9%	222	224	232	234	בנקים למשכנתאות
5.7%	5.7%	5.7%	3.2%	2.3%	3.3%	1,128	1,093	1,068	1,034	אחריות מקצועית
4.6%	4.5%	4.3%	5.6%	6.7%	4.7%	910	862	808	772	צד ג'
1.2%	1.2%	1.2%	4.1%	6.0%	-2.8%	246	236	223	229	אחריות המוצר
0.2%	0.1%	0.1%	56.8%	-11.2%	41.0%	31	20	22	16	ענפי עודף אחרים
3.0%	2.9%	2.8%	6.8%	4.5%	-13.0%	593	555	531	611	סיכונים אחרים
2.5%	2.5%	2.4%	2.6%	7.0%	4.2%	499	486	454	436	אחריות מעבידים
2.1%	2.1%	2.1%	1.0%	1.9%	-1.6%	412	408	400	407	ביטוח הנדסי
0.9%	0.9%	0.9%	2.3%	0.3%	-6.0%	174	170	169	180	מטענים בחובלה
0.7%	0.7%	0.7%	4.8%	2.9%	10.0%	132	126	122	111	ביטוח אשראי
0.2%	0.2%	0.2%	1.5%	-1.1%	-6.6%	39	38	38	41	כלי טיס וכלי שיט
100.0%	100.0%	100.0%	2.3%	3.0%	3.2%	19,764	19,316	18,760	18,185	סה"כ

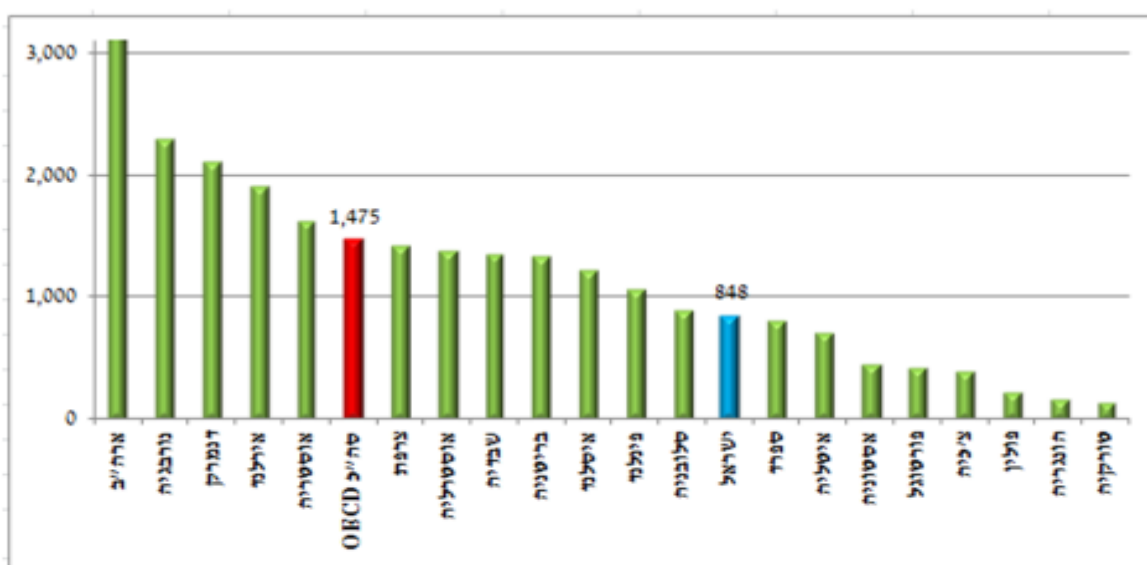
דמי ביטוח בחלוקה לחברות

חברת ביטוח	דמי ביטוח ברוטו					נתח שוק		שיעור השינוי בדמי ביטוח	
	2014	2013	2012	2011	2014	2013	2014/2013	2013/2012	
הראל	3,057	3,019	2,849	2,802	15.8%	16.1%	15.7%	16.1%	
כלל	2,556	2,716	2,820	2,657	-5.9%	-3.7%	13.2%	14.5%	
המניקס	2,314	2,253	2,108	2,033	2.7%	6.9%	12.0%	12.0%	
מנרה	2,174	2,045	1,843	1,739	6.3%	10.9%	11.3%	11%	
מגדל	1,958	2,011	1,395	1,435	-2.7%	44.1%	10.1%	10.7%	
אייסון	1,573	1,439	1,231	1,165	9.3%	16.9%	8.1%	7.7%	
ביטוח ישר	1,257	1,118	991	907	12.4%	12.8%	6.5%	6.0%	
הכשרה	1,025	947	909	909	8.3%	4.2%	5.3%	5.0%	
שומרה	879	773	676	584	13.7%	14.4%	4.6%	4%	
AIG	629	583	554	506	7.9%	5.2%	3.3%	3.1%	
ביטוח חקלאי	474	443	434	366	7.1%	2.1%	2.5%	2.4%	
שירביט	462	503	540	486	-8.1%	-6.8%	2.4%	3%	
שלמה	419	348	320	386	20.5%	8.5%	2.2%	1.9%	
קרן נוקי סבע	321	284	300	275	13.0%	-5.3%	1.7%	1.5%	
ב.ס.ס.ת.	118	139	133	119	-14.9%	4.4%	0.6%	0.7%	
קרנית	43	108	192	190	-60.2%	-43.6%	0.2%	1%	
אשרא	43	35	32	25	24.3%	7.8%	0.2%	0.2%	
ענבל	37	24	23	16	56.8%	2.2%	0.2%	0.1%	
אליזה	1	-9	788	810	-111.1%	---	0.0%	0.0%	
נור	-24	-17	48	45	38.0%	-136.5%	-0.1%	-0.1%	
סה"כ	19,316	18,760	18,185	17,455	3%	3%	100%	100%	

שיעור פרמיה בענפי ביטוח כללי ובריאות (ללא ביטוח חיים) ביחס לתוצר, בישראל ובמדינות OECD בשנת 2014



פרמיה לנפש בענפי ביטוח כללי ובריאות (ללא ביטוח חיים) בישראל וב-OECD בשנת 2014, בדולרים



ענף ביטוח כללי

➤ **ביטוח רכוש - תופס כ- 60% מהפרמיות בענף הביטוח הכללי.** הביטוחים המרכזיים והפופולריים הם - **ביטוח**

רכב רכוש וביטוח דירה:

- **ביטוח רכב רכוש -** זהו ביטוח רשות שהוא נפרד מביטוח החובה. הסיכונים המרכזיים: גניבה, נזק מתאונה, שטפון, שריפת כלי הרכב, ותביעת צד ג'. תנאי הביטוח רכב פרטי נקבעים בפוליסה תקנית (1986) – אלו תנאי מינימום שחברת הביטוח רשאית רק לשפר. הפיצוי בתשלום ערך הנזק במזומן, בתיקון או החלפה לפי שיקול דעת המבטח. ניתן לעשות את הביטוחים ב2 חברות ביטוח נפרדות, הן את החובה והן את הרשות. הסיכונים המרכזיים שיכולים להיות: גניבה, נזק מתאונה, שטפון, שריפת כלי הרכב וכו'.

אובדן כללי – רכב שנגנב ולא נמצא בתוך 30 ימים ורכב ששמאי קבע שאינו ניתן עוד לשיקום או כאשר הנזק הוא לפחות 60% מערך הרכב (אפשרות לפיצוי גם בנזק מעל 50%). הפיצוי מתייחס לערך הרכב ביום קרות הנזק. **אובדן כללי יכול להיות מ-2 סוגים:**

- רכב שנגנב ולא נמצא בתוך 30 ימים.
- או רכב ששמאי קבע שאינו ניתן עוד לשיקום או כאשר הנזק הוא לפחות 60% מערך הרכב.

חברות הביטוח במצבים כאלה לא חייבות לשפות והדבר נתון לשיקול דעתה. הפיצוי צריך להתייחס לשווי האובייקטיבי של הנכס ביום קרות האירוע, מורידים את הפחת ולא מחשבים לפי נכס חדש.

פוליסת ביטוח רכב רכוש אינה מכסה בין היתר: נזקי מלחמה, פיגועים, אבדן או נזק שנגרמו בשל היות נהג הרכב נתון להשפעת סמים מסוכנים

מרכיב ירידת ערך נכלל **בביטוח המקיף.**

פסה"ד מוריאנו - הביטוח המקיף מכסה גם את מרכיב ירידת ערך (כיום נקבע בתקנות). חברות הביטוח אומרות שהיה נזק והן משפות על הנזק יכול היות שהערך של הרכב ירד ונדע ביום שנמכר את הרכב. בינתיים הנזק פוטנציאלי. נקבע שזה לא נזק פוטנציאלי אלא זה נזק ויש לפצות עליו.

ביטוח רכב - כללי: לעיתים רכבים בשווי נמוך יעשו ביטוח חובה ומקיף כי חושבים שהרכב שלהם לא שווה ולא רוצים לקחת את הסיכון. קיימות 3 אפשרויות לביטוח רכב:

- **לרכוש ביטוח חובה בלבד –** מכסה נזקי גוף לנהג, לנוסעים בכלי רכב ולהולכי רגל.
- **לרכוש ביטוח חובה וביטוח צד ג' –** מכסה גם אחריות חוקית **ברכוש** כלפי ג'.
- **ביטוח חובה ומקיף –** בנוסף לביטוח רכוש צד ג' מבטח גם **רכוש** של הרכב המבוטח.

- **ביטוח דירה -** ביטוח דירה כולל **ביטוח מבנה וביטוח תכולה** ומוסדר בפוליסה בתקנות וניתן לסטות מהתנאים הקבועים בפוליסה רק לטובת המבוטח.

- **ביטוח מבנה:** המבנה, אינסטלציה, דוד וכו'. סיכונים מכוסים: אש, ברק, התפוצצות, גניבה, שיטפון, רעידת אדמה וכד'. ניתן לוותר על כיסוי בהודעה מפורשת. סיכון מלחמה לא מכוסה. המבנה המעטפת של הבניין וכל מה שתלוי עליו
- **ביטוח תכולה** – כל מה שבחזקת המבוטח או באחריותו. לא כולל בעלי חיים, חוזים, מניות, וכד'. כסף מזומן ופריטים יקרי ערך – עד לסכום באחוז מסוים בפוליסה – למשל מזומן עד 0.5% מסכום הביטוח תכולה – אלא אם נעשתה הערכת תכולה לגביהם. כל מה שבתוך הבניין פנימה.

בפוליסה קיימת אפשרות הרחבה של ביטוח אחריות חוקית כלפי צד שלישי – יכסה אחריות לנזק גוף ולנזק רכוש לפי פקודת הנזיקין. למשל שריפה שהתפרצה לדירה שכנה. מתן הפיצוי במזומן או בתיקון לפי שיקול דעת המבטח.

• **ביטוח חבויות** - הביטוח מכסה חבות לפי חוק לאדם אחר, מתאפיין בדרי"כ בפוטנציאל נזק גבוה - דוגמאות:

- **חבות מעבידים:** חבות של המעביד, מפני תביעה שתוגש נגדו על ידי עובד בשל פגיעה גופנית או מוות כתוצאה מתאונה או ממחלה שאירעו עקב עבודתו בשירות המבוטח.
- **חבות אחריות מקצועית:** חבות של בעל מקצוע לעבודתו.
- **חבות דירקטורים ונושאי משרה:** ס' 261 לחוק החברות - חברה רשאית, להתקשר בחוזה לביטוח אחריותו של נושא משרה בה בשל חבות שתוטל עליו עקב פעולה שעשה בתוקף היותו נושא משרה בה, בתנאים הקבועים שם.
- **חבות צד ג' (כללית) פק' הנזיקין:** ס' 3 - נפגע או הניזוק על ידי עוולה שנעשתה בישראל יהא זכאי לתרופה המפורשת בפקודה מידי עושה העוולה או האחראי לה.
- **חבות משתמש ברכב (רכב חובה):** ס' 2 לחוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים - המשתמש ברכב מנועי חייב לפצות את הנפגע על נזק גוף שנגרם לו בתאונת דרכים שבה מעורב הרכב

ביטוח רכב חובה - ביטוח חובה

החובה היא לפצות בגין נזק גוף בלבד ולא רכוש. מדובר בפוליסה תקנית- שניתן להיטיב עם המבוטח ולא לקבוע תנאים לרעתו. מדובר בהתערבות רחבה יחסית של המדינה בהתמודדות עם סיכונים בה המחוקק מצא לנכון להטיל חובת ביטוח במספר תחומים, **עפ"י רוב כאשר מדובר בפעילות:**

- **שהיא מעצם טיבה מסוכנת** – כגון חובת קיום ביטוח בפעילות של לימוד טיס, השטת כלי שיט, צלילה ספורטיבית או נהיגה ספורטיבית.
- **פעילות שאינה בהכרח מסוכנת מעצם טיבה אך כזו שאליה נחשפת אוכלוסייה רחבה** – כגון חובת ביטוח תלמידים מפני תאונות אישיות וביטוח לנפגעי תאונות דרכים בה הסיכון עצמו בינוני אך התפוצה הרחבה מצדיקים הטלתה.

ביטוח חובה

פסה"ד דולב נ' קדוש - ביטוח החובה הינו יצור כלאיים שחי בתפר שבין הביטוח הממלכתי לבין הביטוח המסחרי – חובת הגינות מוגברת. מצד אחד הוא מוטל כחובה על הציבור מכוח חוק ומצד שני הוא מסופק על ידי חברות ביטוח מסחריות שאינן חייבות למכור הכיסוי.

התוצאה היא שאדם יכול להיקלע למצב שבו מצד אחד המחוקק מטיל עליו חובת ביטוח, ומצד שני חברות הביטוח הפרטיות מסרבות לבטח אותו.

ביטוח רכב חובה

בביטוח החובה לרכב המחוקק פתר את הבעיה של אנשים שלא משיגים ביטוח בשוק הפרטי על ידי הקמת **תאגיד רכב מיוחד** - "**הפול**". הפול הוא מעין שותפות של כל חברות הביטוח, שמחויבת לפי החוק, למכור ביטוח חובה לרכב לכל מי שלא הצליח להשיג ביטוח ישירות מחברת הביטוח. התעריפים בפול מסבסדים, למשל, אופנועים ונהגים לא זהירים החובה היא לביטוח חבות בשל **נזק גוף** בלבד ללא הגבלה בסכום.

סעיף 2(א) לפק' ביטוח רכב מנועי [נוסח חדש], התש"ל 1970, קובע כי "לא ישתמש אדם - ולא יגרום ולא יניח שאדם אחר ישתמש - ברכב מנועי, אלא אם יש על שימוש שלו או של האדם האחר באותו רכב פוליסה בת-תוקף לפי דרישותיה של פקודה זו".

ס' 2(ב) לפקודה - נהיגה ללא ביטוח חובה מהווה עבירה פלילית.

סעיף 3(א) לפקודה קובע שפוליסה לפי דרישותיה של פקודה זו היא פוליסה... שמבטחת את:

(1) בעל הרכב והנוהג בו - מפני כל חבות שהם עשויים לחוב לפי חוק פיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ה-1975, ומפני חבות אחרת שהם עשויים לחוב בשל נזק גוף שנגרם לאדם על ידי השימוש ברכב מנועי או עקב השימוש בו.

(2) בעל הרכב והנוהג בו וכל אדם הנוהג בו בהיתר ממנו - מפני נזק גוף שנגרם להם בתאונות דרכים כמשמעותם בחוק.

פוליסה תקנית - תקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאי חוזה לביטוח חובה של רכב מנועי), תשי"ע – 2010, מכוח סעיף 38 לחוק הפיקוח על הביטוח.

סעיף 15 לפקודת ביטוח רכב מנועי והפוליסה התקנית שוללות הגבלות שונות לגבי חבות של מבטח, למשל, הגבלות לגבי המצב הגופני או הנפשי של המבוטח, מצב הרכב, הגיל, משקל הטובין ברכב וכד'.

חוק הפיצויים לנפגעי תאונות דרכים, תשל"ה-1975, קובע בסעיף 2(א) כי המשתמש ברכב מנועי חייב לפצות הנפגע בנזק גוף שנגרם לו בתאונת דרכים שבה היה מעורב הרכב.

סעיף 2(ב) קובע כי אם היה השימוש בהיתר מבעל הרכב, תחול האחריות גם על מתיר השימוש.

האחריות היא מלאה בלא שאלת אשם של הנהג או של אחר.

"תאונת דרכים" - מאורע שבו נגרם לאדם נזק גוף עקב שימוש ברכב מנועי למטרות תחבורה...". החוק מגדיר בצורה רחבה שימוש ברכב מנועי ונזק גוף. זכאות לפיצוי: הנהג, נוסעים ברכב, הולכי רכב.

לפי סעיף 3(א) לחוק במספר כלי רכב מעורבים - הביטוח של כל נוהג אחראי לתשלום עבור נזקי הגוף של מי שנסע ברכבו.

לפי סעיף 3(ב) נפגע אדם מחוץ לכלי רכב בתאונת דרכים שבה היו מעורבים מספר כלי רכב, יהיו הנוהגים אחראים כלפיו ביחד ולחוד; בינם לבין עצמם ישאו בנטל החיוב בחלקים שווים.

נפגעים אלו לא זכאים לפיצוי לפי חוק פיצויי תאונות דרכים (ס' 7 לחוק) - הגורם לתאונה במתכוון, מי שהשתמש ברכב ללא רשות (גנב), נוהג ברכב ללא רישיון (למעט רישיון שפקע מחמת אי תשלום אגרה), מי שהשתמש ברכב לביצוע פשע, ועוד.

קרנית (קרו לפיצוי נפגעי תאונות דרכים) – תאגיד המפצה נפגעי תאונות דרכים שזכאים עפ"י החוק, שאינם יכולים לקבל פיצוי מחברת ביטוח מהסיבות הבאות: נפגעי תאונת פגע וברח, נפגעי תאונות כאשר לנהג אין ביטוח או שהביטוח אינו מכסה את החבות הנדונה (הנהג אינו זכאי לפיצוי), נפגעי תאונות שחברת הביטוח חדלת פירעון.

המימון לתשלומים נעשה ע"י אחוז מסוים מפרמיות ביטוח חובה. קרנית היא הגורם היחיד הזכאי לתבוע את הנזק ששילם עפ"י חוק מהמזיק. במסגרת הפיצוי יכול להינתן גם הפסד כושר השתכרות עד תקרה

ביטוח רכב חובה, ביטוח חובה, מסמן התערבות רחבה של המדינה במניעת סיכונים או בתוצאות סיכונים, כך שהמחוקק קובע שבמצבים מסוימים תהיה חובה לעשות ביטוח. ניתן לראות שכשמבטחים את המקרים שבהם המחוקק מטיל חובת ביטוח מדובר ב-2 סוגים:

- או שמדובר בפעולה שמעצם טיבה היא מסוכנת ולכן מטילים את החובה לעשות ביטוח חובה.
- או שהפעילות לא מסוכנת, אבל יש חשיפה רחבה של האוכלוסייה לאותה פעילות והמחוקק סבר שיש מקום לחייב ביטוח. לדוגמא: ביטוח תאונות של תלמידים מפני תאונות אישיות- ביטוח שמבטח את הילדים בכל מקום שנמצאים ולא דווקא בביה"ס עד גיל 18, למרות שלא מדובר בפעילות מסוכנת.

הביטוח נוצר כתוצאה מחיוב של המחוקק אבל חברת הביטוח **לא מחויבת להתקשר עם האדם.**

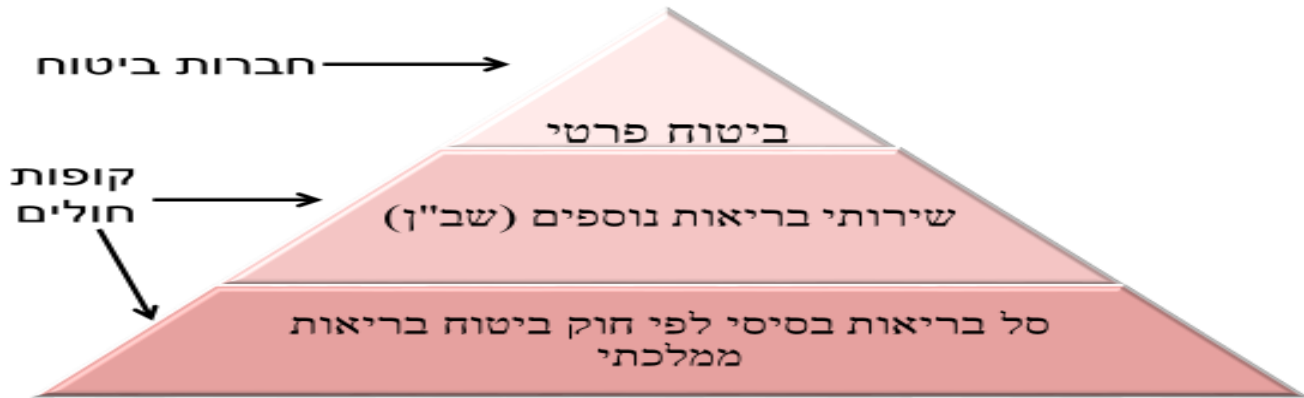
יש חובת הגינות מוגברת, חובת תום הלב הופכת להיות יותר גדולה וחברת הביטוח צריכה להיות יותר גדולה. הדבר מביא למצב שמבוטח רוצה לעשות פעילות מסוימת ובפועל לא יוכל לעשות כי **חברת הביטוח סירבה לעשות לו ביטוח.** לדוגמא: מיילדות הבית. נשים שמעדיפות ללכת בביתן ולא בבית החולים. משרד החינוך יחד עם משרד הבריאות מתנגד לכך וניסו לאבק בכך ע"י כך שחייבו את מיילדות הבית לכסות בפוליסת ביטוח שמא יקרה דבר כלשהו. אממה, חברות הביטוח לא הסכימו לבטח בגלל הסיכון המשמעותי שכרוך בזה. החליטו להגיש בג"צ בטענה של פגיעה בחופש העיסוק. לבסוף, משכו את העתירה כשהבינו שבג"צ לא מתכוון להתערב ולחייב את חברות הביטוח להתקשר בפוליסת ביטוח.

ביטוח רכב חובה זה דוגמא שהמחוקק קובע ביטוח רכב מסחרי, אבל יש מנגנון לכל מי שרוצה לנסוע ברכב- אפשרות לבטח את עצמו.

גם פוליסת הדירות וגם והרכוש הם פוליסות תקניות שניתן רק להביא לכך שהביטוח יהיה טוב יותר לטובת המבוטח ולא לרעתו.

ביטוח בריאות

מבנה מערכת הבריאות בישראל



21

ביטוח הבריאות בישראל מורכב מ3 רבדים:

- הרובד הממלכתי של סל הבריאות, ביטוח מסוג חקיקה, השכבה הבסיסית ביותר וניתנת מכוח החוק. השירות ניתן ע"י קופות החולים.
- שב"ן- שירותי בריאות נוספים שניתן גם ע"י קופות החולים.
- ביטוח פרטי ע"י חברות ביטוח.

רובד בסיסי- סל שירותי הבריאות

כל תושבי ישראל זכאים לסל שירותים בסיסי כמוגדר בחוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד 1995. סל זה ניתן לכלל הציבור באמצעות קופות החולים, והוא ממומן בחלקו מתקציב המדינה, ובחלקו - מדמי ביטוח בריאות אותם גובה המוסד לביטוח לאומי (ס' 13 לחוק).

רובד בסיסי- סל הבריאות- בין יתר השירותים הניתנים בסל הבריאות:

- רפואה מונעת אישית וחינוך לבריאות.
- אבחון רפואי.
- טיפול רפואי אמבולטורי, לרבות טיפול נפשי.
- אשפוז כללי, פסיכיאטרי, פסיכוגריאטרי, וכרוני סיעודי.
- שיקום רפואי, לרבות פסיכולוגי, פיזיותרפיה, ריבוי דיבור, ריפוי בעיסוק ועבודה סוציאלית בתחום הבריאות.
- הספקת תרופות.
- מכשירים ואביזרי עזר רפואיים.
- רפואת שיניים מונעת לילדים, עד גיל שיקבע שר הבריאות.
- עזרה רפואה ראשונה, הסעה לבית חולים או למרפאה.
- שירותי רפואה בעבודה.

- טיפול רפואי ונפשי לגמילה לנפגעי סמים ואלכוהול.
- בריאות השן.

רובד שני- שירותי בריאות נוספים (שב"ן)

ניתן ע"י קופות החולים. ניתן ע"י קופות החולים רק שאנחנו חברים בה. כלומר, לא ניתן לקבל שירותים מקופה אחת ואת השירותים הנוספים מקופה אחרת. מדובר בשירותי בריאות נוספים שאינם ניתנים במסגרת הסל הבסיסי. כל אחד יכול לרכוש על-פי בחירתו. הצטרפות לשב"ן מחייבת חברות באותה קופה וכרוכה בתשלום לקופת החולים. קופת החולים מחויבת לצרף לתכנית כל חבר המעוניין בכך, בלא קשר למצבו הבריאותי. שירותי השב"ן עשויים להשתנות מעת לעת, גם ביחס לחברים שכבר הצטרפו לתכנית, בכפוף לאישור משרד הבריאות והתראה מראש למבוטחים. התשלום החודשי נקבע על-ידי קופות החולים, לפי קבוצות גיל.

במסגרת השב"ן כ-50 תחומי כיסוי שונים המוצעים לרכישה כחבילה אחת וכוללים בין היתר:

- אפשרות לבחור מנתח.
- השתתפות ברכישת תרופות ואביזרים.
- מימון טיפולים רפואיים בחו"ל.
- רפואה משלימה.
- קבלת חוות-דעת מרופאים מומחים.
- רפואת שיניים.
- ייעוץ דיאטני ועוד.

רובד שלישי- ביטוח מסחרי

החיבור בין הביטוח המסחרי לבין הביטוחים האחרים באים לידי ביטוי ב-3 סוגי כיסויים: חברות ביטוח מציעות שלושה סוגי כיסויים:

- **כיסוי מוסף** – שאינו כלול בסל הבסיסי או בשב"ן. לדוגמא: ביטוח סיעודי.
- **כיסוי תחליפי** – כיסוי מחליף את השירותים בסל הבסיסי או בשב"ן, כדוגמת ניתוחים. יכול להרחיב את השירותים בסל הבסיסי, כגון כיסוי עבור השתלות, גם במקרים שאינם מכוסים בסל הבסיסי. הביטוח המסחרי מגיע כמחליף את השירותים בסל הבסיסי או בשב"ן, כדוגמא ניתוחים.
- **כיסוי משלים** – משלים כיסויים הניתנים בסל הבסיסי או בשב"ן. חברת ביטוח מקזזת את התשלומים שמבוטח קיבל מקופת חולים במסגרת זכויותיו (חברת הביטוח משלמת רק את החלק שקופת החולים לא שילמה). הביטוח המסחרי מגיע כמשלים כיסויים הניתנים בסל הבסיסי או בשב"ן. חברת ביטוח מקזזת את התשלומים שמבוטח קיבל מקופת חולים במסגרת זכויותיו (חברת הביטוח משלמת רק את החלק שקופת החולים לא שילמה).

הכיסויים מתחלקים ל:

- כיסוי כל עיסוק.
- כיסוי עיסוק סביר.
- כיסוי עיסוק ספציפי.

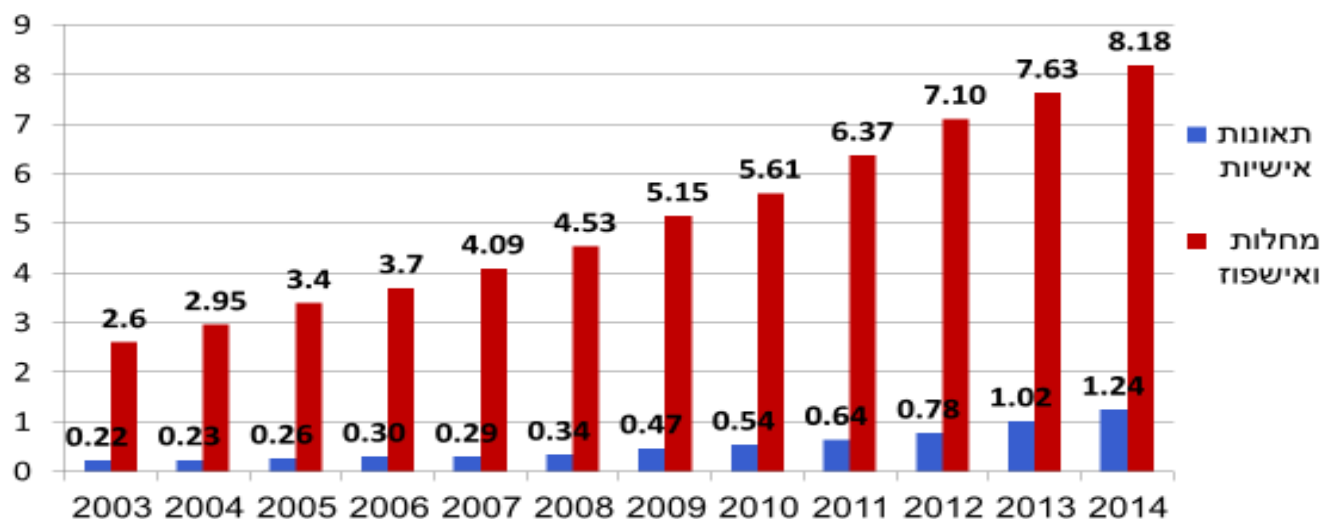
ביטוח מסחרי	שב"ן	
חברות ביטוח	קופות חולים (מלכרים)	הספק
חברות ביטוח	קופ"ח + ממשלה	נוטל הסיכון
מבוטחים	שכבה רחבה	גורם מממן
סוכני ביטוח	פקידי קופ"ח	גורם משווק
חוזה ביטוח	תקנון	מסמך התקשרות
שיפוי או פיצוי, כולל ביטוח סיעודי	שירותים בפועל, ללא ביטוח סיעודי	השירות הניתן
אין חובה לקבל כל פונה, ניתן להחרג, חיתום רפואי, פרמיה לפי סיכון מבוטח	חובה לקבל כל פונה, אין החרגות לפי מצב בריאותי, פרמיה לפי גיל בלבד	הגבלות על הספק
אין הגבלה	תקופת אכשרה עד 24 חודשים, אין המתנה	תקופת אכשרה
הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון	משרד הבריאות	הגוף המפקח

ביטוח בריאות- רובד שלישי

ביטוח בריאות מסחרי במסגרת חברות ביטוח מכסה נזק גוף שנגרם כתוצאה מתאונה, מחלה או נכות לפי פרק ג' לחוק חוזה הביטוח וכולל מגוון של מוצרים הנחלקים לענפים:

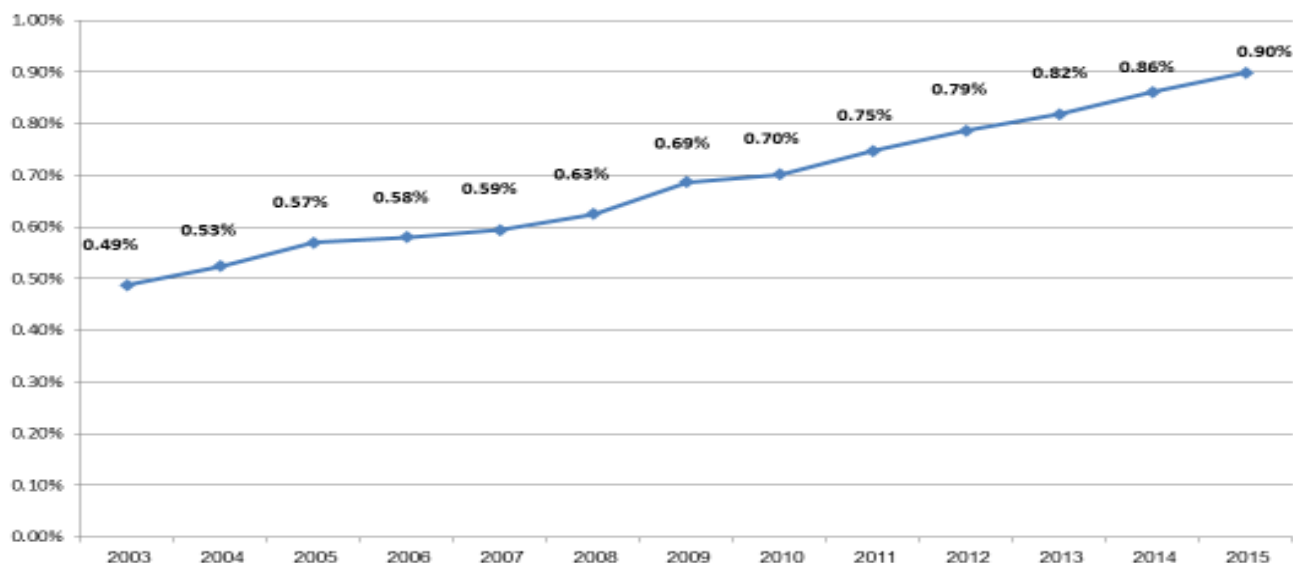
- מחלות ואשפוז - שבו מתרכזת מרבית פעילות חברות ביטוח בתחום הבריאות.
- תאונות אישיות.

פרמיה בביטוח בריאות 2003-2015 (מיליארדי ₪)



29

שיעור הפרמיות בענפי ביטוח בריאות, לתוצר המקומי הגולמי - 2015-2003



תגמולי הביטוח-

סעיף 54 לחוק חוזה הביטוח מפלח את הדין החל על ביטוח בריאות בהתאם לסוג התגמולים – פיצוי או שיפוי:

- על תגמול מסוג פיצוי – המשתלם עפ"י שיעור מוסכם מראש – חלים בשינויים המחויבים הוראות פרק ב המתייחסים לביטוח חיים. פיצוי כספי על סכום שהוגדר מראש שאותו אקבל בהתקיים אירוע ביטוחי.
 - תגמולי הביטוח מסוג שיפוי – המשולמים למבוטח עפ"י שיעור הנזק שנגרם בפועל – חלים הוראות שונות מפרק ד העוסק בביטוח נזקים לצד מספר הוראות מועטות מתחום ביטוח חיים. משפים אותי על הנכס שארע לי בפועל.
- השיפוי מקובל ביותר בביטוחים נכסיים שניתן לאמוד את הנזק הכלכלי, לדוגמא: ביטוח על רכוש לפחות מקובל בביטוח שלא ניתן לאמוד אותו כמו ביטוח חיים.
- עיקרון השיפוי הוא אינטואיטיבי הביטוח נועד על לשפות את האדם על נזק שנגרם לך ולא להעשיר את האדם.

תקופת ביטוח-

התקופה שבה המבוטח מכוסה בהתאם לפוליסה. אם אירע מקרה ביטוח בתקופה זו, המבוטח יכול לתבוע תגמולי ביטוח מחברת הביטוח. במרבית הפוליסות לביטוח בריאות (לא כולל למשל ביטוח סיעודי), תקופת הביטוח הינה שנתיים, ומתחדשת באופן אוטומטי לכל משך חיי המבוטח, למעט במקרים הבאים, אז נדרשת הסכמתו של המבוטח לחידוש הפוליסה:

- אם במועד החידוש, שונו תנאי הביטוח מהותיים לרעת המבוטח.
 - אם הפרמיה במועד החידוש עלתה ביותר מ- 10 ש"ח, או 20 אחוזים לפי הגבוה מבניהם (למעט עליות פרמיה בשל התבגרות המבוטח או ביטול ידוע מראש של הנחה שנתנה).
- קיימים מנגנונים שונים על מנת לוודא כי הפוליסה אכן תחודש למבוטח שמעוניין בכך במקרה שנדרשת הסכמתו לחידוש.



ניתן לראות שתחום של מחלות ואשפוזים מגלגל סכומים יותר משמעותיים מתאונות אישיות וניתן לראות שההוצאות הללו הולכות וגדלות עם השנים.

תקופה שבה המבוטח מחזיק בביטוח. על מנת שיהיה כיסוי ביטוחי צריך שהאירוע הביטוחי יהיה לאחר הביטוח ולא לפני או במהלך הביטוח. המרבית הפוליסות תקופת הביטוח הם לשנתיים וכל שנתיים מתחדשות, זאת לעומת העבר שהיו לכל החיים.

ביטוח תאונות אישיות

פיצוי במקרים של פגיעה עקב תאונה שגרמה לנכות תמידית, מוות, או נזקים אחרים - בכל העולם, למעט מדינות אויב. **תאונה** מוגדרת כאירוע בלתי צפוי אשר נגרם על ידי אמצעי פיזי והוביל במישרין לפגיעה פיזית בגופו של המבוטח. מפצה על מקרים של תאונה שגרמו לנכות תמידית, מוות. תאונה = אירוע פתאומי, לא צפוי שנגרם ע"י אמצעי פיזי והוביל לפגיעה פיזית.

במקרה מוות – פיצוי חד פעמי.

תקופת ביטוח – לרוב ארוכה (עד 65) או שנתיית.

אפשרויות רכישה מגוונות - כנספח לפוליסת ביטוח חיים, כפרק בפוליסת ביטוח דירה, או כפוליסה עצמאית. לרוב החרגה של לפגיעה שנגרמה בעקבות תאונת דרכים, ספורט אתגרי, מלחמה, וכן פעולות חבלה או טרור (ניתן להרחיב תמורת פרמיה נוספת)

ביטוח תאונות אישיות לתלמידים תקף 24 שעות ביממה, בכל ימות השנה, לרבות בשבתות ובחופשות, בכל מקום בו נמצא התלמיד, בין אם התאונה קשורה לפעילות המוסד החינוכי שבו הוא לומד ובין אם לאו.

מחלות ואשפוז - ניתוחים

פוליסה אחידה - הרעיון והמטרה היא פוליסה אחידה וכך יותר קל להשוות בין מבוטחים על בסיס של מחיר, שירות. על מנת שיהיה ניתן להשוות בין ביטוחים ולעשות החלטה צרכנית נבונה.

פוליסת ניתוחים: פוליסת אחידה לכל חברות הביטוח, לא ניתן לשנות או להוסיף כיסויים, כיסוי למקרים הבאים:

- 3 התייעצויות עם רופא מומחה בשנה.
- מלוא שכר עלות מנתח.
- מלוא עלות ניתוח בבית חולים פרטי.
- מלוא עלות טיפול מחליף ניתוח.
- לא כולל (בין היתר) - ניתוחי עקרות, פוריות, עיקור מרצון והפלה למעט הפלה הנדרשת מסיבות רפואיות, ניתוח למטרות יופי או אסתטיקה (לא רפואי)

מחלות ואשפוז - מחלות קשות

מקרה הביטוח מוגדר כגילוי של מחלה קשה או אירוע רפואי חמור, בהתאם לאבחנה רפואית והמחלות הנקובות בפוליסה. ככלל, ביטוח המקנה פיצוי כספי חד פעמי מוסכם בקרות מקרה הביטוח. משוק או כעומד בפני עצמו או כנספח לפוליסה

בביטוח חיים. הממונה קבע הגדרות למחלות שכלולות בביטוח זה. מבוטח יכול לרכוש לחלופין, פוליסה המעניקה כיסוי ביטוחי - לארבע מחלות קשות, לעשר מחלות קשות או לשלושים מחלות קשות. חברות ביטוח רשאיות לסטות מהגדרות הממונה, רק כאשר השינוי הוא לטובת המבוטח.

מחלות ואשפוז - נכות

ביטוח בו המבוטח מתחייב לשלם תגמולי ביטוח עבור תפקוד חלקי או אי תפקוד מוחלט של איבר מגוף האדם עקב תאונה או מחלה. הנכות יכולה להיות זמנית או צמיתה, מלאה או חלקית והכל עפ"י תנאי הפוליסה. הפוליסה יכולה להימכר כעומדת בפני עצמה או כנספח בפוליסה אחרת (בדר"כ כנספח).

סוג התגמול הביטוחי – עפ"י רוב כפיצוי חד פעמי בסכום קבוע מראש.

הכיסוי הטיפוסי מקנה פיצויים רק מפני אובדן מוחלט של איבר מאברי הגוף – (אובדן לרבות איבוד כושר הפעולה של האיבר). בדרך כלל פגיעה נפשית נכללת בפגיעת איברי הגוף (המונח איבר יפורש עפ"י אומד דעת הצדדים).

מחלות ואשפוז - ביטוח סיעודי

העלות החודשית לסיוע יומיומי נע עם הגיל. ככל שהגיל עולה - הסכום גדול יותר.

אדם במצב סיעודי - אחד משניים :

- אדם שאינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מפעולותיו הבסיסיות והיומיומיות מתוך 6 פעולות (בשקף הבא).
- זקוק להשגחה בשל תשישות נפש – לדוגמא : חולה אלצהיימר.

ההסתברות של מבוטח להפוך סיעודי עולה עם הגיל - ההסתברות של מבוטח שהגיע לגיל 60 להפוך לסיעודי במהלך חמש השנים הבאות הינה כ-1%, לעומת ההסתברות של 20% בגיל 80 (והוא צפוי להישאר במצב זה למשך כשלוש שנים וחצי בממוצע).

עלות טיפול סיעודי: בשהייה בבית, העלות החודשית לסיוע יומיומי נעה בין 7,000 ש"ח ל-10,000 ש"ח. באשפוז באופן פרטי במוסד סיעודי, העלות נעה בין 13,000 ש"ח ל-20,000 ש"ח, בהתאם לתנאי מוסד האשפוז. כ-75% מהחולים הסיעודיים שוהים בבית, וכ-25% מהם מאושפזים במוסד סיעודי.

- **לקום ולשכב**: יכולתו העצמאית של המבוטח לעבור ממצב שכיבה לישיבה ולקום מכסא, כולל ביצוע פעולה זו מכסא גלגלים או ממיטה.

- **להתלבש ולהתפשט**: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ולפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר או להרכיב חגורה רפואית או גפה מלאכותית.

- **להתרחץ:** יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
- **לאכול ולשתות:** יכולתו העצמאית של מבוטח להזין את גופו בכל דרך או אמצעי (כולל שתייה ולא אכילה, בעזרת קש), לאחר שהמזון הוכן עבורו והוגש לו.
- **לשלוט על סוגרים:** יכולתו העצמאית של מבוטח לשלוט על פעולת המעיים או פעולת השתן. אי שליטה על אחת מפעולות אלה אשר משמעה למשל שימוש קבוע בסטומה או בקטטר בשלפוחית השתן, או שימוש קבוע בחיתולים או בסופגנים למיניהם, ייחשבו כאי שליטה על סוגרים.
- **ניידות:** יכולתו העצמאית של מבוטח לנוע ממקום למקום. ביצוע פעולה זו באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, תוך העזרות בקביים או במקל או בהליכון או באביזר אחר כולל מכני או מוטורי או אלקטרוני, לא תחשב כפגיעה ביכולתו העצמאית של המבוטח לנוע. אולם, ריתוק למיטה או לכסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

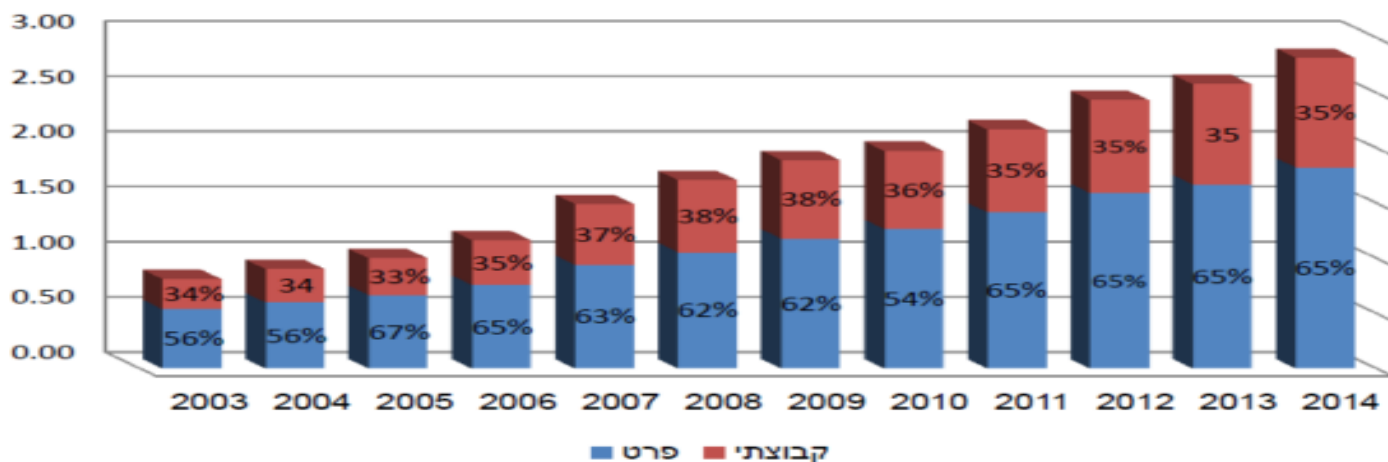
רובד שלישי - ביטוח פרט - ביטוח קבוצתי

ביטוח בריאות פרט – אישי: המבוטח רוכש מחברת ביטוח עבור עצמו או עבור בני משפחתו, באמצעות סוכן ביטוח או ישירות מהחברה. פוליסת פרט כוללת תנאים אחידים לכלל המבוטחים, למעט חריגים אישיים

ביטוח בריאות קבוצתי (קולקטיב): ביטוח קבוצתי מוצע לקבוצה של 50 מבוטחים לפחות, בעלי מכנה משותף, כגון עובדים במקום עבודה אחד או חברים בארגון. תנאי הביטוח לקבוצה נקבעים במשא ומתן בין נציג הקבוצה המוגדר כבעל פוליסה ובין חברת הביטוח. ברוב הפוליסות הקבוצתיות הפרמיה אחידה לכל חברי הקבוצה, ולעיתים היא נקבעת בהתאם לקבוצות גיל. פוליסה קבוצתית נרכשת, לרוב, לתקופה קצרה של מספר שנים. בתום תקופת הביטוח יכול בעל הפוליסה להחליט אם לחדשה, באילו תנאים ובאיזו חברת ביטוח

פוליסת פרט	פוליסה קבוצתית
היקף הכיסוי הביטוחי	בהתאם להסכם שבין חברת הביטוח לבעל הפוליסה. למבוטח אין כמעט יכולת השפעה על היקף הכיסוי. למעט אם מדובר בבחירת חבילות כיסויים
חיתום רפואי	המבוטח עובר בדרך כלל תהליך חיתום רפואי במועד ההצטרפות
פרמיה	לרוב, גבוה יותר מזו שבפוליסה קבוצתית
תקופת ביטוח	בעבר, תקופת הביטוח היא למשך כל חיי המבוטח. כעת, מתחדש כל שנתיים.
	בהתאם להסכם שבין חברת הביטוח לבעל הפוליסה. למבוטח אין כמעט יכולת השפעה על היקף הכיסוי. למעט אם מדובר בבחירת חבילות כיסויים
	לעיתים, ההצטרפות היא בלא חיתום
	לרוב, נמוכה יותר מזו שבפוליסת פרט. אולם, אין הבטחה כי לאחר חידוש הפוליסה לתקופת ביטוח נוספת, הפרמיה תישאר בעינה
	תקופת הביטוח בפוליסה הקבוצתית קצרה בהתאם לתקופת ההסכם שנקבע בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח - בדרך כלל שלוש עד חמש שנים. בתום תקופת הביטוח הפוליסה עשויה להתחדש באותה חברת ביטוח או בחברה אחרת. עם זאת, אין ודאות כי הפוליסה תחודש לתקופה נוספת. רוב הפוליסות הקבוצתיות כוללות תנאי המחייב את חברת הביטוח לספק המשכיות לפוליסת פרט

ביטוח פרט מול קבוצתי בהוצאות רפואיות



ביטוח סיעודי פרטי

תקופת ביטוח - לכל חיי המבוטח.

תקופת פיצוי - 3/5/3 כל החיים. תקופת הפיצוי הוא ל3 שנים או 5 שנים או לכל החיים.

תקופת המתנה - 30/60 ימים

אופן מתן תגמולי ביטוח - פיצוי

סכום ביטוח - לבחירת המבוטח

חיתום רפואי

סוג פרמיה - גידול של 4% בשנה/ קבועה

זכויות בביטוח - ערך סילוק/פדיון

- ערך סילוק: סכום הביטוח שבתוקף לאחר הפסקת פרמיה, הנגזר מרזרבה שנצברה למבוטח מסוים.
- ערך פדיון: סכום כספי שמבוטח זכאי לו בעת ביטול פוליסה, הנגזר מרזרבה שנצברה לזכותו באותו מועד.

ביטוח סיעודי קבוצתי

מאפיינים:

- תקופת ביטוח מוגבלת בזמן, אין וודאות לחידוש.
- תמחור על בסיס סיכון בתקופת הביטוח הנוכחית בלבד.

חסרונות:

- גובה הפרמיה תלוי במצטרפים חדשים.
- מבטח או בעל הפוליסה רשאים לבחור שלא לחדש.
- עזיבה של הקבוצה משמעותה איבוד הכיסוי הביטוחי.

סטטוס:

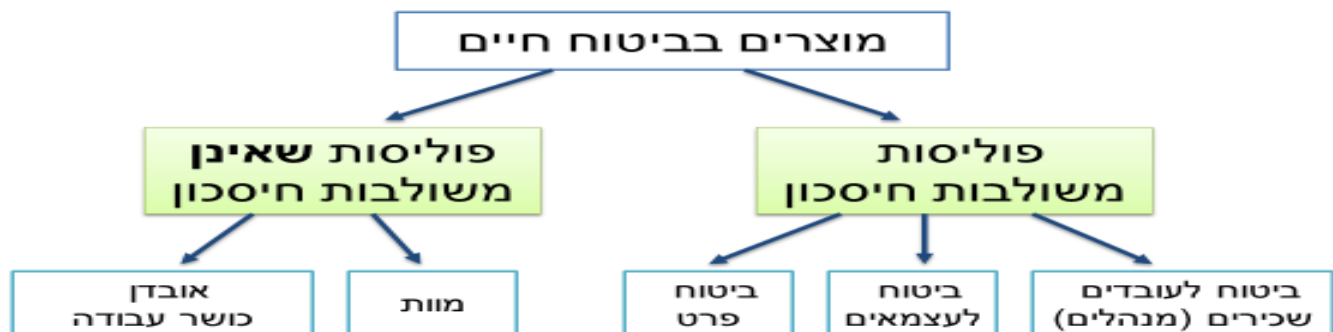
- איסור על ביטוחים סיעודיים קבוצתיים חדשים; ניתן להאריך/לחדש קיימים עד לסוף שנת 2017
- כ- 200 אלף מבוגרים שעבורם מעבר לפוליסת פרט כרוך בקפיצת פרמיה משמעותית יוכלו להצטרף לביטוח בקופת החולים שלהם ללא חיתום.

ביטוח סיעודי קבוצתי בקופות החולים

- כ- 4 מיליון מבוטחים, חיתום רפואי, זכויות לפי גיל כניסה, פרמיות לפי גיל נוכחי, התקשרות קופה/מבטח באמצעות מכר.
- סכום ביטוח משתנה - פיצוי בבית, שיפוי במוסד. בעבר היו פוליסות שונות בין הקופות, היום כיסוי אחיד

ביטוח חיים

ביטוח חיים



מדובר בפוליסות מ-2 סוגים:

1. פוליסות ביטוח שאינן משלבות חיסכון - שהינן ביטוח מוות וביטוח המכשרה אובדן כושר עבודה.

- **כיסוי ביטוח ריסק מוות** - מוות מכל סיבה שהיא, למעט התאבדות בשנה הראשונה. תגמולי ביטוח מסוג פיצוי - ניתן לקבוע סכום של ביטוח חיים ללא הגבלה, כי לא ניתן לאמוד את הערך הכלכלי של החיים. תשלום אחד למוטבים או תשלומים חודשיים לתקופה מוגבלת. ניתן לקבוע כל מוטב (גובר על חוק הירושה).

למעט התאבדות בשנה הראשונה לביטוח, כי ההנחה היא שאם מדובר במקרה מוות לאחר שנה מהכיסוי הביטוחי זה שהאדם לא עושה תכנונים של מוות (מתי למוות) ויש כל מיני שינויים שיכולים להביא למוות. אבל בתוך שנה, יש צפי למקרי התאבדות.

- **כיסוי ביטוח אובדן כושר עבודה** - ההתפתחות ההיסטורית הייתה ביטוח רק למבוטחים שאיבדו את כושר עבודתם כתוצאה מתאונה, אך במהלך השנים החלו לבטח גם אבדן כושר עבודה עקב מחלה. הפוליסה הטיפוסית בנושא אבדן כושר עבודה היא מסוג שיפוי. שלושה סוגי פוליסה מרכזיים: "כל עיסוק", "עיסוק סביר" - המקנה זכאות אם איבד כושר עבודה בעיסוק שבו עסק או בעיסוק סביר אחר, ו"עיסוק ספציפי" - הכיסוי הרחב ביותר.

חוזר ממונה שקובע שהפיצוי החודשי לא יעלה על 75% משכרו הממוצע של המבוטח בשנה שקדמה לתאונה או למחלה בגינה נוצר אי הכושר.

בפוליסה הרגילה, ביטוח אבדן כושר עבודה מוחלט מקנה זכאות לתגמולי ביטוח רק במקרה שבו נשלל 75% או יותר מכושרו לעסוק במקצוע שבו עסק לפי אבדן כושר עבודה, אך קיימות פוליסות המבטחות מפני אובדן כושר עבודה חלקי - 25% ומעלה

יש להוכיח קשר סיבתי בין המחלה/תאונה לאבדן כושר העבודה ושלבדן הכושר אירע במהלך תקופת הביטוח ולא לפני או לאחריה.

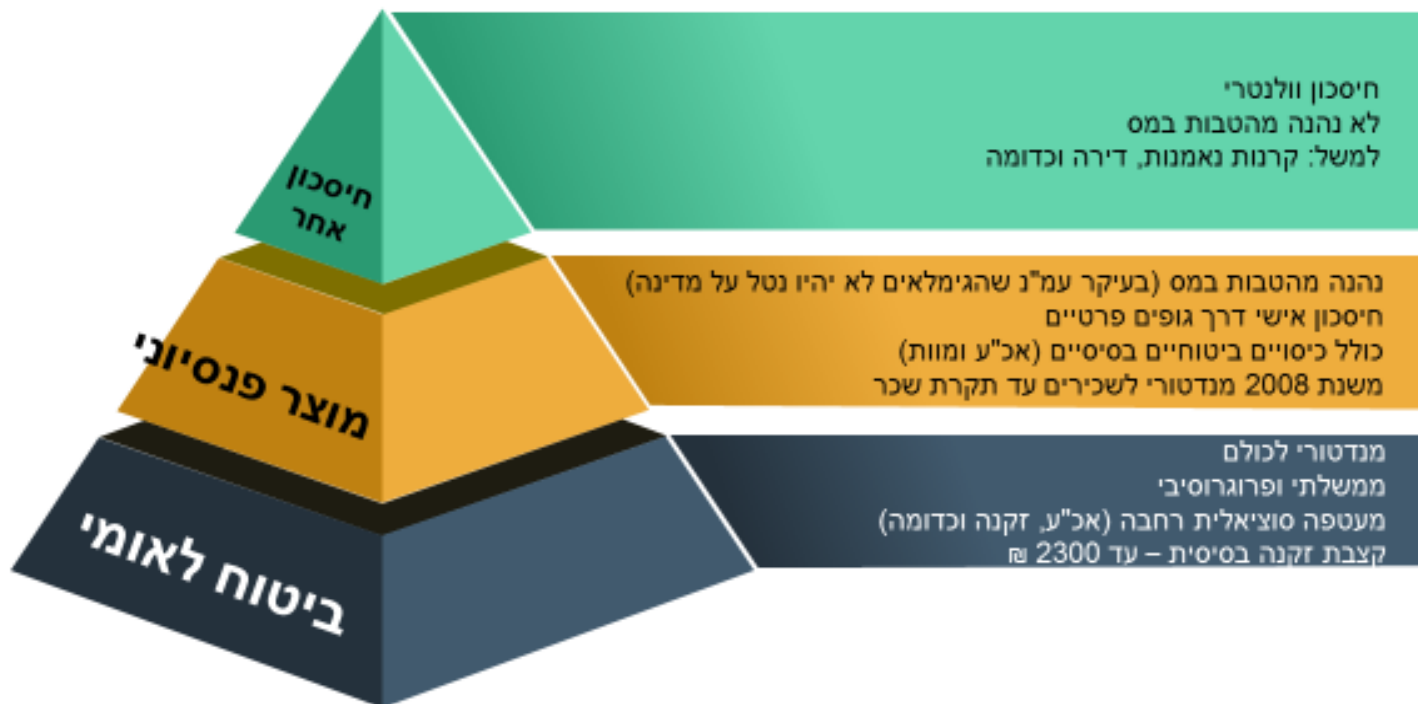
ניתן לקבוע בחוזה שקביעת מוטב גוברת על כל הוראה אחרת בחוק הירושה. חוק הירושה קובע שתגמולי ביטוח מכוח פוליסת ביטוח לא יחולו על העיזבון, אלא אם כן נאמר אחרת בירושה. בביטוח חיים ניתן לקבוע מוטב והדבר יגבר על כל הוראה אחרת. בביטוח אובדן כושר עבודה הפוליסה הטיפוסית הוא מסוג שיפוי- ההתפתחות ההיסטורית היא שהדבר התחיל מאובדן כושר עבודה באמצעות תאונה ואח"כ כתוצאה ממחלה.

2. פוליסה המשלבת חיסכון - שהינה ביטוח לעובדים שכירים, מנהלים, ביטוח לעצמאים וביטוח פרט. התקשרות

בביטוח קצר מועד, השקעה לכל דבר ועניין.

בשביל זה צריך רקע לגבי חיסכון פנסיוני בישראל:

מרכיבי החיסכון הפנסיוני בישראל



רקע מעולם החיסכון הפנסיוני: עולם החיסכון הפנסיוני בישראל מורכב מ-3 רבדים:

1. הביטוח הלאומי- הבסיסי ביותר. הפקדה אובליגטורית מכח החוק. בסיס ההפקדה נגזר מכוח השכר והוא עולה ככל שהשכר עולה. רובד בסיסי שמגיע לכל תושב.
2. רובד המוצרים הפנסיוניים- כל אותם מוצרים שהמדינה נותנת עליהם הטבת מס לחוסכים בהם. הטבת המס בעיקר כשהגמלאים שפורשים לפנסיה, ע"מ שלא יהיו נטל על החברה, מחייבים מאז 2008 את המעסיקים להפריש לשכירים פנסיית חובת כשהמטרה היא שלאותם גמלאים יהיה מנגנון שיאפשר להם הכנסה פנויה בגיל הקצבה ושלא יהיו נטל על המדינה. החיסכון נעשה באמצעות גופים פרטיים וכולל כיסוי בסיסי של אובדן כושר עבודה ומוות. פוליסת כל עיסוק ופוליסת עיסוק ספציפי נכללים בחלק הזה.
3. חיסכון אישי פרטי של האדם ככל וידו משגת- בין אם זה דירה, קרן נאמנות. פוליסת פרט נכללת בחלק זה.

נכסי הציבור - 2015

	באחוזים	במיליארדי ש"ח	
1,309	11	366.4	קופות גמל ופיצויים
	11.2	374.6	קרנות פנסיה ותיקות
	7.1	235.9	קרנות פנסיה חדשות
	7.5	249.5	ביטוח - משתתף
	2.5	82.6	ביטוח - מבטיח תשואה
	28.1	941.1	בנקים מסחריים - פיקדונות הציבור
	25.6	856.4	ציבור במישרין
	7.1	238.9	קרנות נאמנות
	100	3,345.9	סה"כ

איפה חוסכים ברובד השני?

ביטוחי מנהלים

משלם קצבה

ביטוח דרך מבטח:
מוות
אבדן כושר עבודה

משנת 2008 חייבים למשוך כקצבה לפחות רובד בסיסי של 4500 ₪ (כ- 1 מיליון ₪).
תגמולי הביטוח ריסק יכולים להיות משולמים לכל מוטב שנקבע ולא רק לשארית הקבועים כמו בפניית

מאפיינים

קופות גמל

אינו משלם קצבה

ביטוח דרך מבטח חיצוני:
מוות
אבדן כושר עבודה

משנת 2008 חייבים למשוך כקצבה לפחות רובד בסיסי של 4500 ₪ (כ- 1 מיליון ₪).
עד שנת 2005 נוהל ע"י הבנקים ולאחר מכן בניהול חברות ביטוח ובתי השקעות.

מאפיינים

קרנות פנסיה חדשות

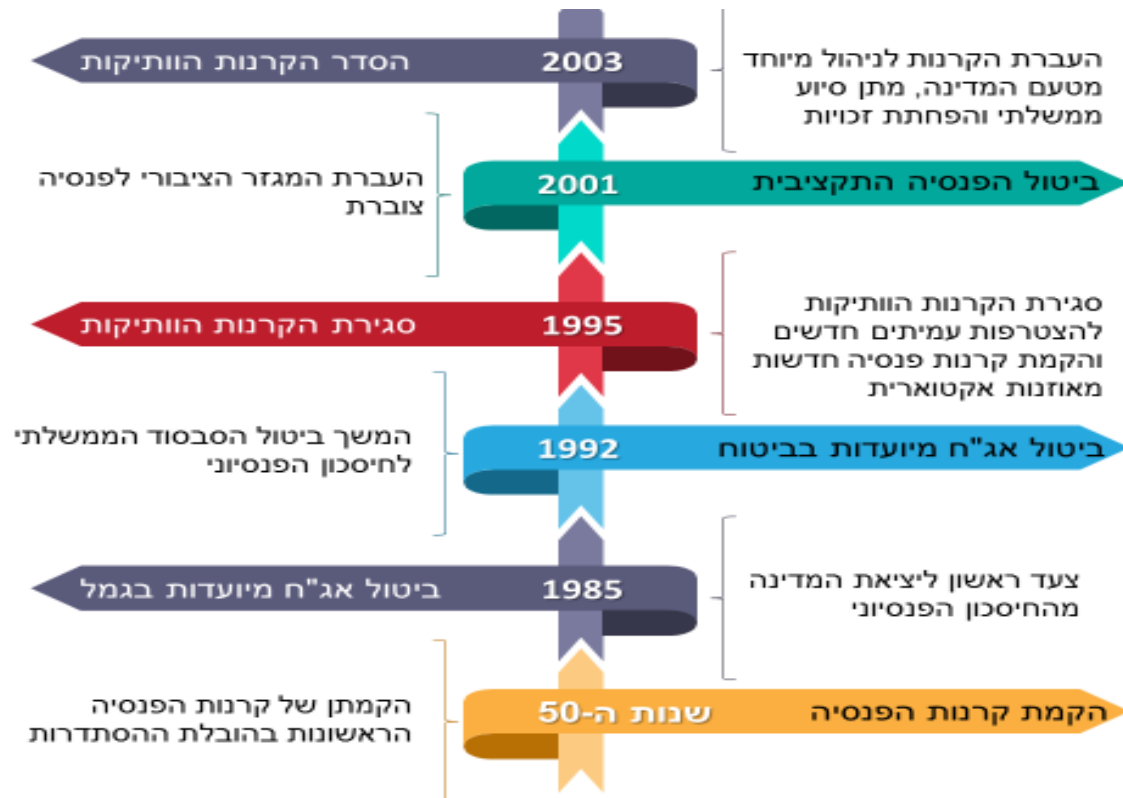
משלם קצבה

ביטוח הדדי:
מוות
אבדן כושר עבודה

יתרה צבורה (DC) - בשונה מהפנסיה התקציבית והקרנות הוותיקות שאליהן הופקדו כספים בעבר (DB) תקנון קרן פנסיה - הזכויות נקבעות בהתאם לתקנון במועד האירוע המזכה מנגנון איזון אקטוארי

מאפיינים

החיסכון ברובד השני - ההיסטוריה



הרפורמות הגדולות

מוצרים פנסיונים עד 2008



שנת 2008

1. **פנסיה חובה** - נכנס לתוקפו צו הרחבה לפנסיית חובה הקובע זכאות עובד להסדר פנסיית זקנה וכן כיסויים למקרי אובדן כושר עבודה ומוות. ההסכם מחייב כל מעסיק להפקיד הפקדות לקרן פנסיה עבור עובדים המועסקים לפחות 6 חודשי עבודה. אם לעובד הסדר פנסיוני קודם יש לבצע עבורו הפקדות לפנסיה תוך 3 חודשים ממועד תחילת עבודתו. במהלך השנים שופרו תנאי ההסכם המקורי כך שמשנת 2017 ההפקדות לפנסיה חובה יגדלו עד ל 18.5% - 6% הפקדות עובד, 6.5% הפקדות מעסיק ו-6% הפקדות מעסיק לפיצויים).
2. **חובת משיכת כספי החיסכון כקצבה ולא כרכיב הוני**

מוצרים פנסיונים לאחר 2008



חלוקת נכסי הציבור

ניתן לראות שכל הצבע האדום זה הרובד השני של הרובד הפנסיוני, היום זה מתקרב ל-1.5 מיליון. מרבית הכסף מנוהל בגופים הממוסדים שנדבר עליהם בהמשך.

ברובד זה חוסכים:

- קרן פנסיה חדשה: מנגנון החיסכון מבוסס על אגרה צבורה. מה שאדם חוסך במהלך השנים זה מה שיהיה לו בפנסיה. יש לכך ביטוחים משלימים של מוות ואובדן כושר עבודה.
 - קופות גמל: מכשיר שעד 2005 היה מנוהל ע"י הבנקים ואז הייתה "וועדת בכר" שרצתה לפתוח את השוק לתחרות ורצתה להסדיר ניגודי עניינים בשוק ובניהם ניגוד עניינים- שהבנק היה גם המנהל של קופת הגמל וגם היועץ ואז, למעשה, הבנק יעץ היכן להשקיע את הכספים ו"במקרה" ייעץ להשקיע באותו קופה שהבנק מנהל.
- 2005 היה תהליך של מכירת קופות הגמל לבתי השקעות וחברות ביטוח והתברר שהקופות נמכרו ביתר. כלומר, במחירים גבוהים כי החוק חייב את הבנקים להיפטר מההשקעות בזמן מסוים ובכל זאת הצליחו למכור אותם במחיר גבוה. מי שייתן את הכיסויים המשלימים לביטוח מוות ואבדן כושר עבודה הוא ביטוח חיצוני.
- ביטוח מנהלים: מנוהלים ע"י חברות ביטוח.

ההיסטוריה: בעבר, היה ניתן להשקיע בפנסיה תקציבית או בקרן פנסיה וותיקה. המנגנון ב-2 הקרנות הוא שהקודם כל מה שיש לי בפנסיה זה כמה שאני צובר, כל שנה 2%.

פנסיה תקציבית סוג פנסיה שגם המדינה מפרישה לקופת הפנסיה.

פנסיה הסתברותית- רק העובד מפריש.

ניתן לראות שמ-1985, מתחילה נטייה של המדינה לצאת מהמעורבות שלה בנושא של חיסכון ארוך טווח. היא למעשה מבטיחה תשואה מובטחת לעמיתים על דרך של הנפקת אג"ח מיועדות בגמל. מ-1985 המדינה מתחילה לצמצם את המעורבות שלה, היא מתחילה בתחום הגמל וב-1992 עוברת לתחום הביטוח וזאת בגלל שהיה נטל תקציבי משמעותי על תקציב המדינה. כלומר, יש אלמנטים מבחינת השוק- ברגע שיש ביקוש לאג"ח זה משפיע על אג"חים אחרים, אבל הסיבה המרכזית הייתה הכבדה על קופת המדינה והרצון לפתח את שוק ההון. ברגע שהתשואה היא באפיק אסור- לא נשאר כסף להעביר לשוק ההון. הניצנים של התהליך החלו ב-1992 והכריחו את הגופים להשקיע את הכספים בחוץ.

ב-1995 סוגרים את הקרנות הוותיקות ומאותו מועד לא התאפשרה הצטרפות לקרנות כאלה. ב-2001 הפנסיה התקציבית בוטלה וכל המגזר הציבורי עובר לפנסיה צוברת.

רפורמת בכר הייתה ב-2005 ומאז הייתה רפורמת המכירה.

ב-2008 הייתה שנה משמעותית בתחום החיסכון- עד 2008 היה הפקדה רק לקרן פנסיה, גופת גמל וביטוח מנהלים. קרן פנסיה הייתה רק אפיק קצבתי וניתן היה למשוך רק קצבה בביטוח מנהלים, כלומר, ניתן למשוך אפיק הוני וקצבתי והקופות הגמל היו אפיק רק הוני.

2008:

- קבעו פנסיה חובה- צו הרחבה שחייב את המנהלים להפקיד לעובדים שלהם.
- קבעו חובת משיכה של כספי החיסכון כקצבה ולא כרכיב הוני וזאת כדי להבטיח שלפנסיונרים יהיה קיום מינימאלי, שלא ייקחו את הכסף ויהמרו בהשקעות כושלות, אלא רוצים להבטיח בסיס.

מוצרים פנסיוניים לאחר 2008- יש חובת הפקדה ל-3 הערוצים וכשמגיעים לגיל הפרישה אמורים לקבל את הכסף רק כקצבה. אבל, אם מגיעים לקצבה מזערית, כלומר, צברתי סכום של מיליון ש"ח שהם 4,500 ש"ח לחודש בקצבה, אז יש אפשרות להוון את יתרת הסכום, כלומר, להוון את שאר הכספים שחלק ממנו יהיה פטור ממס.

גורמים מרכזיים שמשפיעים על החיסכון הפנסיוני

1. הפקדות:

• מגבלות הפקדה:

- שכיר: הפקדה עד 22.83% מהשכר, עובד - עד 7%, מעביד - עד 7.5%, פיצויים - עד 8.33%.
- עצמאי (לרבות הפקדות במעמד עצמאי): ללא מגבלה.

מה האדם מכניס. ביחס לשכירים ועצמאים יש מגבלה וההפקדה המקסימאלית היא 22.83% מהשכר, אבל, זה לא באמת מגבלת הפקדה כי יש קרן פנסיה כללית וקרן פנסיה מקיפה וקרן פנסיה במעמד עצמאי שאז אין תקרה. ניתן להפקיד במעמד עצמאי לפי החוק, אבל אין לאדם מגבלת הפקדה (אך, האדם לא יזכה להטבות המס).

• הטבות מס:

- זיכוי: הקטנת הסכום החייב במס – עד תקרה.
- ניכוי: הקטנת סכום המס – עד תקרה.

2 הטבות המס שיכול לקבל הוא זיכוי וניכוי. לכל חוסך יש זכות לבחור את הקופה שאליה יבצע את ההפקדה שלו- **ס' 22 לחוק קופות הגמל**. לאחרונה, נכנס תיקון שהמבוטח יכול לבחור את סוכן הביטוח שאתו המעסיק יעבוד ע"מ שסוכן הביטוח יהיה מחויב ללקוח. היום ניתן לבחור גם את הקופה וגם את הביטוח.

• פנסיה חובה:

- חובת הפקדה לשכירים בשיעור 18.5% מהשכר עד 1 ש"מ"ב.

• זכות בחירה:

- חוסך רשאי לבחור בכל קופה לצורך ביצוע הפקדותיו.

2. תשואה: הכספים מושקעים בשוק ההון להשאת תשואה לחוסכים.

- **כללי השקעה** - תקנות המגבילות דרכי השקעה לגידור הסיכון לחוסכים.
- **אג"ח מיועדות** - אג"ח עם תשואה מבוטחת מהמדינה לקרנות פנסיה עד 30% מהחיסכון ריבית 4.86% (בעבר היו אג"ח מיועדות גם בביטוח ובגמל אך אלו בוטלו כליל)
- **ממוצע תשואות בחמש שנים אחרונות:**
 - קופות גמל – 6.42%.
 - קרנות פנסיה – 7.79%.

- ביטוחי מנהלים – 7.32% .

• **מודל תלוי גיל** – להתאים את הסיכון לגיל החוסך.

מכריחים את הגופים המוסדיים להפקיד את הכספים בשוק ההון וההשפעה של תשואה היא ישרה לגובה החיסכון בגיל פרישה. כל 1% בתשואה מגדיל בצורה משמעותית את הסכום הצבור ויכול להתקרב ל-25%. הכספים מושקעים בשוק ההון שלהם יש תקנות אשראי שקובעים איפה הגופים יכולים להשקיע את הכספים: נדל"ן, עד 5 חוזים, השקעות בחו"ל וכו', כלומר, מתווים את המסגרת להשקעת הכספים של המוסדות.

אג"ח מיועדות רק בקרנות הפנסיה- הרעיון הוא לחשוב על נושא ההטבה וניתן רק לקרנות הפנסיה. הרעיון שהכספים יחולקו לעמיתים המבוגרים שמטרתם לשמור על הקיים, ישפיע על חוסכים בגיל מבוגר שפתאום הוציאו את הכסף והתשואות עלו, אבל, בינתיים, הוציאו את הכסף. ככל שהאדם מבוגר יותר, האינטרס שלו לשמור על הקיים וככל שהאדם צעיר יותר ההנחה היא שלאורך זמן שוק ההון ידע להשיא לו את התשואה האופטימאלית.

הדבר מתחשב "למודל תלוי גיל" שמחייב את הגוף המוסדי להתאים את הסיכון לגיל החוסך- לכל קבוצת גיל. הסיכון הולך וקטן עם השנים. העמית יכול להתנות על כך ולהחליט שהוא רוצה אפיק השקעה מסוכן יותר.

3. **העברות**- חוסך רשאי להעביר את הכספים שלו בין הגופים השונים בכל עת, העברה בתוך 20 ימי עסקים, אין קנס על העברת הכסף, כ-30 מיליארד ש"ח מועברים כל שנה בין הקופות השונות, שיעור העברות פנימה מחיסכון כולל - כ-10%. העברות של כספים בין הגופים.

4. **דמי ניהול**- המחיר שחוסך משלם עבור השירותים שהוא מקבל מהגוף המוסדי. ניתן להתמקח על גובה דמי ניהול.

• **תקרות דמי ניהול:**

קופות גמל וביטוח מנהלים: הפקדה - עד 4%, צבירה - עד 1.05%.

פנסיה: הפקדה – עד 6%, צבירה – עד 0.5%.

• **ממוצע דמי ניהול:**

קופות גמל – 0.66% מצבירה 1.19% מהפקדות.

קרנות פנסיה – 0.30% מצבירה 3.44% מהפקדות.

מחיר שמשלמים עבור ניהול הכספים ע"י הגוף המוסדי. ב2013 הייתה רשומה בדמי הניהול בגופות הגמל וביטוח מנהלים הגבלה של עד 2% מהצבירה. היום התקרה של דמי הניהול בגמל וביטוח הוא 4% והצבירה עד 1.05%.

הפקדה זה כל כסף שהאדם מפקיד בכל חודש ו**צבירה** זה מכלל החיסכון מהסכום הצבור בחיסכון בסוף. **פנסיה**- הפקדה עד 6 אחוז ו**צבירה** עד 0.5 אחוז. בפועל דמי הניהול נמוכים יותר כי זה רק תקרה. כמה האדם משלם על התענוג.

5. **סיכויים ביטוחים**- מעטפת סוציאלית וביטוחית לחוסך עבור מוות ואבדן כושר עבודה.

• **כיסוי למקרה מוות:**

תשלום קצבה חודשית לשאיירי החוסך (בת זוג וילדים עד גיל 21).

תשלום סכום חד-פעמי למוטבי החוסך.

• **כיסוי אבדן כושר עבודה / נכות:** תשלום קצבה חודשית עד גיל פרישה בגובה עד 75% מהשכר המבוטח.

- **תקרת תשלום לכיסויים ביטוחיים:** עד 35% מסך הפקדות.
 - **סוגי ביטוח:**
 - **קופות גמל וביטוחי מנהלים – מבטח; פנסיה – הדדי.**
 - **חובת רכישת כיסויים ביטוחיים**
- בקרנות פנסיה חדשות חובה לרכוש כיסויים ביטוחיים; רווק רשאי לוותר על כיסוי למקרה מוות

מעטפת ביטוחית של אובדן כושר וכיסוי מוות. ההפקדה בקרן הפנסיה, התשלום חודשי והולך לשארים. אובדן כושר עבודה הוא עד גיל הפרישה, מגיל הפרישה מקבלים את הפנסיה ככיסוי ולא צריך את אובדן כושר העבודה. הכיסויים המשלימים והפנסיה הם הכיסויים ההדדיים וקופות גמל וביטוחי מנהלים חברת הביטוח עושה.

6. משיכות:

- **משיכות כדין (במסגרת המסלול המאפשר):**
עד 2008 – הון או קצבה.
אחרי 2008 – קצבה עד רובד בסיסי (כ 4,500 ₪)
 - **תנאי מסכנות:** תנאים סוציאליים המאפשרים משיכה (מיעוט הכנסות, מחלה וכדומה).
 - **משיכות שלא כדין-** משיכה המלווה בתשלום קנס של 35% לפחות.
 - **משיכת פיצויים-** ניתנים למשיכה בעת ניתוק יחסי עבודה, עלולים להפחית קצבה בשיעור של 40%.
- הפוליסה הכי טובה עבור המבוטח הוא פוליסה מסוג כיסוי ספציפי. הפרמיה הכי גבוהה הוא בפוליסה מסוג ספציפי והכי נמוכה בפוליסה המכסה כל עיסוק. בד"כ, הפוליסה הרגילה הטיפול ניתן רק אם נשללת לי 75% מכושר התעסוקה במקצוע ויש להוכיח קש"ס בין המחלה והתאונה לאובדן כושר העבודה ושהאובן כושר העבודה היה בתקופת הביטוח לא לפני ולא אחרי. המשיכה היא בגיל פרישה ואם האדם לא משך בגיל פרישה, הוא מחויב במס של שיעור מינימאלי 35%. ניתן למשוך בתנאים מסוימים גם קודם לגיל הפרישה. משיכת פיצויים- באופן עקרוני, ניתן למשוך את רכיב הפיצויים בעת סיום יחסי העבודה, אבל, יש לכך השפעה שלילית על החיסכון הפנסיוני כי יש פחות כסף צבור, פחות כסף נושא תשואה.

יש 2 סוגי מוצרים של ביטוח חיים, כאלה שמשלבים חיסכון וכאלה שלא משלבים חיסכון. אלה שמשלבים חיסכון אמרנו שהם למעשה ברובד השני ונלווים למוצר הפנסיוני. מה זה מוצר פנסיוני? הוא נהנה מהטבות מס כדי שהחוסכים לא ייפלו לנטל על המדינה. רוצים להבטיח שבמהלך השנים הם ישיגו לעצמם הכנסה לגיל הפרישה ולכן ההסדר מבוסס על הטבות מס. הכסף מנוהל ע"י גופים מוסדיים: קרן פנסיה, קופות גמל וביטוח מנהלים שלכל אחד מהם נתלווה ביטוח חיים וסיכון. ארנו שמ2008 מחויבים למשוך את כל הכסף כקצבה, אלא אם כן, צבר סכום מינימאלי, קצבה מזערית, ואמרנו שהיא חייבת להיות קצבה חודשית לכל החיים. ואז דיברנו על הגורמים שמשפיעים על החיסכון.

צדדים לחוזה ביטוח

סעיף 1 לחוק חוזה ביטוח קובע ש"חוזה ביטוח הוא חוזה בין מבטח לבין מבוטח המחייב את המבטח, תמורת דמי ביטוח, לשלם, בקרות מקרה הביטוח, תגמולי ביטוח למוטב". כלומר, הצדדים לחוזה ביטוח הם המבטח והמבוטח.

המבטח

סעיף 14 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) התשמ"א-1981 קובע שתנאי מוקדם לחברה המבקשת לעסוק בביטוח בישראל הוא קבלת רישיון לפי סעיף 15(א) "הממונה רשאי, לפי שיקול דעתו לתת –

1. לחברה כהגדרתה בחוק החברות – רישיון מבטח ישראלי,
2. לתאגיד חוץ רשום בישראל העוסק בביטוח במדינת חוץ ונתון לפיקוח של שלטונות מדינת החוץ – רישיון מבטח חוץ".

רישיון מבטח ניתן עפ"י ענפי הרישיון שלגביהם מבוקש הרישיון בלבד.

"עיסוק בביטוח" מוגדר בחוק הפיקוח:

"התקשרות דרך עסק בחוזה ביטוח, למעט מתן אחריות למצרך או לשירות הנלווה לעיסוק עיקרי אחר של נותן האחריות; לענין זה, "התקשרות" - לרבות הצעה להתקשרות ולרבות התקשרות שלא לשם הפקת רווחים;

מבטח הפועל ללא רישיון חשוף לסנקציה פלילית.

➤ בבקשה לקבלת רישיון (סעיף 16 לחוק הפיקוח), יפורטו בין היתר:

7. פרטי תכניות הביטוח ותנאי הביטוח המוצעים.
8. פירוט תעריפי דמי הביטוח המוצעים שייגבו מהמבוטחים.
9. דוגמאות של פוליסות וטפסי הצעת ביטוח בהם יש כוונה להשתמש.
10. פרטים בדבר הסדרי ביטוח משנה המוצעים.
11. פרטים לענין נושאי המשרה ובעלי אמצעי השליטה בחברה.
12. פרטים בדבר האמצעים הכספיים של המבקש.

➤ במסגרת השיקולים למתן הרישיון (סעיף 17 לחוק הפיקוח) שוקל הממונה, בין היתר:

13. את התאמתם של בעלי השליטה בחברה - בהיתר השליטה נלקחים בחשבון, בין היתר, ניסיונו העסקי של המבקש, חוסנו הכלכלי, מהימנותו ועסקיו האחרים.
14. תרומת מתן הרישיון לתחרות בשוק, לשירות בו וטעמים שבטובת הציבור.
15. סעיף 35 לחוק מסמך את שר האוצר לקבוע בתקנות הוראות לעניין הון עצמי מינימלי, ואת הממונה, לאחר התייעצות בועדת כספים, לקבוע הוראות בדבר הון עצמי נוסף והרכב ההון העצמי (סולבנסי 2).
16. הדרישה לקיומו של הון עצמי נועדה להבטיח את כושר הפירעון שלו – שבקרות אירוע הביטוח יהיו בידי המבטח האמצעים לשלם תגמולי ביטוח למבוטח.

מה קורה בכל זאת כאשר מבטח נכנס לקשיים כלכליים וקיים חשש ביחס לנושר הפירעון שלו? הסיכון

באופן עקרוני רובץ על המבוטח.

פרק ז לחוק הפיקוח מתייחס לשמירה על יכולת ניהול תקין של מבטח וכולל האפשרות של הממונה למנות מנהל מורשה למבטח שקיים חשש שלא יכול לקיים התחייבויותיו (סעיף 68) אך אין חובה לכך. מאפשר מינוי של מנהל מורשה שנכנס להליך של ניהול המבטח כשיש חשש שלא יוכל לקיים התחייבויותיו ואז יוכל להציג תכנית נושים. הממונה לא חייב למנות מנהל מורשה והמנהל לא חייב לקבוע תכנית הסדר, לכן הסיכון בחדלות פירעון רובץ על המבוטחים.

סעיף 70א לחוק הפיקוח קובע שמנהל מורשה שמונה רשאי להציג תכנית הסדר של נושים (בהם מבוטחים) שתכלול סדרי עדיפויות לפי כל מעמד של נושה, ובמסגרת -

סעיף 70א(ב) לחוק הפיקוח קובע - "קביעת סוגי הזכאים וסדרי הקדימה ביניהם, ניתן להעדיף זכאים שתביעתם היא בשל נזקי גוף על פני זכאים שתביעתם היא בשל נזקי רכוש, וזכאים יחידים על פני זכאים שהם תאגידים, וכן ניתן להעדיף זכאים על פי מידת הנזק ויכולתם לשאת בו, והכל על פי אמות מידה שיפורטו בתכנית ההסדר".

הרישיון של המבטח ניתן עפ"י ענפי הרישוי: כללי, חיים ובריאות. כשחברת טלפון נותנת אחריות למוצר שלה, זה לא חלק מביטוח חיים, אלא, זה האחריות שלה למוצר. חוזה ביטוח של חברה ללא רישיון תקף מבחינת הלקוח אם לא ידע שמדובר בביטוח שיש דרישה לחובת רישיון. אך הרישיון הוא על מנת לתת תוקף להבטחות של המבטח.

פרק ז' לחוק

המבוטח

הצד שמשלם את דמי הביטוח לחברת הביטוח בתמורה לכיסוי הביטוחי. יכול להיות אדם פרטי או תאגיד.

היסוד הנפשי של המבוטח לעניין ביטוח:

- דיני הביטוח, בשונה מדיני הניזקין אינם מבוססים על רעיון האשם.
- פוליסת הביטוח מכסה מבוטח גם מפני רשלנותו הוא (לשם כך עושים ביטוח).

לכך שני חריגים:

1. **גרימת מקרה הביטוח במתכוון** – גרימת נזק במתכוון ע"י המבוטח שוללת את רעיון מקריות הנזק (אי ודאות ביחס להתרחשות הנזק) ולכן אינה סיכון שניתן לבטח מפניו. עיקרון זה בא לידי ביטוי **בסעיף 26 לחוק** שקובע כי "נגרם מקרה הביטוח בידי המבוטח או בידי המוטב במתכוון, פטור המבטח מחובתו". נובע גם מטעמים של תקנת הציבור ועיקרון תום הלב

חריג ביטוח חיים – אם התאבדות אירעה כעבור שנה או יותר מכריתת החוזה (סעיף 50 לחוק)

עמ"נ שהמבטח יהיה פטור מתשלום, הוא נדרש להוכיח כי המבוטח צפה תוצאה מסוימת מפעולתו וחפץ בהתרחשותה – פרשנות צרה, דורשת כוונת זדון ממש.

2. בהתקיים יסוד פיסי אובייקטיבי של רשלנות רבתי (סטיה ניכרת מסטנדרט הזהירות) ויסוד נפשי סובייקטיבי של

פזיזות או של אי אכפתיות (וקש"ס בין ההתרשלות לנזק)

פסק הדין מנחה ע"א 56/77 לה נסיונל חברה לביטוח בע"מ נ' סטרפלאסט, פ"ד לג(1) 337 (1979): פוליסת הביטוח קבעה כי "המבוטח ינקוט באמצעי זהירות מתקבלים על הדעת כדי למנוע תאונות ומחלות" וכי זהו תנאי מוקדם לאחריות חברת הביטוח בפוליסה.

בפסק הדין מפי השופט ברק נקבע כי: "לשם הפרת התניה הנזכרת בפוליסה חייבים להתקיים שני תנאים מצטברים, האחד אובייקטיבי והשני סובייקטיבי. התנאי האובייקטיבי הוא כי אמצעי הזהירות אותם נקט המעביד סוטים מרמת הזהירות שמעביד סביר צריך היה לנקוט בנסיבות המקרה; התנאי הסובייקטיבי הוא, כי המעביד התנהג מתוך מצב נפשי של פזיזות או אי אכפיות".

לגבי היסוד הראשון הפיסי: סטנדרט הזהירות הנדרש מהמעביד לצורך שחרור מאחריות המבטח בפוליסה נבחן לפי כוונת הצדדים בפוליסה:

"מילות הפוליסה – "המבוטח ינקוט אמצעי זהירות מתקבלים על הדעת" – הן כלליות וסתמיות, ואין בהם הכוונה מספקת לפתרון השאלה. עלינו לפרש הוראות אלה על-פי כוונתם המשוערת של הצדדים. בעשותנו זאת, עלינו להיות מחד גיסא מודרכים על ידי השיקול שלא לרוקן את הפוליסה מתכנה ולאפשר למעביד לקבל את הביטוח לו הוא צופה והדרוש לו לתשלום לעובדיו, ומאידך גיסא עלינו להיות מודרכים על ידי השיקול כי אין לעודד הפקרות של מעבידים."

בסופו של דבר קובע השופט ברק כי לעניין היסוד הפיסי: "אם נשווה שיקולים אלה לנגד ענינו נגיע למסקנה כי לשם קיומו של היסוד הראשון הנזכר, אין די בסטייה קלה מרמת הזהירות של האדם הסביר, אלא מן הדין הוא להראות כי הסטייה היא ניכרת. הגיונה המסחרי של התניה, ופירושה לאור שיקולי המדיניות שצוינו לעיל, מביא למסקנה כי תחום תחולתה, לענין היסוד הראשון הנזכר, הוא בנסיבות של סטייה ניכרת מרמת הזהירות הראויה".

ביחס ליסוד השני הנפשי קובע ברק כי: "חברת הביטוח תשוחרר מחובתה אם המעביד נמנע מלנקוט באמצעי הזהירות

הנדרשים (כאמור בפסקה 5 לעיל), ובעשותו כן הוא פעל מתוך פזיזות או אי-אכפתיות. מעביד פועל מתוך פזיזות או אי-אכפתיות אם הוא חוזה כאפשרות קרובה (אם כי לא בהכרח ודאית) כי התנהגותו תגרום נזק לעובדיו, דהיינו, שהוא ער לכך שסכנה לחיים או לבריאות נשקפת לעובדיו במעשיו או מחדליו האמורים... אין זה יסוד נפשי של כוונה, ועל כן אין צורך כי המעביד יחפוץ בגרימת נזק לעובדיו. עם זאת אין זה מספיק כי המעביד צריך היה לדעת כי התנהגותו תזיק לעובדיו".

לעניין הזיקה שבין היסוד הפיזי לנפשי מציין ברק כי: "בהיות היסוד השני הנזכר יסוד נפשי-סובייקטיבי, מטבע

הדברים קיימים קשיים בהוכחתו. ברוב המקרים לא יעיד המעביד בבית המשפט כי הוא חוזה כאפשרות קרובה כי מחדליו יזיקו לעובדיו. לפני בית המשפט יהיו לרוב נתונים אובייקטיביים הקשורים ביסוד הראשון, בהקשר זה ניתן לעתים להניח כי אם המעביד צריך היה לדעת שהתנהגותו קרוב לוודאי שתזיק לעובדיו, הרי חזקה עליו כי ידע זאת בפועל (ע"פ 234/64, הנזכר). זהו "מבחן ראייתי" גרידא, מעין קנה מידה מעשי בו ניתן להיעזר".

בנסיבות המקרה קבע **השופט ברק**, כי המעבידה סטתה מרמת הזהירות הנדרשת ממעביד סביר סטייה ניכרת. עם זאת, היסוד הנפשי-סובייקטיבי לא עלה כדי פזיזות ולפיכך המעבידה לא הפרה את חובותיה כלפי חברת הביטוח על פי תנאי הפוליסה, ומן הראוי הוא כי חברת הביטוח תשלם לה.

הנטל הוא על המבטח להוכיח קיום כל התנאים לשלילת אחריותו כאמור, ובמסגרת זאת עליו להוכיח גם קשר סיבתי בין ההתנהגות הרשלנית ובין אירוע הנזק.

- דוגמאות מהפסיקה בהם חברת הביטוח לא הוכיחה קשר סיבתי בין ההתרשלות לבין אירוע הנזק
- שיקולים נוספים שבית המשפט עשוי לשקול לצורך שחרור חברת הביטוח ממחויבות – כגון ענף הביטוח, האם פעולת המבוטח פסולה מבחינה חברתית, האם הסיכון טבוע בעצם הפעילות או הנכס המבוטחים
- האם יש הבחנה בין מבוטחים "חזקים" ל"חלשים" כלכלית?

האם צריך להיות יסוד נפשי מסוים של המבוטח על מנת לקבל ביטוח? דיני הביטוח בשונה מדיני

הניזיקין לא מבוססים על רעיון האשם, על אלמנט של אשם. בדיני הביטוח תובעים את הפוליסה ונפרעים מחברת הביטוח גם אם האדם נהג ברשלנות. רעיון האשם הוא לא חלק מעולם הביטוח אבל יש לכך 2 חריגים:

1. **גרימת מקרה הביטוח במתכוון** – זה לא אירוע שנכנס בגדר אירוע ביטוחי, אלא יש נזק שאנחנו גרמנו במתכוון. התאבדות כעבור שנה- הרעיון הוא שזה פעולה שלאחר שנה יוצאים מנקודת הנחה שלא מתכננים אותו.
2. **אם המבוטח התנהג בצורה לא זהירה שכללה יסוד פיזי אובייקטיבי של רשלנות רבתי ויסוד נפשי סובייקטיבי של פזיזות או של אי אכפתיות וכמוכן יש להוכיח קש"ס בין ההתרשלות לנזק.**

סטרטאפ תעשיות הייתה מעסיק של עובד שנהג במלגזה שהייתה שייכת למפעל. העובד נהג במלגזה ונפג. הוא תבע את המעסיק בטענה שנהג במלגזה מבלי לעבור הכשרה וכי המעסיק נתן לו לנהוג מבלי שידע לנהוג עליו. המעסיק טען לרשלנות תורמת מצד העובד שנהג שלא היה לו רישיון ותבע כצד ג' את הביטוח על ביטוח עובדים. החברה טענה שהמעסיק לא עמד בחובה שלה על פי הפוליסה על מנת למנוע תאונות.

המעסיק חייב בפיצויים לעובד. ביחסים שבין המעסיק לחברת הביטוח, חברת הביטוח חייבת על פי הפוליסה. **האם ההתנהלות של חברת הביטוח שאפשרה את הפעילות של העובד לנהוג ללא רישיון וללא הדרכה עולה לכדי רשלנות או עומדת בניגוד להוראות הכתובות בפוליסה לעניין זה?** כשבוחנים את פוליסת הביטוח כתוב כי המבוטח ינקוט באמצעי זהירות מתקבלים על הדעת כדי למנוע תאונות ומחלות וכי זהו תנאי מוקדם לאחריות חברת הביטוח בפוליסה.

האם יש הבחנה בין מבוטחים חזקים לחלשים כלכלית? בפסיקה הנטייה היא לא לעשות הבחנה בין השניים, אבל בהחלט ניתן לראות שביהמ"ש מתחשבים במבוטחים שיותר מסכנים, אם הם לא מתוחכמים, לא שולטים בשפה העברית, לא בעלי השכלה וכו'.

שחקנים נוספים

המוטב

המוטב- נהנה מהחווה, אדם שזכאי לקבל את תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח.

המבטח והמבוטח הם צדדים ישירים לחווה ביטוח. המוטב הוא "הנהנה" מחווה זה – כלומר האדם הזכאי לקבל את תגמולי הביטוח בקרות מקרה הביטוח. (חווה לטובת צד שלישי). מעמד המוטב מוסדר בעיקר **בסעיפים 11-13 לחוק חווה הביטוח**.

יירושה – בהעדר הוראה אחרת במקרה מותו של אדם חל חוק הירושה הקובע אל מי עובר עזבונו של אדם (יורשים עפ"י דין) ומי שרוצה לחלוק עושה צוואה (ואז הצוואה גוברת).

סעיף 147 לחוק הירושה קובע כי "סכומים שיש לשלם עקב מותו של אדם על פי חווה ביטוח, על פי חברות בקופת קיצבה או בקופת תגמולים או על פי עילה דומה, אינם בכלל העזבון, זולת אם הותנה שהם מגיעים לעזבון".

ס' 11(א) קובע כי המבוטח הוא גם המוטב אם לא נקבע מוטב אחר זולתו

ס' 11(ב) קובע כי קביעת מוטב צריכה להיות בדרך שתאפשר את זיהויו (לרבות ע"י קביעת מוטב בלתי מסוים) כתוצאה מאי זיהוי יכול להיות מרוץ בין שני צדדים שלישיים.

לעניין ירושה, ככל שמדובר בזכויות פנסיוניות, בגלל שהמבוטח לא יכול להקנות יותר ממה שיש לו יכול להיות שהוראה כזו תגבור על חוק הירושה, אבל, רק ביחס שלו. כלומר, הדבר משפיע על המוטב לא בצורה ישירה אלא עקיפה. קביעה של מוטב גוברת על חוק הירושה.

פסה"ד דינה חסקין נ' נעמי חסקין- נעמי תקבל. נדון מרוץ בין שני צדדים שלישיים:

אפרים חסקין ביטח את חייו. הפוליסה קבעה כמוטב את: "אשת המבוטח דינה חסקין לבית סולומון אם היא בחיים, אחרת בת-שבע חסקין.". בשעת עריכת הפוליסה, דינה הייתה אשתו של אפרים ואף נולדה להם בת. כמה שנים לאחר מכן בני הזוג התגרשו ועוד באותה שנה אפרים נשא לאשה את נעמי ומנישואין אלה נולדו לו שלושה ילדים נוספים - אך הקביעה הנ"ל בפוליסה לא שונתה. אפרים נפל במלחמת יום הכיפורים ונדונה השאלה למי יינתנו תגמולי הביטוח? הגרשה טענה שהיא הייתה אשת המבוטח בשעת עריכת הפוליסה ואילו האלמנה במועד קרות מקרה הביטוח.

למי לדעתכם צריכים להיות מועברים תגמולי הביטוח?

בית המשפט קבע כי שכוונתו של אפרים, אילו היה נשאל, הייתה וודאי להעביר את הכסף לאלמנה אך שכנראה נעלם מהמנוח שמן הצורך לשנות את קביעת המוטב בפוליסה – אך מהרגע ששם הגרושה נקבע לא ניתן לפסוק שהגרושה היא המוטב. יחד עם זאת בית המשפט פסק בסופו של דבר, על יסוד אומד דעתו המשוער של המבוטח, כי כספי הביטוח יחולקו בין הילדים ובין האלמנה (ולא הגרושה)

בכל אופן סעיף ס' 44(א) לחוק חווה הביטוח שנחקק בינתיים קובע מפורשות ביחס לביטוח חיים, שבמקרה של קביעת בן זוג בלא נקיבת שמו תהיה בן הזוג המקרה הביטוח

ס' 11(ג) קובע כי כל עוד לא קרה מקרה הביטוח רשאי המבוטח, בהודעה בכתב למבטח, לקבוע מוטב זולתו ורשאי הוא לבטל הקביעה ולקבוע מוטב אחר (למעט במקרה של מוטב בלתי חוזר).

מוטב בלתי חוזר

לא ניתן לשנות מוטב בלתי חוזר ללא הסכמתו מראש ובכתב וכן המבוטח לא יכול לבטל את הפוליסה ללא הסכמתו של המוטב הבלתי חוזר. לא ניתן לפדות, לסלק או להמיר או להוסיף מוטבים ללא אישורו והסכמתו של המוטב הבלתי חוזר

סוכן הביטוח

מרבית חוזה הביטוח בארץ נכרתים באמצעות תיווך של סוכני ביטוח (אך לא הכרחי)

נתונים: כ-13,000 בעלי רשיון יחידים ועוד כ-1300 בעלי רשיון סוכנות לביטוח וכ-900 בעלי רשיון יועץ פנסיוני.

מעמד משפטי: לפני חקיקת חוק חוזה הביטוח מעמדו המשפטי של סוכן הביטוח לא היה ברור. כיום הנושא מוסדר בסעיפים 32-36 לחוק חוזה הביטוח:

סעיף 32 מגדיר את סוכן הביטוח – "מי שעוסק בתיווך ביטוחים בין מבוטחים לבין מבטחים"

סעיפים 33-36 קובעים שליחות סטטוטורית של סוכן הביטוח כשלוח של חברת הביטוח ב-5 נושאים שונים:

- **סעיף 33 (א) –** שליחות לעניין מו"מ לקראת כריתת חוזה הביטוח ולעניין כריתת חוזה הביטוח.
- **סעיף 33 (ב) –** שליחות לעניין חובת הגילוי בכריתת חוזה הביטוח - יראו את ידיעת סוכן הביטוח לגבי העובדות הנכונות של עניין מהותי כידיעת המבטח.
- **סעיף 34 –** שליחות לעניין קבלת דמי הביטוח.
- **סעיף 35 –** שליחות לעניין מתן הודעות של המבוטח ושל המוטב למבטח.

לגבי סעיף א - ניתן לשנות את נטל השליחות באמצעות הודעה בכתב של המבוטח שיפעל כשלוחו.

לגבי סעיפים ג ו-ד – חברת הביטוח יכולה לשנות את הנטל אם הודיעה בכתב למבוטח.

לגבי סעיף ב – לא ניתן לשנות את נטל השליחות.

- **סעיף 36** מחיל את הוראות חוק השליחות על שליחות זו – והעיקרון של "שלוחו של אדם כמותו" – כלומר שפעולת השלוח מחייב את השולח כלפי צד שלישי והשלוח חב חובת האמון לשולח

בנושאים שלא מפורטים בסעיפים 33-35 מעמד סוכן הביטוח הוא של מתווך

פסק הדין בעניין נעם אורים דן במעמד הסוכן לעניין כריתת חוזה הביטוח –

מפעל של נועם אורים עלה באש יומיים לאחר פקיעת פוליסה קיימת עם חברת כלל ולאחר שהתקשר חוזה ביטוח בין נועם אורים לחברת אליהו באמצעות סוכנות לביטוח ק.ג. . אליהו כפרה בטענה לקיומו של חוזה ביטוח שנקשר בין נועם אורים לסוכנות לביטוח בשמה כביכול.

בפסק הדין נאמר כי: "אחד החידושים שנקבעו בחוק חוזה הביטוח עוסק בהסדרת מערכת היחסים המשולשת שבין המבוטח, המבטח וסוכן הביטוח... אנו רואים כי המחוקק מייחס לסוכן בטוח מעמד נכבד ככל הנוגע להיווצרות חוזה הביטוח ולמהלכו

ומטיל אחריות לגבי חלק מפעולותיו על כתפי המבטח. העיסוק כסוכן ביטוח הינו עיסוק טעון רישוי... המחוקק כיוון לכך שבכל הקשור לפעילות סוכן הביטוח המוזכרת לעיל הנטל לפקח על פעולותיו ולוודא שהסוכן פועל בהתאם להרשאה שקיבל מן המבטח יוטל על המבטח ולא על המבוטח..."

בעת שהוצגה ההצעה לקריאה שנייה אמר חבר הכנסת מרדכי וירשובסקי, בשם ועדת החוקה חוק ומשפט:

על זה היה ויכוח. חברות הביטוח טענו שהן רוצות לראות את הסוכן כשלוחו של המבוטח. אבל אנחנו אמרנו: בא לביתו של אדם תמים מישהו המציג את עצמו כסוכן ביטוח ומחתיים את האדם על הסכם ביטוח. אחר-כך הוא הולך והאדם חושב לתומו שהוא מבוטח, עם כל התנאים שהסוכן אמר והוא שמח וטוב לו, עד שחברת הביטוח אומרת: הוא בכלל לא היה סוכני, הוא לא היה מוסמך לעשות את הדברים האלה, אתה אינך מבוטח... אנחנו רצינו לשים קץ לוויכוח הזה, וקבענו שייאמר, 'יראו את סוכן הביטוח כשלוחו של המבטח'."

"על-כן אין מקום לטענת אליהו בעניין זה. על המבטח לוודא ששלוחו פועל בהתאם להרשאה, ועליו לוודא שהוא בוחר לו סוכן ביטוח מהימן שיפעל לשביעות רצונו... אשר-על-כן, מאחר שלדעתי מכוח [סעיף 33\(א\)](#) לחוק יש לומר שק. נ. הינה שלוחה של אליהו... ניתן לקבוע, כי פעולות ק. נ. לרבות ידיעתה וכוונתה, מחייבות את אליהו."

העיסוק כסוכן ביטוח מחייב רישוי וזאת לאור הנושא המורכב, פוטנציאל הנזק הגדול למבוטח והחשיבות של תחום הביטוח **סעיף 25 לחוק הפיקוח** מגדיר את הדרישות (גיל, תושבות, עמידה בבחינות והתמחות) וסעיף 29 לחוק מסדיר אפשרות ביטול הרישון

לפי סעיף 24 לחוק הפיקוח, חובת הרישוי מתקיימת ביחס "לתיווך לעניין ביטוח"

לעניין **גבולות הפעילות** זו המחייבת ברישיון נקבע, למשל, שהצגה פאסיבית של פוליסות ברשות הדואר תמורת תשלום או מתקנים אוטומטיים לרכישת ביטוח בשדה תעופה - אינם מחייבים רישיון.

סעיף 31 לחוק קובע שלא ניתן לעסוק בתיווך לעניין ביטוח בישראל עם מבטח זר

סעיף 41 לחוק קובע כי מבטח או סוכן ביטוח לא יקבל עסקי ביטוח בתיווך ולא ישלם דמי עמלה אלא למי שיש לו רישיון סוכן והסכם בכתב עם מבטח

הפערים בין הצדדים לחוזה הביטוח

פערי כוחות - מבטח ומבוטח



פערי כוחות- מבטח ומבוטח

חוזה הביטוח עפ"י רוב, הוא חוזה אחיד מוכתב ע"י המבטח שגם מנסח אותו. הצעת הביטוח המוצגת למבוטח מצומצמת יותר וכך במקרים לא מעטים המבוטח לומד על תוכנו המלא של החוזה רק לאחר קרות מקרה הביטוח. חלק מחוזי הביטוח נכרתים באמצעות גורם שלישי (סוכני ביטוח) מה שעשוי לתרום עוד יותר לחוסר הבהירות האופפת את החוזה. קיימת אפשרות לעמוד בהתדיינות משפטית ממושכת.

מצד אחד יש גוף מקצועי, פיננסי גדול ומצד שני המבוטח שאין לו כל ניסיון משפטי מקצועי. **מאפיינים מרכזיים לחוסר**

שוויוניות:

1. **מורכבות חוזה הביטוח**- החוזה מורכב, עמוס בסעיפים, התניות, הגדרות של מקרי הביטוח וכו', דברים שלא בקיאים למבוטחים וכך אינם מכירים את החוזה שנקשרו בו.
2. **חוזה הביטוח מופשט וערטילאי**- הצרכן רוכש את הביטוח כמוצר שיש בו התחייבות לפצות את המבוטח בנסיבות שמתקיימים מקרי הביטוח. המבוטח נפגש בפועל עם החוזה רק בהתרחש המקרה שאז בודקים אם המקרה נכנס בהגדרות הביטוח.
3. חוזה הביטוח הוא **חוזה אחיד ומוכתב מראש**.
4. כשמבוטח מתקשר בחוזה ביטוח בשלב הראשון יש את הצעת הביטוח, הסכם הביטוח והפוליסה הוא ההסכם הרחב. בהתחלה מסכימים על הפרטים המורכבים, תגמולי הביטוח, הפרמיות. **המבוטח מעורב בהסכם הראשוני ואת הפוליסה בפועל הוא מקבל אחרי שהוא כבר מבוטח (בדואר)**. המבוטחים מתקשרים בחוזה ביטוח באמצעות סוכן ביטוח על הפרטים המרכזיים ורק אח"כ מקבל את פוליסת הביטוח.
5. חוזה הביטוח הוא חוזה מורכב ולכן מסתייעים בסוכן ביטוח אבל זה לא תמיד עוזר והפערים אף יכולים לגדול אם הסוכן לא מסביר בצורה ברורה.

התייחסות לחלק ממאפיינים אלו ניתנה ע"י השופט ריבלין בע"א 5775 / 02 פרשת נווה גן נ' הפניקס: "חוזה הביטוח כולל מאפיינים ייחודיים, המבדילים אותו מחוזים אחרים. מבין המאפיינים הללו ניתן להזכיר, בלי למצות, את היותו של מושא הביטוח – "הממכר הביטוחי" – מוצר שאינו מוחשי, את פערי הכוחות המקצועיים והכלכליים בין המבטח למבוטח, את היכולת המוגבלת של המבוטח לעמוד על מכלול הוראותיו ומשמעויותיו של חוזה הביטוח ולהשפיע על עיצובו של חוזה זה – שהוא על-פי-רוב חוזה אחיד..."

וראו גם בע"א 1064/03 אליהו חברה לביטוח נ' עיזבון המנוחה רחל שחר פיאמנטה.

ניתן לסכם את הפערים ביחסי הכוחות בין הצדדים בדברי השופט חשין ברע"א 3128/94 אגודה שיתופית בית הכנסת רמת-חן נ' סהר חברה לביטוח בע"מ: "אכן, חברת הביטוח והמבוטח-בכוח אין הם שווי כוחות: זו מן הנפילים והוא מקטני ארץ. וקטני ארץ, חכמים מחוכמים ככל שיהיו, אין בכוחם לעמוד כנגד הנפילים".

השפעת פערי הכוחות בין הצדדים

על פי התיאוריה הכלכלית הקלאסית, עסקאות רצוניות הן יעילות - מגדילות את הרווחה של הצדדים לעסקה ואת ההקצאה היעילה של המשאבים במשק.

הנחת היסוד ביחס לפעילות יעילה של כוחות השוק:

- לצרכן יש מידע מלא על המוצרים הקיימים בשוק (ויש לו מוטיבציה להשקיע במידע ע"מ לשפר את התנאים).
- הוא עושה שימוש שיטתי ורציונלי במידע ע"מ למקסם את התועלת שלו.

הנחות אלו בדבר יעילות פעילות כוחות השוק אינן מתקיימות בשוק הביטוח:

1. המבוטחים לא מודעים למרבית תנאי חוזה הביטוח:

- מאפייני חוזה הביטוח עליהם עמדנו לעניין פערי הכוחות.
- בפועל, מרבית המבוטחים לא קוראים את החוזה.
- אילו קראו את החוזה לא היו מבינים – אם היו מבינים לא היו יכולים לשנות את תנאיו (חוזה אחיד).
- למבוטח הממוצע למעשה לא משתלם להשקיע בהבנת החוזה ותנאיו – מאחר והעלות בכך עולה על התועלת.

מסקנה – המבוטח הממוצע מודע רק לחלק קטן מתנאי חוזה הביטוח.

הדבר עלול להוביל ל"שוק לימונים": שוק שבו עקב בעיית מידע שממנה סובלים הקונים, מוצרים באיכות גרועה (לימונים) דוחקים אל מחוץ לשוק מוצרים מאיכות טובה. בשוק לימונים מבוטחים לא יכולים להבחין בין פוליסות לפי איכותן. חברת ביטוח לא תציע לציבור פוליסות מאיכות גבוהה שמספקות כיסוי רחב כי לא תוכל לגבות את התמורה שמשקפת את

איכות המוצר. כתוצאה מכך, חברות הביטוח מתחרות מפחיתות אף הן את המחיר ואת איכות הפוליסה והיקף הכיסוי הביטוחי.

המבוטח מודע רק לחלק מהתנאים של חוזה הביטוח, הוא לא יכול להבחין בין הפוליסות עפ"י פרמטר של איכות. פרמטר האיכות הוא לא פרמטר הבחנה בין חוזי הביטוח כי המבוטח לא מבין את הפרטים בו. כתוצאה מכך, חברות הביטוח מציעות חוזה ביטוח נחות ותנאים יותר מצומצמים, (שהרי ממילא לא יכולים לדרוש את פרמטר האיכות כי הצרכן אדיש, הוא לא מבין) ולכן גם המתחרות משוקות חוזה ביטוח נחותי והמבוטחים נשארים עם חוזי ביטוח נחותים.

התמריץ להנפקת חוזים מאיכות נמוכה דומה לתמריץ לרמות – ככל שעלות חשיפת המרמה (חשיפת העובדה שמדובר בחוזה באיכות נמוכה) גדולה יותר, כך גדל התמריץ לרמות (למכור חוזים שאיכותם נמוכה). דוגמא לקיום שוק לימונים בענף ביטוח בארץ.

2. מגבלות קוגניטיביות של צרכנים שעלולה לגרום לטעויות שיטתיות בקבלת החלטות שמעמיקה עוד יותר פערי

הכוחות בין הצדדים - מתבטא בין היתר ב:

- עודף מידע – חוזה ביטוח עשיר במידע בסעיפים ובתניות שונות שהמבוטח מתקשה לעבד ושעלול להוביל להתעלמות שיטתית של הצרכן. מוביל לכך שהמבוטח לא מבין ולהתעלמות שיטתית מצדו
- תופעת הזמינות – במקום לקבוע את ההסתברות האובייקטיבית להתרחשות אירוע מסוים על סמך ניתוח של העובדות, מסתמכים על הזיכרון תוך כדי שליפת מידע "זמין" מהזיכרון באופן שמביא לטעויות בהחלטות החלטות
- אופטימיות יתר – נטייה לאופטימיות יתר גם כאשר מונח לפנינו מידע אובייקטיבי שנוגד את ההערכות האופטימיות שלנו. מחקרים מראים שאנחנו אופטימיים יותר מעל המידה ביחס להתרחשויות באופן כללי ולאסונות בהקשרים ביטוחיים וכבר שמתקשרים אנחנו נוטים להגיד שאם יש סיג הוא לא ייפול על המקרה שלי.
- אפקט המסגור (The Framing Effect) - ההערכה של בני אדם בנוגע לכדאיות של עסקה מסוימת והנכונות שלהם לבצע את אותה עסקה משתנה על-פי אופן הצגת התוצאה – האם התוצאה מוצגת כרווח או כהפסד. מחקר של טבלסי וחתן פרס נובל- כהנמן- לצורה שבה מציגים עסקה או כל דבר יש השפעה על הבחירה. לדוגמא: אם מציגים לאנשים מחקר אמפירי שמתוך 400 חולים שעברו ניתוח- 350 החלימו ו-50 מתו, אז אולי יותר אשים ייטו לקחת את הביטוח ומצד שני, אם יציגו הפוך, יכול להיות שהנטייה תהיה לא לעשות את הניתוח. על ההצגה יש השפעה על הבחירה וזה לא אלמנט רציונאלי בבחירה עצמה.

לבי ההנחה השנייה שהמבוטח עושה בחירה רציונאלית לגבי הביטוחים גם לא מתקיימת כי בני האדם לוקים במגבלות קוגניטיביות שיטתיות שמביאים לטעויות שיטתיות בקבלת החלטות שמעמיקה עוד יותר פערי הכוחות בין הצדדים:

חברות הביטוח יכולות לעשות שימוש בסייגים שקבועים בפוליסה ולהגיד שהפוליסה תחול בשעות היום ולא בשעות הלילה.

מסקנה - כשל שוק מובנה בתחום הביטוח שבו המבוטחים אינם יכולים להביא לידי ביטוי את העדפותיהם האמתיות. בעיית

המידע של המבוטח הטיפוסי לא נובעת רק מחוסר מודעות להוראות החוזה אלא מחוסר יכולת להפנים ולעבד את משמעות המידע. קושי זה מתחזק עוד מאחר שבחלק ניכר מהמקרים התקשרות בביטוח נעשית באמצעות סוכן ביטוח שעלול להיות מונע מאינטרס עצמי

התערבות חיצונית בתוכנם של חוזי ביטוח

התערבות חיצונית בתוכנם של חוזי ביטוח



פערי המידע בין הצדדים לחוזה הביטוח שמביאים לכשל השוק בתחום הביטוח, העובדה שחוזה הביטוח הוא מוצר חיוני ובסיסי בחברה מודרנית, שלעיתים קיימת חובה לעריכתו, עומדים ברקע פעילותם של שלושה שחקנים נוספים בשוק הביטוח המשתתפים בעיצובם של חוזי הביטוח:

- הרשות המחוקקת - באמצעות הוראות חוק חוזה הביטוח וחוקים אחרים.
- הרשות המבצעת - באמצעות תקנות של שר האוצר ובהוראות של הממונה על שוק ההון - מכוח הסמכה בחוקי הפיקוח על הביטוח.
- הרשות השופטת - באמצעות פרשנות הניתנת לחוק חוזה הביטוח ולחוזי ביטוח בפסקי דין.

לאופן ההתערבות של כל אחד מהגורמים החיצוניים מאפיינים שונים:

- ההתערבות של הרשות המחוקקת היא כוללנית - מעצם טיבו, החוק אינו מתחשב בפרמטרים שעשויים להיות להם חשיבות בנסיבות של מקרה קונקרטי. מאידך, מביא לידי ביטוי שיקולים המתייחסים לשוק בכללותו.
- לבית המשפט המכריע בסכסוך ספציפי - יתרון בכל הקשור באיסוף מידע בקשר לסכסוך הנדון בפניו, אך חוסר במידע ההשוואתי ביחס לתנאי השוק בכללותו בגיבוש מדיניות כוללת.

- הפיקוח על הביטוח - מנגנון ביניים שמצד אחד, מחזיק במידע ברזולוציה גבוה יותר מזו של חקיקה ראשית ומצד שני, יכול להפעיל שיקולי מדיניות כללית ולנקוט בפעולות מהירות.

מערכת הדינים החקוקה החלה על חוזה הביטוח:

- חוק החוזים (חלק כללי) וחוק החוזים (תרופות) (הפוליסה מעצם טבעה הוא חוזה).
 - חוק החוזים האחידים (הפוליסה הוא חוזה אחיד).
 - חוק חוזה הביטוח.
 - חוקי ביטוח מיוחדים, כגון פקודת ביטוח רכב מנועי.
 - חוק הפיקוח על הביטוח.
 - הסדרי ביטוח נקודתיים הכלולים בחקיקה לבר ביטוחית - (דוגמת הוראת סעיף 147 לחוק הירושה וסעיף 30 לחוק מידע גנטי).
 - תקנות הפיקוח על הביטוח.
 - חוזרי הממונה - הנחיות מנהליות שמוצעות בעיקר מסעיף 2(ב) לחוק הפיקוח על הביטוח.
- המטרה והתכלית היא לאזן וליישר את הפער בין המבוטח למבטח.

הכללים המסדירים את יחסי הגומלין בין כל המקורות הנורמטיביים הם כללי הפרשנות הרגילים:

- הוראה מיוחדת גוברת על הוראת כללית.
- הוראת חוק, בין שהיא כללית ובין שהיא מיוחדת, גוברת על הוראת תקנה או חוזר.

חוק החוזים (חלק כללי) וחוק החוזים (תרופות)

מעצם היות חוזה הביטוח בראש ובראשונה חוזה, חל עליו חוק החוזים הכללי וחוק החוזים תרופות שהם חוקי החוזים הכלליים. חוק חוזה הביטוח הוא ההוראה המרכזית המסדירה חוזה ביטוח – שהוא חוזה מיוחד. העדיפות של חוק חוזה ביטוח שנמנה על חוקי החוזים המיוחדים באה על ביטויה בסעיף 61(א) בחוק החוזים הכללי המורה כי "הוראות חוק זה יחולו כשאין

בחוק אחר הוראות מיוחדות לעניין הנדון". הוראה דומה קיימת בסעיף 22(ב) לחוק התרופות. כאשר הוראה של חוק חוזה ביטוח אינה מתיישבת עם הוראה בחקיקה הכללית של חוזים – הוראת חוק חוזה ביטוח גוברת.

הממשק בין חוקי החוזים הכלליים ובין חוק חוזה ביטוח:

1. חוקי החוזים הכללים חלים בכל אותם עניינים שלא מוסדרים בחוק חוזה הביטוח, ובכלל זה: דרכי כריתתו של חוזה, ביטול החוזה בשל פגם בכריתתו, צורת החוזה וקיום החוזה, פירוש החוזה, דין משלים לדיון החלקי בלבד ביחס לתרופות הניתנות לנפגע בשל הפרת חוזה.
2. מקור פרשני להוראות חוק חוזה ביטוח- בהצעת חוק חוזה ביטוח צוין באופן מפורש כי החוק "תוכן ונוסח – והתבקש להתפרש – לאור חוק החוזים חלק כללי".

חוק החוזים האחידים

האם הוראה שנקבעה בתקנות או בחוזה כפופה וחסה תחת הוראות חוק חוזה אחיד או לא? מקובל לעשות הבחנה בין תקנות שאז מכוח הסעיף הזה הגישה המקובלת היא שחוק חוזה אחיד לא חל עליהם לבין הוראות המפקח. חוזה הביטוח מנוסחים על-ידי חברות הביטוח בלבד ותנאי התקשרות נשלטים ומוכתבים מראש.

סעיף 1 לחוק החוזים האחידים, התשמ"ג-1982, מגדיר "**חוזה אחיד**" - כ"נוסח של חוזה שתנאיו, כולם או מקצתם, נקבעו מראש בידי צד אחד כדי שימשו תנאים לחוזים רבים בינו לבין אנשים בלתי מסוימים במספרם או בזהותם".

חוזה הביטוח הוא חוזה אחיד - כפוף לחוק החוזים האחידים ולהגבלות שקבועות בו לגבי תנאים שיש בהם משום קיפוח לקוחות או משום יתרון בלתי הוגן שעלול לקפח לקוחות.

בר"ע 3128/94 **אגודה שיתופית בית הכנסת נ' סהר** בע' 303 - "חוזה ביטוח הינם, ככלל, חוזים אחידים (contract of adhesion) ניסוחם הוא בידי חברות הביטוח - שמא נאמר: בידי אנשי המקצוע של חברות הביטוח - ובמהלך הדברים הרגיל אין למבוטחים כל השפעה על תוכנם. פלוני שיבקש לבטח עצמו כנגד סיכון זה או אחר, יונח חוזה ביטוח לפניו (על דרך הכלל - לאחר כריתתו של החוזה) וכך ייאמר לו: קח - או הנח (take it or leave it) אם לא ייקח, ויניח - לא יקום ביטוח ופלוני יישא בסיכון בעצמו, ואילו אם יילך אצל מבטח אחר, יחזור ויישנה המחזה שהיה בחברת הביטוח הראשונה".

סעיף 23(א)2 לחוק מסייג את תחולתו על "תנאי התואם תנאים שנקבעו או אושרו בחיקוק" - עפ"י הגישה המקובלת, הסדרים חוזיים כופים שעוגנו בתקנות הפיקוח על הביטוח ובכלל זה - הפוליסות התקניות לביטוח רכב וביטוח דירה – פטורים מעולו של החוק. לעומת זאת, תכניות ביטוח שאושרו ע"י הממונה אינן נהנות מחסינות דומה מפני החוק.

חקיקה לבר ביטוחית

סעיף 147 לחוק הירושה - "סכומים שיש לשלם עקב מותו של אדם על פי חוזה ביטוח, על פי חברות בקופת קצבה או בקופת תגמולים או על פי עילה דומה, אינם בכלל העיזבון, זולת אם הותנה שהם מגיעים לעיזבון".

סעיף 30 לחוק מידע גנטי – (ב) מבטח לא ישאל מבוטח או מועמד לביטוח (להלן - מבוטח) אם עבר בדיקה גנטית ולא יבקש ממבוטח תוצאות של בדיקה גנטית או לעבור בדיקה גנטית.

(ג) נוסף על הוראות סעיף קטן (ב) לא יעשה מבטח שימוש במידע גנטי מזוהה או בסירוב למסור לו מידע כאמור, כדי לסרב, לדחות או להתנות את הכיסוי הביטוחי של אדם, להגדיל או להקטין את שיעור דמי הביטוח, או להשפיע על תנאי הביטוח בדרך כשלהי.

חוק הגנת הצרכן

אע"פ שהיחסים בין חברת ביטוח לבין המבוטח הם יחסים של ספק-צרכן, **חוק הגנת הצרכן, התשמ"א-1981 לא חל על חוזה הביטוח -סעיף 39(ב) לחוק** מסייג תחולתו על שירות הניתן בידי מבטח או סוכן ביטוח כמשמעותם בחוק הפיקוח על הביטוח באופן עקרוני היחסים בין מבטח למבוטח הם יחסים בין ספק לצרכן, אבל חוק הגנת הצרכן לא חל בתחום הביטוח. יש סעיף פרטני שמסייג את תחולתו ס' 39(ב) לחוק שקובע שלא יחול כי תופסים את חוק הביטוח כחוק הגנת הצרכן. נושא הביטוח נתפס כנושא הגנת הצרכן.

חוקי ביטוח מיוחדים - כגון פקודת ביטוח רכב מנועי

העדיפות של החוקים הפרטניים הם מכוח ס' 73 לחוק חוזה הביטוח. כלומר שיש חקיקה פרטנית בהתאם לכללים שדיברנו בתחילת השיעור חקיקה ספציפית גוברת על חקיקה כללית. חקיקה ספציפית בביטוח גוברת על חוק חוזה ביטוח. חוק חוזה הביטוח הוא חוק כללי בתחום הביטוח הנדחה מפני הוראותיהם של חוקי הביטוח הספציפיים. בין יתר ההוראות הספציפיות - פקודת ביטוח רכב מנועי וחוק הפיצויים לעניין תאונות דרכים. **קבוע בסעיף 73 לחוק חוזה הביטוח** הקובע כי: "הוראות חוק זה יחולו כאשר אין בפקודת רכב מנועי או בחוק אחר הוראות מיוחדות לעניין הנדון".

חוק חוזה ביטוח - להדפיס לבחינה

רקע לחוק: **חוק חוזה הביטוח**, תשמ"א -1981 חוקק בשנת 1981 ונכנס לתוקפו בשנת 1982. הוא מתבסס על דיונים של ועדה מקצועית שמינה שר המשפטים בשנת 1966 של משרד המשפטים. החוק מתבסס על המשפט הקונטיננטלי, ובעיקר על החוקים של שוויץ (קרבה מיוחדת), צרפת, גרמניה ואיטליה. החוק בא להחליף את הדין שהיה קיים בארץ שהתבסס על החוק עות'מני משנת 1904, אשר הסדיר סוגיות מסוימות בביטוח נכסים, ועל הלכות של המשפט האנגלי בנושאי ביטוח (שיובאו

באמצעות סימן 46 לדבר המלך במועצתו). המצב שהיה קיים טרם לחקיקת החוק של הישענות על מקורות משפטיים שונים היקשה על מלאכת בתי המשפט ויצר הצורך בחוק חדש.

לניתוק זה של דיני הביטוח מהמשפט האנגלי וביסוסו על מקורות מהמשפט הקונטיננטלי משמעות רחבה, מאחר שהמשפט הקונטיננטלי, ביחס למשפט האנגלי, נוטה לטובת ציבור המבוטחים, תחת ההנחה שהמבוטח נהנה מכוח עודף ביחסים עם המבוטחים. החוק מסדיר את חוזה הביטוח המסחרי (כלומר בין חברת ביטוח מסחרית ומבוטח) ולא חל ביחס לביטוחים סוציאליים של המדינה – כגון ביטוח לאומי המוסדרים מכוח חוק נפרד – כפי שגם מצוין באופן מפורש בהצעת החוק.

החוק לא חל על:

- **ביטוח משנה**, למעט סעיף 62 לחוק בנושא תחלופי.
 - **ביטוח ימי וביטוח אווירי** – סעיף 72(א)(2), למעט סעיף 62 וסעיף 69 לענין פשיטת רגל של המבוטח.
 - **ביטוח ימי** פורש בפסיקה כחל על ביטוח סחר ימי (גוף האנייה ומטען) ומפני סיכונים שייחודים לסיכוני הים - כלומר גניבה של מנוע סירה לא נחשב ביטוח ימי כי אין מדובר באירוע נזק שמקורו בסיכוני הים.
 - הפוליסות ל**ביטוח אווירי** מבוססות ברובן על הפוליסות האנגליות בתחום הימי.
 - בנושאים אלו חל הדין הקודם העות'מנית, אולם הצדדים יכולים להתנות על החוזה, במפורש או במשתמע, לדין אנגלי או דין אחר (מרבית הפוליסות כוללות סעיף המפנה לדין האנגלי).
- ביטוח ימי** זה רק על הסיכונים שבמים, שנובעים מהמים. לא אם מישהו גונב חלק מהסיפון. חוק חוזה ביטוח לא חל על ביטוח ימי, ביטוח משנה כביטוח אווירי- כי התחומים מוסדרים ע"י אמנות בינלאומיות. מדובר בשחקנים מקצועיים חזקים, אין את אותם היבטים צרכניים שמכוחם חוק חוזה ביטוח נועד לקדם ולשרת כדי לאזן את הפערים לכן חוק חוזה ביטוח לא חל והצדדים מספיק חזקים כדי לשמור על האינטרסים של עצמם וכן בנושא הזה חל הדין העותומאני.
- **חוזים שנכרתו טרם כניסתו לתוקף** – עליהם חל הדין הישן, אך החוק והמגמות מאחוריו מהוות מקור פרשני.
 - **ביטוח הדדי** – קרן פנסיה: מוחרג מכוח צו של שר המשפטים לפי סעיף 72(ב) לחוק

החוק בנוי מחלק כללי המתייחס לכל סוגי הביטוח, ומחלקים ספציפיים הנוגעים בסוגי ביטוח מיוחדים (מבנה הדומה למבנה הקיים בשיטות הקונטיננטליות).

בחלק הכללי קיימות הוראות המתייחסות לכל ענפי הביטוח הכוללות בין היתר:

- התייחסות למהותו של חוזה הביטוח, חובת הבלטת הגבלות בפוליסה (ס' 3), הסדרי הגילוי הטרם-חוזיים (ס' 6-8), תקופת הביטוח (ס' 9), מעמד המוטב (סימן ב), דמי הביטוח (סימן ג), שינויים בסיכון (סימן ד), תגמולי הביטוח (סימן ה), מעמדו המשפטי של סוכן הביטוח (סימן ו) והוראות שונות (סימן ז).
- סעיף 40 קובע שהוראות החלק הכללי יחולו על כל סוגי הביטוח, אלא אם יש בחלק אחר בחוק חוזה הביטוח או בחוק אחר הוראה ספציפית.
- חלקים הספציפיים בחוק מתייחסים לביטוח חיים (פרק ב), ביטוח תאונה, מחלה ונכות (פרק ג), ביטוח נזקים (פרק ד) המורכב מביטוח נכסים ומביטוח אחריות.

תכלית החוק:

תכליתו המרכזית של החוק היא להגן על ציבור המבוטחים מהכוח העודף של המבטח, כדברי ביהמ"ש בע"א 391/89 **וייסנר נ' אריה חברה לביטוח בע"מ**: "חוק חוזה הביטוח ואותן הוראות של חוקי הפיקוח על עסקי ביטוח העוסקות במישור המשפט הפרטי שביחסי המבטח-מבוטח, המבטאים את מדיניותו של המחוקק, הם חוקי צרכנות מובהקים שנקודת המוצא שלהם היא אי שוויון בין הצדדים ומגמתם הברורה היא לשמור על המבוטח מפני כוחו העדיף של המבטח ולאזן את חוסר השוויון ביניהם".

ע"א 1845/90 **סיני נ' מגדל חברה לביטוח בע"מ**: "יש בכלל זה כדי לתמוך בהנחה שמטרת החוק האמור הייתה להגן על המבוטח. הנחה זו נסמכת בראש ובראשונה על הוראות החוק עצמו, דוגמת הוראת סעיף 39, המאפשרת התניה על הוראות מסוימות בחוק לטובת המבוטח או המוטב בלבד (הוראה שאין דומה לה לגבי המבטח); וכן על שיקולי מדיניות רחבים יותר, שעניינם ביחסי הכוחות שבין המתקשרים, המבטח והמבוטח, והצורך להגן על האחרון, שכוח המיקוח שלו, בדרך כלל, חלש יותר".

התכלית של החוק הינו תכלית צרכנית. יש בו פערים בין המבטח והמבוטח שחוק חוזה ביטוח הינו אחד האמצעים שמאזן את הפער. התכלית של החוק הוא לאזן בצורה טובה יותר את פערי הכוחות בין המבוטח למבטח. בסעיפים יש הוראות קוגנטיות שלא ניתן להתנות עליהם וזאת כדי לבטא את הרצון לשמור על המבוטח ולאזן בין פערי הכוחות. **המגמה היום**, היא לצמצם את הסעיפים הדיספוזיטיביים, במידה והצד החזק קובע הדר המנוגד לדין הכללי הנטייה של ביהמ"ש תהיה לפרש אותו בצורה מצומצמת.

חוק חוזה ביטוח כולל מס' דוגמאות בנוגע לחיזוק מעמד המבוטח ביחס לדין הקודם:

- קביעתן של הוראות קוגנטיות או קוגנטיות למחצה.
- "ריכוך הגישה (הנפוצה במשפט האנגלי) של הכל או כלום ומביאות לכך שחטא שחטא המבוטח או המוטב, אינו משחרר את המבטח מחובתו כליל, אלא רק מפחית את תגמולי הביטוח" – (מתוך הצעת החוק) – למשל קביעת תשלום יחסי למבוטח שהפר את חובת הגילוי (**סעיף 7(ג)**). החלוקה בחוק לחוקים שהינם הוראות קוגנטיות לטובת המבוטח. כלומר, את אותו מרכיב שלא גילה- יקזזו.
- קביעתם של יחסי שליחות סטוטוריים בין המבטח לבין סוכן הביטוח (**סימן ו לחוק**). **פסה"ד נועם אורים**
- חובות פורמליות שעל המבטח לקיים – כגון החובה להבליט הגבלות לפי **סעיף 3 לחוק**.
- הפחתת היקף חובת הגילוי הטרור חוזי שחלה על המבוטח מכוח **סעיף 6 לחוק** ביחס לחוק החוזים הכללי.

בחוק יש 3 סוגים של הוראות:

- **קוגנטיות** - הוראות קוגנטיות שאין להתנות עליהם.
- **הוראות קוגנטיות למחצה** - ניתן להתנות עליהם רק לטובת המבוטח.
- **הוראות דיספוזיטיביות שהצדדים יכולים להתנות עליהן**. דוגמא לסעיף דיספוזיטיבי – סעיף 14 המתייחס למועד תשלום דמי הביטוח עליו ניתן להתנות.

רשימת ההוראות הקוגנטיות והוראות קוגנטיות למחצה קבועות בסעיפים 39, 52, 64 ו-71(א). חלק ניכר מההוראות שבאות להגן על המבוטח הן הוראות קוגנטיות או קוגנטיות למחצה – לדוגמה סעיף 39 שקובע שלא ניתן להתנות על החובה להבליט הגבלות לפי סעיף 3.

סעיף 3- החובה להבליט הגבלות- סייגים לחוזה ביטוח

”תנאי או סייג לחבות מבטח או להיקפה, יפורטו בפוליסה בסמוך לנושא שהם נוגעים לו, או יצוינו בהבלטה מיוחדת; תנאי או סייג שלא נתקיימה בהם הוראה זו, אין המבטח זכאי להסתמך עליהם. **סייג** – שלילת אחריות המבטח מאחריות לתשלום נזק. זהו סעיף קוגנטי שמטרתו לא לאפשר למבטח להגניב סייגים לחבות באותיות הקטנות.

החובה בסעיף משתלבת עם ס' 55 לחוק הפיקוח על הביטוח האוסרת על מבטח לתאר תיאור מטעה של עסקת הביטוח, לגבי עניין מהותי. בפועל, חלק ניכר מתביעות הביטוח נדחה בטענה כי התגבש סייג בפוליסה. הסעיף מבטא גישה מצמצמת של הדין לגבי תניות חוזיות המסייגות את חבות המבטח.

הסעיף נועד להגן על המבוטח מהכנסה של סייגים ואותיות קטנות בפוליסת ביטוח. מדובר בסעיף קוגנטי לא ניתן להתנות עליו. החובה משתלבת עם ס' 55 לחוק הפיקוח שאוסר על הביטוח לתאר תיאור מטעה של עסקת הביטוח. חלק נוסף שלא רוצים שהמבטח יטעה את המבוטח.

בפרקטיקה חלק ניכר מהתביעות שמוגשים ע"י המבוטחים הוא שהכיסוי הביטוחי סויג והוגבל בפוליסה לכן הסעיף חשוב ויש להכיר אותו.

סיבות מרכזיות למגמה המצמצמת:

- המבוטח לומד לראשונה על תנאיו המלאים של החוזה ובכלל זה הסייגים לחבות המבטח רק עם קבלת הפוליסה – כלומר, בשעה שהחוזה כבר נכרת. בנסיבות אלו קשה ליחס למבוטח גמירת דעת לסייגים. אמרנו שבד"כ, חוזה ביטוח נעשה בטלפון ונכרת בטלפון ורק אח"כ אנחנו מקבלים את הפוליסה, זה למעשה התיעוד, הראייה שנחתם חוזה וכשמקבלים את הפוליסה החוזה נכרת ולכן לא ניתן לייחס לצדדים, למבטח גמירת דעת בנוגע לסעיפים בפוליסה. לא היה למבוטח אפשרות לבסס גמירת דעת בנוגע לסעיפי הפוליסה ולכן הסעיף מגיע, על מנת, להגן והמגמה היא לפירוש בצורה מצמצמת. אין גמירת דעת לגבי קביעת הסייגים, המבוטח רואה אותם רק לאחר שנכרת החוזה.
- טענת הסייג מועלית ע"י מבטח בד"כ רק לאחר קרות מקרה הביטוח - בשלב זה, הפער בין המבוטח למבטח הוא בשיאו (לרעת המבוטח). לאחר שכבר קרה מקרה הביטוח פערי הכוחות בין הצדדים הוא לגמרי לטובת המבטח. העובדה שהמבוטח נחשף לסייג בפוליסה רק בשלב שכבר מקרה הביטוח קרה- זה מאד בעייתי מבחינת המבוטח וזה סיבה טובה לפרש בצורה מצמצמת את עצם האפשרות להתנות על אותם סייגים.

וכדברי הנשיא שמגר בע"א 4819/92 אליהו חברה לביטוח בע"מ נ' ישר: "...המבטח הוא בעל כוח רב כלפי המבוטח, כי עם קרות האירוע הביטוחי נתון המבוטח לעתים קרובות לחסדי המבטח, אשר לו שילם פרמיות טבין ותקילין. המבטח

יכול עתה לגרום להתמוטטותו הכלכלית של המבוטח אם לא יקיים את התחייבותו או אם ישהה אותה ולא ישפּהו כדי לסייע בהחזרת המצב, במידת האפשר, לקדמותו".

פסה"ד אליהו נ' ישר- מדובר בבעלים של רחבים ומשאיות וביטח כמה משאיות במשך מס' שנים בשנות ה-80 בחברת הביטוח אליהו. 2 מהמשאיות נגנבו והבעלים של המשאיות היה אדם בלי השכלה רחבה חברת הביטוח טענה שהוא היה צריך להתקין אמצעי מיגון שכתובים בפוליס והוא לא התקין. בעל המשאיות כתב שלא ידע על האמצעי המיגון שיש בפוליסה אבל התקין אמצעי מיגון אחרים. הרעיון הוא שלא היה מודע לסייגים בפוליסה, לאמצעי המיגון שנדרש להרכיב ובמידה ולא ירכיב-לפוליסה שלא יהיה תוקף. הדרישה שהסייג יהיה בסמוך לנושא שנוגע לו היא רק תנאי הכרחי, היא לא מבטלת את הדרישה שיהיה גם בהבטלה. כלומר, צריך להיות גם בהבטלה וגם סמוך לנושא. בנוסף אומר שאם קובעים סייג בסמוך לנושא שלו אבל בתוך מלל רב, כלומר בצורה שלא מובטלת ומתחבאת במלל רב של מילים- גם אז לא יצא המחוקק ידי חובה.

- במקרים רבים התניות והסייגים שוללים לחלוטין את זכויותיו של המבוטח לפי הפוליסה. הסייג קובע תוצאה ליניארית של הכל או כלום. רק לאחר שמתקיים מקרה הביטוח בא המבטח ואומר שהמבוטח שילם לחינם כי לפי חוזה הביטוח המקרה נופל לסייג ואת זה ביהמ"ש לא אוהבים.
- האינטרס השיווקי של המבטח למכור עומד במתח מול הסייגים הקיימים בפוליסה ומתמרץ אותו לא להבליט הסייגים. חברה הביטוח מצד אחד בשלב המכירה כמו כל חברה יצרנית למעשה היא רוצה להגיש את היתרונות של המוצר ולא רוצה להבליט את החסרונות כי רוצה שיקנו את המוצר את הביטוח וזה אנומליה שפועלת לרעת המבוטח, כי האינטרס העסקי של חברת הביטוח הוא לא לגלות את הסייגים ולכן החוק שומר ומפרש בצורה מצמצמת את הסייגים.

לשון סעיף 3 מאפשרת לחברת הביטוח לבחור בין שתי חלופות :

- פירוט הסייג בפוליסה בסמוך לנושא שהם נוגעים לו.
- ציון בהבלטה מיוחדת- "הבלטה מיוחדת" היא שאלה של מידה. צריך להיות גם צמוד לנושא, גם בולט וגם בצורה שמבדלים אותו ולא בתוך מלל רב.
-

תקנה 3 לתקנות הפיקוח על עסקי ביטוח (צורת הפוליסה ותנאיה), תש"ס-1980 קובעת ש"סייג לחבות המבטח או להיקף הכיסוי יפורטו בפוליסה בסמוך לנושא שהם נוגעים לו או יובלטו במיוחד על-ידי שימוש באותיות שונות או בצבע שונה" – אך תקנה זו היא הוראה מדגימה ולא ממצה.

המבחן אם קוימה חובת ההבלטה היא של האדם הסביר המעיין במסמך ומההקשר – כלומר, החשיבות היא בתוצאה ולא בדרך. אך בית המשפט פירש בע"א 4819/92 **בעניין אליהו נ' ישר-** ששתי החלופות צריכות להיקרא כמכוונות לאותה מטרה - מניעת הבלעה של סייג לחבות המבטח – כלומר, מיקום הסייג בסמוך לנושא שהוא נוגע לו מהווה תנאי הכרחי, אך לא בהכרח מספיק, לעמידה בתנאי החלופה הראשונה.

כך, לא ניתן לקבוע סייג שמופיע בסמוך לנושא שהוא נוגע לו אך מובלע בין מגוון תנאים בצורה שאינה מאפשרת את זיהויו :
"תנאי מסייג השזור לתוך טקסט חד-גוני רצוף וצפוף בצורתו, ללא הפרדה ראויה בין הנושאים, אינו יכול לשקף את כוונת

המחוקק בסעיף 3 הנ"ל... כאשר המחוקק חייב הבאת תנאי או סייג בסמוך לנושא שהוא נוגע לו, הוא לא נתכוון להבלעה של התניה בין מיגוון תנאים, אלא להצמדה בלעדית לנושא, המובא בנפרד, בצורה המאפשרת זיהויו. צורת ההדפסה שהובאה לעיל היא דוגמה שגרתית של מקבץ 'אותיות קטנות' מכל וכל כול, שבהן לא רואים פיסקה נפרדת או פירוט של נושא כלשהו".

הבלטה מיוחדת- היא שאלה של מידה, שאלה יחסית. ההנחה היא שהתקנה היא רק הוראה מקדימה ולא ממצה. בשורה התחתונה מה שחשוב הוא **מבחן האדם הסביר** - אם האדם הסביר כשקורא את הטקסט היה רואה את הסייגים בצורה מוחלטת ומובלטת. **המבחן הוא מבחן התוצאה ולא הדרך.**

המגמה המצמצמת של תניות חוזיות המסייגות את חבות המבטח, באה לידי ביטוי גם בכללי פרשנות של בית המשפט – כך בע"א 11081/02 **דולב נ' קדוש**: "עקרון פרשנות תכליתית הנוהג בתחום דיני הביטוח מורה כי יש לפרש הגבלות על כיסוי ביטוחי בפוליסת ביטוח באורח מצמצם... לצד חוזה הביטוח כחוזה אחיד-צרכני, אופיו של הביטוח ותכליותיו מובילים להתייחסות ייחודית אליו, המצדיקה - לצד הסדרתו בחוק מיוחד - גם כללי פרשנות מיוחדים. מדובר במוצר מורכב המספק שירות חיוני לציבור, שהבנת פרטיו ומונחיו מצריכה מומחיות מיוחדת, אלא אם כן התנאים החוזיים כתובים בשפה השווה לכל נפש. הקורא מן השורה עלול להיקלע לקשיים בקריאתו והבנתו של חוזה הביטוח מקום שהתנאים אינם מפורשים בו בבהירות... כלל זה משתלב עם עקרון הפרשנות נגד המנסח, המקבל חיזוק מקום שמדובר בתניות פטור שמטרתן לשלול אחריות לנוקים שאחרת היו מכוסים על-ידי הפוליסה".

המגמה המצמצמת של תניות חוזיות לעניין חובת ההבלטה באה לידי ביטוי גם בכלל הפרשנות של ביהמ"ש - **פסה"ד דולב נ' קדוש** - הרעיון הוא שמפרשים באופן מצמצם את התניות המסייגות והסייג חייב להיקבע באופן מפורש, בולט וברור. כללי הפרשנות של ביהמ"ש גם מסייגים ומפחיתים את תניות המסייגות ומסייעים לנו להתגבר על הפער בין המבטח למבוטח.

ולעניין הדרישה **שחברת הביטוח תנסח בבהירות** את הסייגים לכיסוי הביטוחי ראו גם בפסק הדין **בעניין אליהו נ' ישר**: "הדרישה לבהירות נוסח החוזה מתבטאת ביתר שאת כאשר מדובר בסיוג של חבות חוזית. במקרה כזה הוא חייב להיעשות באופן מפורש, בולט וברור. כך בע"א 188/84 "צור" חברה לביטוח בע"מ נ' חדד [6] נפסק, בעמ' 14, כי "...: כשם שיש לפרש פוליסת ביטוח נגד מנסחה, כך יש גם לפרש את תניות הפטור שבה נגדו."

דרישה נוספת בפסיקה שמפחיתה את התחולה של תנית הפטור, היא **ההוכיח קיומו של קש"ס** בין התגבשות הסייג לכיסוי ובין קיום מקרה הביטוח. למשל, אי קיום דרישה לאמצעי מיגון ברכב בפוליסה אינו רלוונטי למקרה בו מקור הנזק הוא תאונה ולא גניבה.

הקש"ס לא מתקיים - מקרה הביטוח קרה מסיבות שלא קשורות לסייג.

חובת הווידוא - סעיף 3

תנאי נוסף לקיום תניות פטור בחוזה ביטוח שפותח בפסק הדין **בעניין אליהו נ' ישר** הוא קיום חובת ווידוא: על המבטח חלה חובה אקטיבית להפנות את תשומת לב המבוטח לתנאי הפוליסה בצורה שתהיה מובנת לו ולוודא ערנותו לכך שתוקפה מותנה. מבטח שלא ווידא שמבוטח ער לסייגים בפוליסה לא יוכל מאוחר יותר להתנער מחובתו על סמך סייגים אלו.

בפסק הדין אליהו נ' ישר: "לאור הנסיבות המיוחדות המאפיינות את ההתקשרות בחוזה הביטוח, אין מנוס מקביעת אמות מידה בסיסיות שרק בהתקיימן תוכל החברה המבטחת להישען על סייגים לחבותה כפי שנקבעו בפוליסה. אם לא דאגה קודם לכן לוודא שהמבוטח היה ער לסייגים שנקבעו על-ידיה, לא תוכל מאוחר יותר, שעה שהמבוטח יטען לזכותו החוזית, להתנער מחובת השיפוי. חברה מבטחת המסייגת את גבולות חבותה, פועלת בכך באופן לגיטימי, אולם היא גם נוטלת על עצמה יחד עם זאת, אחריות אקטיבית בדמות חובת הגילוי והוודוא. חברת הביטוח חייבת להסב את תשומת לבו של המבוטח לתנאי הפוליסה בצורה שתהא מובנת וברורה לו, ולוודא את ערנותו לכך שתוקפה חל רק בהתקיים אותם תנאים, וכי במקרים שבהם לא התקיימו לא יוכל ליהנות מגיבוי זכותו לשיפוי."

ביהמ"ש העליון - "לא מספיק שחברת הביטוח תקבע את הסייג ותבליט, אלא, הוא צריך לבדוק באופן אקטיבי שהמבוטח ידע והוא ער לסייג ואם לא ווידא שהמבוטח ידע - המבטח לא יוכל להסתמך על הסייג כהגנה.

חובת ווידוא ביצוע (נדבך נוסף): **ביהמ"ש בערכאות היותר נמוכות** לקחו את הלכת ביהמ"ש העליון צעד נוסף

קדימה וקבעו חובת ווידוא ביצוע (נדבך נוסף) - מפרשים את ההוראה של השופט שמגר בצורה יותר מחמירה.

חובה המוטלת על חברת הביטוח לוודא בכל מקרה מתאים - לא רק שהמבוטח ער לתנאים המוקדמים לכיסוי, אלא לוודא בנוסף כי המבוטח גם ביצע את המתחייב מכוח אותם תנאים (למשל הצגת אישור על התקנת אמצעי המיגון הנדרש בפוליסה).

למעשה, בתי המשפט פירשו חובת הווידוא כווידוא בפועל ולא רק ווידוא הבנה.

חובת גילוי של המבוטח

חובת הגילוי הטרומ חוזי של המבוטח **מוסדרת בסעיפים 6-8 לחוק חוזה הביטוח**:

- **סעיף 6** קובע את חובת הגילוי.
 - **סעיף 7** קובע את תוצאות אי הגילוי - תרופות המבטח.
 - **סעיף 8** קובע סייגים לתרופות המבטח לפי סעיף 7.
- סעיף 38** קובע כי תרופות המבטח לפי סעיפים שונים ובהם סעיף 7 מוציאות בעניינים הנדונים בהם את תרופותיו לפי דין אחר.

2 רציונלים מרכזיים בבסיס חובת הגילוי בשלב הטרומ חוזי

1. **מוסרי** - חובת הגילוי הינה ביטוי של עקרון תום הלב, שמבטאת נורמות של התנהגות מוסרית בשלב המשא ומתן הטרומ-חוזי.
2. **כלכלי** - חובת הגילוי תורמת לצמצום פערי מידע בין הצדדים לחוזה ומונעת הקצאה בלתי יעילה של משאבים.

הגישור על פערי המידע בין הצדדים מהווה, גורם חשוב לתפקוד התקין של מנגנון הביטוח (למשל, השפעה על פילוח מוטעה לקבוצת סיכון, תמחור הפרמיה).

סעיף 6 - חובת הגילוי בשלב הטרם חוזי:

(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 - ענין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה.

(ב) ...

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

יש 2 מובנים של חובות גילוי על המבוטח הרלוונטיים לחוזה הביטוח –

- **איסור מצג שווא** - החובה להשיב תשובות מלאות וכנות לשאלות שהציגה לו חברת הביטוח לפני כריתת החוזה (סעיף 6(א) לחוק).
 - **חובת הגילוי היזום** – החובה שלא להסתיר מהמבטח, בכוונת מרמה, מידע בעניין מהותי (סעיף 6(ג) לחוק).
- החובה הראשונה היא חובת גילוי במענה לשאלות של חברת הביטוח, ואילו החובה השנייה בסעיף 6(ג), היא חובת גילוי יזום.

חברת הביטוח טוענת הרבה בחוזי ביטוח לסי' 6 שקובע את חובת הגילוי עצמה בטענה שהמבוטח לא גילה את כל המידע.

אמרנו, שחוזה ביטוח מתאפיין בחוסר מידע הן מהצד של המבטח הן מהצד של המבוטח. מצד המבוטח לא מבין את סעיפי החוזה, מקבל את הפוליסה ותנאיו וסעיפיו רק לאחר שחתם. מצד המבטח - לא יודע מי הלקוח שעומד מולו, האם שונא סיכון או לא ואז המבטח נניח לא יוכל לאמוד נכון את הסיכון ויקבע פרמיה גבוהה ואז אין איזון בין הפרמיה לסיכון. חייבים לצמצם את פערי המידע.

החובה השנייה של גילוי יזום - זה שהמבוטח מחויב לספר את המידע בין אם נשאל ובין אם לא נשאל לעומת

החובה הראשונה - איסור הצגת מצג שווא - שרק אם נשאל.

חובות הגילוי היזום במו"מ הטרם חוזי

סעיף 6(ג) קובע: "הסתרה בכוונת מרמה מצד המבוטח של ענין שהוא ידע כי הוא ענין מהותי, דינה כדין מתן תשובה שאינה מלאה וכנה".

דרישות הסעיף:

1. **הסתרת עניין מהותי מפני המבטח –**

- עניין מהותי מוגדר בסעיף א - מבחן אובייקטיבי של מבטח סביר (הרחבה בסעיף 6(א) להלן).
- הסתרה – כולל גם הסתרה במחדל, קרי אי גילוי (עניין **פיאמנטה**).
- אי הגילוי הוא על כל עניין מהותי ולא רק על עניין מהותי שנשאל עליו.
- 2. **ידיעת המבוטח כי מדובר בעניין מהותי –**
- נדרשת ידיעה סובייקטיבית, בפועל, של המבוטח שהעניין שהוא מסתיר מהמבטח הוא עניין מהותי.
- 3. **הסתרה מתוך כוונת מרמה –**
- כוונת מרמה: חזות התוצאה של הטעיית חברת הביטוח + חפץ בתוצאה.
- קיומו של מניע (הסיבה שבגינה הוסתר המידע): דרישה שהמניע של המבוטח יהיה השגת כיסוי ביטוחי שלא היה מושג אלמלא המרמה.

ס' 6(ג)- המבחן הוא מבחן של מבטח סביר והמבחן הוא אובייקטיבי, אבל המבוטח צריך ידיעה סובייקטיבית- שהעניין שהוא לא מגלה בעיניים של מבטח סביר זה עניין אובייקטיבי.

מבטח- אובייקטיבי. מבטח- סובייקטיבי- מידע שהוא יודע באופן סובייקטיבי שהוא עניין אובייקטיבי למבטח

ס' 6(ג) בשונה מס' 6(א) דורש כוונה.

הסעיף נוקט במילה "הסתרה"- נניח מבקשים לבטח את בית העסק שלנו. היה לנו טלפונים באיומים בביצוע פריצות ובפועל היה ניסיון לביצוע. בהתקשרות עם חברת הביטוח אנחנו מסתירים את המידע שהיה על הפריצות ולא משתפים אותנו. ברור שמדובר במידע שמבחינת חברת הביטוח הוא מהותי ואולי גם היו מתמחרים את הביטוח אחרת, את הפרמיה.

היחס בין חובת הגילוי היזום בדין החוזים הכללי לחוק חוזה הביטוח:

סעיף 12 לחכ"ל קובע חובת קיום תום לב במו"מ: (א) "במשא ומתן לקראת כריתתו של חוזה חייב אדם לנהוג בדרך מקובלת ובתום לב. (ב) צד שלא נהג בדרך מקובלת ולא בתום-לב חייב לצד השני פיצויים בעד הנזק שנגרם לו עקב המשא ומתן או עקב כריתת החוזה".

חובת גילוי מתייחסת לעובדות כאשר על פי הנסיבות היה מקום לצפות לכך שאדם המנהל משא ומתן יגלה אותן לצד השני (וללא דרישה לכל מחשבת מרמה מצדו).

ס' 6(ג) כוונת מרמה - מה היחס בין חובת הגילוי הכללי שמוסגרת בס' 12 לחוק החוזים חלק כללי לבין ס' 6(ג)?

חובת הגילוי הוא בהתאם לנסיבות, כלומר, צריך לגלות מידע שבנסיבות העניין היה מצופה מהמבוטח לגלות לצד שהוא מנהל אתו מו"מ והמידע הזה שהוא מחויב לגלות זה לא מידע שאנחנו לא מגלים רק בכוונת מרמה, אלא כל מידע שבנסיבות העניין הייתי צריך לשתף עם הצד השני.

החובה הכללית בדין הכללי רחבה יותר בעוד שס' 12 לחוק החוזים הוא סטנדרט ההתנהגות, הוא אובייקטיבי וניתן להפר את חובת הגילוי בלי שום מחשבת מרמה מצדנו. לעומת, ס' 6 שמתכוון רק לגילוי שלא גילינו בכוונת מרמה.

בנוסף, הפרת חובת הגילוי בס' 6 מתייחסת רק לעניינים מהותיים, בעוד שבס' 12 מתייחסת באופן כללי לכל מידע באשר הוא ולא דווקא מהותי התוצאות באי בגילוי בחוק החוזים רחב יותר מאשר אי הגילוי בס' 6.

ההבדלים בין חובת הגילוי היזום בחכ"ל לחוק חוזה הביטוח:

חובת גילוי יזום - **סעיף 12 לחוק החוזים** קובע רמת התנהגות אובייקטיבית ואדם עשוי להפר חובת הגילוי ללא כל מחשבת מרמה מצדו; לפי סעיף 6 התחולה של חובת הגילוי היזום היא **רק בכוונת מרמה**.

הפרת חובת הגילוי **בסעיף 6 לחוק** חוזה הביטוח מתייחסת **רק לעניינים מהותיים**, בעוד שחובת הגילוי מכוח עקרון תום הלב אינה מוגבלת לעניינים כאלה.

תוצאותיו של אי-הגילוי - התוצאות הנובעות מהפרת החובה הקבועה בסעיף 12 לחוק החוזים **רחבות** מתוצאותיו של אי-גילוי בחוזה ביטוח.

היחס בין סעיף 12 לחוק החוזים לבין ההסדר המיוחד שבסעיפים 6-8 לחוק חוזה הביטוח נדון בע"א 282/89 **רוטנברג נ' כלל**.

פסה"ד רוטנברג נ' כלל - היה מדובר במבוטחים שהם צדדים לפסה"ד ובמבוטחים נוספים שהיה להם מיזם שבו השקיעו כסף עבור משקיעים והמיזם שלהם התבסס על שעות הפתיחה של סניפי בנק. פסק הדין מתאר את המציאות של שנות ה-80 בישראל. ימים שהתאפיינו באינפלציה, הריבית השנתית הייתה גבוהה, דו ספרתית. המיזם התנהל בצורה שרוטנברג ומבוטחים אחרים היו מפקידים את הכספים בסניף בנק דיסקונט בתל אביב ברחוב הרצל. כנגד הכספים היו נוטלים כל יום הלוואה וגם ערבות אישית של המבוטחים. סניף בנק דיסקונט היה פתוח כל יום ברציפות מ-8 עד 4 אחה"צ.

את הכספים של הלוואה היו מעבירים במזומן, בסכומים גבוהים באמצעות הרכבים הפרטיים שלהם לסניף בנק המזרחי באוניברסיטת בר אילן שהיה פתוח כל יום בשעות הבוקר ו-3 פעמים בשבוע בשעות אחה"צ. בסניף הזה הריבית היומית הייתה ניתנת ב-2 וחצי. כלומר, לאחר 2 וחצי היו מקבלים את הריבית בעבור אותו יום עסקים. בסניף דיסקונט ערך היום היה ב-4 אחה"צ - בסוף יום העסקים, כך שהיו מפקידים לפני השעה 2 וחצי ומוציאים לאחר 2 וחצי לבנק דיסקונט בסניף הרצל וכך מרוויחים ריביות של 2 ימי עסקים - פעם אחת בבנק דיסקונט ופעם שניה בבנק מזרחי ופורעים את הלוואה באותו יום ולא חייבים בריבית.

הם עשו ביטוח כספים בהעברה. בהתקשרות עם חברת הביטוח ציינו שמדובר בהעברה של כספים במזומן עם בנקים. ביטוח על הכסף שהיו מעבירים ברכבים שלהם.

באוגוסט 1985 בשעות הבוקר בדרך מבנק דיסקונט לבנק מזרחי בסמוך לשער של בנק מזרחי שדדו אותם 2 רעולי פנים באיומי אקדח. המיזם שלהם מאותו מועד חדל מלהתקיים (שיש בו 0 סיכון- רק רווחים) והמבוטחים היו בפני שוקת שבורה כי הם לא פעלו בהון עצמי שלהם, אלא היו ממונפים הלוואה של הבנק שכנגדה נתנו ערבות אישית וגם הכספים שהיו מופקדים לכתחילה בבנק הם כספים של הלקוחות.

הגישו תביעה לחברת הביטוח שטענה שהמבוטחים הפרו את חובת הגילוי שלהם ונהגו בדרך שמנוגדת לעיקרון תום הלב. אמנם, ספרו שמדובר בהעברה של כספים בין הבנקים, אבל לא שיתפו בפרטים של המיזם ובאינטנסיביות של הפעולה (על בסיס יום יומי).

דעת הרוב – ברק ואור, דעת המיעוט- דוב לוי- ביהמ"ש העליון קבע והכריע ביחס שבין חובת הגילוי בס' 12 לחוק החוזים חלק כללי לבין ס' 6 לחוק חוזה ביטוח כי מבחינה פרקטית חובת הגילוי לפי ס' 12 אולי מדובר במידע אובייקטיבי, בין אם שיתפו בכוונת מרמה ובין אם לאו יכול להיות בנסיבות העניין היה צריך לשתף ולכן מתקיים הסייג של אי עמידה בחובת הגילוי. אבל, מצד שני, אם היו מחילים את ס' 6 לא בטוח שהיה כוונת מרמה ולכן לכאורה עומדים בחובת הגילוי.

בדעת מיעוט- דוב לוי חשב- טען שחובת הגילוי שקבוע בס' 12 לחוק החוזים משתרעת על כל המשפט הפרטי וחלה גם במקרה זה. היה בעמדה של חברות הביטוח.

גבריאלה שלי חושבת שעיקרון תום הלב חולש על כל המשפט הפרטי אזרחי.

החלת **סעיף 12 לחוק החוזים** על המקרה יכולה הייתה להוביל למסקנה אובייקטיבית כי היה על המבוטחים לחשוף מיוזמתם בפני חברות הביטוח את המהות המדויקת של העסק שלהם אפילו אם לא הייתה להם כל כוונה לרמות את חברות הביטוח. לעומת זאת, הגילוי היזום בחוק חוזה הביטוח היא מצומצם יותר ודורש כי אי הגילוי על המיזם יהיה בכוונת מרמה.

השופט דב לוי בדעת מיעוט: חובת הגילוי הנובעת מסעיף 12 לחוק החוזים חלה גם על חוזי ביטוח ועל המשא ומתן לקראת כריתתם. "חובת תום הלב, שכאמור חלה בענייננו, חייבה אותם למסור את הפרטים המהותיים גם מבלי שישאלו עליהן ברחל בתך הקטנה על ידי חברות הביטוח; אך המערערים כאמור העדיפו שלא לחשוף פרטים חיוניים בפני חברת הביטוח".

גם **פרופ' גבריאלה שלו** בעמדה שעיקרון תום הלב הוא עקרון על כופה החולש על כל המשפט האזרחי (פרופ' גבריאלה שלו "חובת הגילוי בחוזי ביטוח" הפרקליט מ(1) 20, 30).

עמדת הרוב מפי השופט אור: אין להרחיב את חובת הגילוי של המבוטח מעבר לאמור בסעיף 6 לחוק חוזה הביטוח. החלת עקרון תום הלב במשא ומתן שבסעיף 12 לחוק החוזים במקרה הזה לא מתיישבת עם הוראת **סעיף 38 לחוק חוזה הביטוח** הקובעת כי התרופות המוקנות לחברת הביטוח לפי חוק חוזה הביטוח הן תרופות ייחודיות. "עיקרון תום הלב כבודו במקומו מונח... אך יש לשלול את ההיזקות לדרישת תום הלב כעילה להענקת תרופות למבטח במקרים שסעיף 7 עוסק בהם.."

במקרה הזה לא התקיימו היסודות של סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח, שכן "אין כל הוכחה לכך שהמערערים לא גילו את פרטי עיסוקם מתוך כוונת מרמה".

"אין זה בלתי מתקבל על הדעת להניח שלמערערים לא היה עניין לגלות לאחרים את שיטת פעולתם, גם כדי למנוע תחרות של אחרים, וגם משום שגאוותם לא הייתה על הדרך הקלה שבה ביקשו לעשות רווחים".

לסיכום:

סעיף 12 לחכ"ל לא חל על מו"מ לכריתת חוזה ביטוח. בפועל בתי המשפט נוטים לפרש בצורה מצמצמת תחולת סעיף 6(ג) לחוק. ס' 12 לחוק החוזים לא כחל בתחום הביטוח. בפרקטיקה ביהמ"ש לא נוטים להרבות בקביעה של המבוטח הפר את חובת הגילוי בכוונה מרמה. בגלל התבנית שלילית שנבנית למבוטח, גם אם מדובר בהליך אזרחי שכן מדובר בדבר חמור וגם מהטעם הפרקטי שקשה להוכיח. לכן הפרשנות של הנקודה מצומצמת.

איסור מצג שווא

סעיף 6(א) לחוק חוזה הביטוח קובע: "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 לחרות את החוזה בכלל או לחרות בתנאים שבו (להלן - ענין מהותי), על המבוטח להשיב עליה בכתב תשובה מלאה וכנה".

דרישות הסעיף:

- 1. הוצגה שאלה בכתב** - דרישת הכתב היא קונסטיטיוטיבית ובהיעדר כתב חברת הביטוח לא תוכל להישען על הוראת הסעיף (ע"א 855/86 מוריה נ' איסחרוב). הקלטת השיחה כאשר ההתקשרות נעשית בטלפון מהווה תחליף לגיטימי לדרישת הכתב. דרישה מהותית, מכוננת ומחייבת וכוללת לצורך העניין הקלטה של שיחה, זה לא חייב להיות בכתב.
- 2. השאלה צריכה להיות בעניין מהותי** - עניין מהותי מוגדר בסעיף כ"עניין שיש בו כדי להשפיע על נכונותו של מבטח סביר לחרות את החוזה בכלל או לחרות בתנאים שבו". המבחן הוא מבחן אובייקטיבי של מבטח סביר. מבחן אובייקטיבי של המבטח הסביר ולא של המבוטח הסביר. כלומר אם מבטח סביר אחר - שאלה שיש בו על מבטח סביר לחרות את החוזה.

דוגמאות מהפסיקה לסיווג של המושג "עניין מהותי" לפי סעיף 6 לחוק חוזה הביטוח:

- הבחינה אם מדובר בעניין מהותי צריכה להביא בחשבון את הרלוונטיות של המידע לסיכונים הספציפיים שמפניהם נערך הביטוח – לדוג' בחינה האם בעיית ראייה רלוונטית לביטוח חיים. בעיה בראייה יכולה להשפיע על סכום הביטוח על אובדן כושר עבודה ומצד שני יכול ולא תשפיע על ביטוח חיים כי אין קשר לבעיית הראייה לעניין מתי האדם ילך לעולמו.
- עניינים אשר יש בהם כדי להשפיע באופן ישיר על הסיכויים שהסיכון המבוטח יתממש ויתרחש הנזק המכוסה בפוליסה – כגון מחלת לב המקננת בגופו של מועמד לביטוח חיים. בפוליסה לביטוח חיים או בריאות תשובות לגבי המצב הבריאותי של האדם, אם הוא סובל מחמלת לב אז זה בהחלט נתון שיעניין את חברת הביטוח והוא רלוונטי הוא נתון מהותי לכיסוי. בנוסף אם אני מתקשר בפוליסה לנהג רכב ואני אומר שאני נוהג ברכב אבל בעיקרון הבן שלי נוהג ברכב כמובן שאם בפועל נהג אחר נוסע כל הזמן אז הנתון הוא אי שיתוף הפעולה הוא בעניין מהותי - מי הנהג זה הגורם לביטוח הרכב.
- עובדות שנוגעות לתכונות מיוחדות של הרכוש המבוטח, כגון פגמים מהותיים הטבועים בנכס המבוטח והגורעים משוויו ביחס לנכס רגיל מסוג דומה (למשל תאונה קשה ברכב). לדוגמא: פגמים ברכב שמורידים בצורה משמעותית מהשווי שלו. או אם הרכב עבר תאונה קשה זה לא כמו רכב אחר.

- האם המבוטח בעבר האם חברת הביטוח סירבה להתקשר אתו האם היא הפסיקה התקשרות אתו האם קיימות עובדות רלוונטיות של המבוטח לביטוח. כל מידע שרלוונטי מבחינת חברת הביטוח והסיכון של המבוטח עצמו.
 - עניינים הנוגעים לעבר הביטוחי או לעבר האישי של המבוטח - כגון מידע על אודות אירועים ביטוחיים שאירעו למבוטח בעבר או סירוב של חברת הביטוח להתקשר עם המבוטח.
 - 3. תשובה צריכה להיות מלאה וכנה - תשובה מלאה – אובייקטיבי; כנה – סובייקטיבי תשובה מלאה זה אובייקטיבי וכנה זה סובייקטיבי אבל מספיק שאחד מה סלא קיימו על מנת שתתקיים העילה. די בהוכחה של אחד מהם. אין דרישה למצב נפשי מסוים- ניתן להפר את החובה לתשובה מלאה וכנה גם אם פעלתי בתום לב.
- די באי קיום אחד מהם ע"מ להקים את העילה. אין דרישה למצב נפשי מסוים והמבוטח עשוי להפר את החובה לתת תשובה מלאה גם אם פעל בתום לב.

סייגים לתרופות המבטח

חברת ביטוח שהוכיחה את 3 היסודות של **סעיף 6(א) לחוק** - עדיין יש לבחון האם התגבש סייג לחובת הגילוי המונע מחברת הביטוח את היכולת להסתמך על הפרת החובה. ככלל סייגים אלו לא חלים בעילה לפי **סעיף 6(ג)** בה אי הגילוי הוא במתכוון. חברת הביטוח עדיין צריכה להוכיח שלא התגבש סייג לקיום חובת הגילוי שמונע מחברת הביטוח את היכולת להסתמך על הפרת החובה. ככלל, הסייגים רלוונטיים רק לסעיף 6(א) ולא לס' 6(ג) כי ס' 6(ג) דן בכוונת מרמה בעוד א' לא דן בכוונה.

סייגים מרכזיים לחובת הגילוי של המבוטח:

- צירוף העתק התשובה לפוליסה – ס' 4 לחוק חוזה ביטוח - בד"כ השאלות שנשאלות הם לפני כריתת חוזה הביטוח ובד"כ בפוליסה לא נכללים הפרטים האלה שנשלחים לנו בזמן מאוחר יותר.
- שאלה גורפת – סעיף 6(ב) לחוק – נועד למנוע מחברת הביטוח שלא להגדיר באופן מדויק השאלה (מבחן שיקול הדעת). ס' 6(ב) לחוק חוזה ביטוח- הסעיף למעשה נועד למנוע מצב שחברת הביטוח שואלת שאלות גורפות: האם השאלות שהשבת עליהם, לא מתקיים סיכון ביטוחי כלשהו למבטח? - מאיפה אנחנו יודעים אלה שאלות גורפות. מבחנת חברת הביטוח זה לכסות את כל מקרים והמבוטח לא אמור לענות על שאלות רחבות, לא מדויקות וגורפות את הכל. אחד המבחנים לדעת מהו שאלה גורפת הוא מבחן שיקול הדעת - אם צריך להפעיל שיקול דעת על מנת להשיב על השאלה מדובר בשאלה גורפת, אבל אם מדובר בשאלה שהיא שאלה שבעובדה אז לא מפעילים שיקול דעת והיא לא שאלה גורפת ויש להשיב עליה.
- דוגמא לשאלה גורפת: מהם כל העובדות הרלוונטיות הידועות לסיכון הידועות לך- יש להפעיל שיקול דעת, זה ל שאלה עובדתית ספציפית, זה שאלה שמתייחסת להפרעה עובדתית כלשהי.
- ידעת המבטח – סעיף 18(1) לחוק - כולל ידיעה של פרטים מהותיים, בפועל או בכוח (היה עליו לדעת) שכוללת כל מה שעל חברת ביטוח סבירה לדעת. ידיעה בפועל כוללת ידיעה של סוכן ביטוח לעניין מהותי – ס' 33(ב) לחוק. ס' 18(1) לחוק חוזה ביטוח שכולל סייגים שלא נמצאים בס' זה. במקרים שבה המבטח יודע או היה עליו לדעת בשעת כריתת החוזה את המצב לאשורו מתקיים סייג לתרופות המבטח.
- אשם של המבוטח - "גרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה" (**סעיף 18(1) לחוק**) – כגון מקרה של ניסוח לא ברור. החלק השני של ס' 18(1) - או שגרם לכך שהתשובה לא הייתה מלאה וכנה- במקרה שבו השאלה לא הייתה מנוסחת

כראוי ואם המונח לא ניסח שאלה באופן מדויק אין למבטח אלא להלין על עצמו. הידיעה בפועל או ידיעה בכוח לא צריכה להיות רק בכתב, אלא יכולה גם להיות בדרך אחרת בטלפון בין המבוטח למבטח.

- היעדר קשר סיבתי - סעיף 8(2) לחוק – כגון מצג שווא על אמצעי מיגון מגניבה, בעוד שבפועל הרכב ניזוק מתאונה. סעיף 8 לא חל במקרה שבו אי הגילוי הוא בכוונת מרמה. ס' 8(2) לחוק – אין קש"ס בין אי העמידה לבין חובת הגילוי, בין מצג השווא לבין הנזק שארע בפועל. כשיש כוונת מרמה הדין מתייחס לכך בחומרה רבה. כל הנזקים העקיפים של הפרת חובת גילוי בכוונת מרמה מצדיקים את אי קיום הסייג הסייגים מתקיימים רק שלא מדובר בכוונת מרמה. כאמור, ס' 8 לא חל במקרה של כוונת מרמה.

יש מקרים שהם יצירי הפסיקה:

- מניעות ותום לב – לדוגמה, חברת ביטוח שהמשיכה להחזיק את המבוטח בכיסוי ביטוחי גם לאחר שנודע לה כי המבוטח לא גילה לה כי הוא חשוף לסיכון מיוחד, לא תוכל לטעון להפרת חובת הגילוי ביחס לאותו סיכון מיוחד. חברת ביטוח שידעה על פרט שהמבוטח לא גילה ולא עשתה שום דבר עלולה להיות מושתקת בשלב מאוחר יותר של הפרה מצב המבוטח בעניין אי הגילוי.
- עובדות מביכות או מבישות - למשל, עובדות הנוגעות למחלת מין שהמבוטח סובל ממנה או סוד מסחרי במקרה רוטנברג. ההנחה היא כי אי-גילוי של עובדות מביכות לא נובע מרצון לרמות את חברת הביטוח. כמו העניין בפסה"ד רוטנברג ההנחה היא שאי הגילוי לא נובע מרצון לרמות את חברת הביטוח אלא מתוקף העובדה שמדובר בעומדות שלא נוחות למבוטח לעדכן כמו מחלות מין וכו.
- זהותו של המועמד לביטוח - בחינת שאלת הגילוי צריכה להיעשות גם על רקע היבטים אישיים, תרבותיים, וסוציאליים של המועמד לביטוח.
- סייג 3 השנים בביטוח חיים ובריאות – סעיף 43 לחוק קובע כי "המבטח אינו זכאי לתרופות האמורות בסעיף 7 לאחר שעברו שלוש שנים מכריתת החוזה, זולת אם המבוטח או האדם שחייו בוטחו פעל בכוונת מרמה". סייג שקיים בחוק-סייג 3 השנים בביטוח חיים ובריאות- כוונת מרמה שוללת את קיומו של הסייג. גם אם לא עמדנו בחובת הגילוי בביטוח חיים ובריאות א לאחר 3 שנים חברת הביטוח לא יכולה להשתמש באי הגילוי הזה.

תוצאות אי הגילוי- תרופות המבטח

- סעיף 7 לעניין תוצאות של אי גילוי קובע:** (א) ניתנה לשאלה בעניין מהותי תשובה שלא הייתה 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 מכוח 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 מכוח 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 ;

(2) 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 המבוטח.

סעיף 38 לחוק מייחד תרופות אלו בלבד להפרת חובת הגילוי ע"י המבוטח - "תרופות המבוטח לפי סעיפים 7, 15, 18, 24 ו-25 מוציאות בעניינים הנדונים בהם את תרופותיו לפי דין אחר".

הפעלת התרופות ע"י המבוטח יכולה להינקט כסעד עצמי ולא תלויה בקביעה מוקדמת של ביהמ"ש שהופרה חובת הגילוי

סעיף 7 מבחין בין שני מצבים :

1. **מצב שבו נודע למבטחת על אי-הגילוי לפני שקרה מקרה הביטוח - הסעד הוא ביטול הפוליסה והשבת הפרמיה.**

סעיף 7(א) ו-7(ב) : משיב את הצדדים למצב שבו היו טרם לכריתת חוזה הביטוח. הזכאות של המבוטח לדמי הביטוח בעד התקופה שלאחר הביטול – אלא אם פעל בכוונת מרמה.

2. **מצב שבו נודע למבטחת על אי-הגילוי רק לאחר שמקרה הביטוח כבר קרה - הסעד הוא הפחתת חבות או פטור מוחלט מתשלום תגמולי ביטוח.**

מתיישב עם התכלית של דיני הביטוח- לא לשפר את המצב, אלא להחזיר את המצב שהיינו טרם כריתת חוזה הביטוח ולא לשפר את המצב של המבוטח.

המבטח על מנת להפעיל את התרופות לא צריך להמתין להכרעה שיפוטית שמהבוטח הפר את חובות הגילוי. הוא יכול להפעיל את התרופות שלו והמבוטח יעלה את הסייגים לנושא. ניתן להפעיל באופן עצמאי וזה לא תלוי בהכרעה שיפוטית.

סעיף 7(ג) – קובע תשלום יחסי או פטור מלא :

- **תשלום יחסי :** תשלום בשיעור יחסי שהוא כחיס שבין דמי הביטוח שהיו משתלמים לפי המצב לאמיתו לבין דמי הביטוח המוסכמים – לדוגמא הפחתת שיעור התגמולים בשיעור ההנחה שניתנה על היעדר תביעה. הפער בין דמי הביטוח ששולמו לאלו שהיו צריכים להיות משולמים מבטאים את מידת ההטעה. אם המבוטח נתן למבוטח הנחת העדר תביעות וכתוצאה מכך המבוטח שילם רק 80% מתגמולי הביטוח שהיה צריך לשלם אז גם מה שיקבל הוא בשיעור של 80% כי זה שיעור ההנחה שקיבל מהביטוח. היחס מבטא את עוצמת הסטייה, הפגיעה בעקבות אי הגילוי.
- **פטור מוחלט** – ב-2 מצבים :
- תשובה שניתנה בכוונת מרמה (הן מרמה לגבי תשובה לשאלה לפי סעיף 6(א) או אי גילוי אחר שמוסדר בסעיף 6(ג) לחוק).

- מבטח סביר לא היה מתקשר באותו חוזה, אפילו תמורת פרמיה גבוהה יותר, אילו ידע את המצב לאמיתו. מבחן אובייקטיבי – הנטל על חברת הביטוח להראות: מדיניות קיימת ועקבית של המבטח שבה הוא לא להתקשר בחוזה ביטוח במקרים דומים והשיקולים לה, גם מבטחים סבירים אחרים לא היו מתקשרים, שלא ניתן היה להתגבר על הסיכון באמצעות דמי ביטוח גבוהים יותר.

ע"מ שמבטח ישמע בטענה של פטור מוחלט הוא צריך לעמוד **בנטל ראיתי מחמיר**. ראשית, עליו להראות שיש מדיניות קוהרנטית שבמקרים שהוא טוען שלא היה מבטח את המבוטח יש לו מדיניות מאד ברורה למה לא לבטח וצריך להסביר ולהראות את השיקולים. שנית, עליו להראות שגם מבטחים סבירים אחרים לא היו מבטחים כי המבחן הוא מבחן המבטח הסביר- מבחן אובייקטיבי. והשלישי, שלא ניתן להתגבר על הסיכון גם תמורת תשלום דמי ביטוח גבוהים יותר. עליו להראות שלא היה מתקשר אפילו בגביית פרמיה גבוה יותר כי ידע מלכתחילה שהסיכון כל כך גבוה שמקרה הביטוח יקרה והוא לא מעונין לקחת על עצמו את הסיכון אפילו לא תמורת דמי ביטוח פרמיה גבוהים יותר.

המבחנים מצטברים!!!

חוק הפיקוח על הביטוח (לא בבחינה)

התכלית של חוק חוזה הביטוח היא **תכלית צרכנית** וכך גם חוק הפיקוח על הביטוח. **לחוק יש 2 סוגים של הוראות:**

1. הוראות במישור המנהלי- חברות הביטוח מול הרגולטור. הרשות המבצעת (השר או הממונה על שוק ההמון)
2. הוראות ספציפיות המוחלות במשפט האזרחי בין החברות הביטוח למבוטחים עצמם. חלים באופן ישיר על הצדדים.

פיקוח, באשר הוא מציב אתגר. מה המינון הנכון של ההתערבות- לא רוצים להתערב יותר מידי שאז פוגעים בכוחות השוק, יכולים להביא לפגיעה בטובת המבוטחים בזה שתעריפי דמי הביטוח יעלו והדבר עלול לפגוע באוכלוסיות החלשות שבשל עליית התעריף לא יזכו בכלל לביטוח ומצד שני ציינו ששוק הביטוח מתאפיין בכשל כוחות השוק כשלעצמם לא מביאים את המבוטח למצב שבו הוא מגשים את המטרות האישיות שלו בגלל הפערים בין המבטח למבוטח וניגוד העניינים בניהם. לכן, יש לדעת את המינון הנכון להתערבות- לא יותר מידי ולא פחות מידי, באופן שימקסם את טובת המבוטחים.

החוק פועל לטובת המבוטחים ב-2 צורות מרכזיות:

1. קובע הוראות ספציפיות לחברות הביטוח.
2. הוראות שמבטיחות את היציבות של חברות הביטוח- ברגע ששומרים על יציבות חברות הביטוח ביום מין הימים ביום האירוע ביטוחו יהיה ממי להיפרע.

למבחן:

3-4 שאלות פתוחות, חומר פתוח, הגבלת עמודים, חלק מהשאלות לתאר משהו, חלק קיים קטן, לתת תשובה וליישם את החומר על אותו מקרה, השאלות יתפרסו על מגוון הנושאים: מנגנון חוזה הביטוח, מוצרי הביטוח: כללי, פנסיוני, חיים, בריאות, צדדים לביטוח, חובות הגילוי פערי המידע. מאפיינים של חוזה ביטוח.

לדוגמא: מה המאפיינים הדומים והשונים שניתנים ע"י השב"ן לבין המאפיינים של חוזי הביטוח המסחרי? - להראות שבשב"ן אנחנו מחויבים לתת שירותים לכל עמית וזה לא כך בביטוח המסחרי שאחד המאפיינים שלו שחברת הביטוח היא קובעת את את מי לבטח והיא עושה לו את התמחור. בשב"ן הפרמיות נקבעות לפי קבוצת גיל והן אחידות לבין ביטוח מסחרי שהפרמיות נעשה באופן פרטנית למבוטח בהתאם לסיכון שהוא מביא אתו.

אם יש בעיה בהיסטוריה, כיצד חוק חוזה ביטוח פותר את הבעיה כיום.

אחד המאפיינים של ביטוח זה שהוא לא מתייחס לסיכונים של סיכויים וודאיים, כלומר, שאם משה וודאי אי אפשר לבטח אותו. האם כך ביטוח חיים? הרי הוא וודאי כולם בסוף מתים – הוא מוגבל עד גיל מסוים.