

חלק 3 - הוראות לתכניות ופוליסות ביטוח בריאות¹

¹ מועד התחילה של חלק זה בחוזר המאוחד – 1.03.2016 (להלן – "יום התחילה"). ראו בנספח ב' - רשימת חוזרי ביטוח בריאות החלים על תכניות, חוזי ביטוח ופוליסות לביטוח בריאות ששווקו לפני יום התחילה בלבד.
בחלק זה נכללות הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות. לעניין אובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (ביטוח חיים) – עד לכניסתו לתוקף של חלק ביטוח חיים ולהכללתן של ההוראות בחלק האמור יחולו הוראות חוזרי המקור לעניין אובדן כושר עבודה. כמו כן, בחלק זה נכללות הוראות שהן ייחודיות לעניין תכניות ופוליסות בריאות. הוראות כלליות לעניין תכניות ופוליסות ביטוח ראו בחלק 1 בשער זה.

תוכן עניינים

הגדרות.....	554
חובות חברת ביטוח טרם השקת תכנית ביטוח בריאות והוראות לתכנית ביטוח בריאות ולפוליסת ביטוח בריאות.....	998
1. הנהגת תכנית ביטוח בריאות או שינוי תכנית ביטוח בריאות.....	998
1.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי).....	998
1.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט.....	13139
1.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי.....	171713
2. הוראות לתכנית ולפוליסת ביטוח בריאות (תנאים בפוליסת ביטוח בריאות).....	202016
2.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי).....	202016
2.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט.....	292925
2.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי.....	333329
חובות חברת ביטוח בעת התקשרות עם מבוטח בפוליסת ביטוח בריאות.....	32
3. הוראות בעת התקשרות עם מבוטח בפוליסת ביטוח בריאות.....	363632
3.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי).....	363632
3.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט.....	383834
3.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי.....	424237
חובות חברת ביטוח בתקופת תוקפה של פוליסת ביטוח בריאות.....	444439
4. הוראות בתקופת תוקפו של חוזה ביטוח בריאות.....	444439
4.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי).....	444439
4.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט.....	494942
4.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי.....	585850
חובות חברת ביטוח בעת טיפול בתביעה ובעת ביטול פוליסת ביטוח בריאות.....	626254
5. הוראות בעת טיפול בתביעה בחוזה ביטוח בריאות.....	626254
5.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי).....	626254
5.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט.....	646456
5.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי.....	656556
6. הוראות בעת ביטול חוזה ביטוח בריאות.....	666658
6.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות.....	666658
6.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט.....	666658
6.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי.....	676759
נספחים.....	696961
נספח 6.3.1.1 - דוגמה לחישובי החשיפה.....	696961
נספח 6.3.1.2 - דוגמה לקביעת תאריך תחילת הביטוח עבור המבוטח.....	707062
נספח 6.3.3.1 - גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות.....	717163
נספח א.6.3.3.1 - שאלון החלפה/שינוי בפוליסה – פוליסות לביטוח בריאות.....	777769
נספח ב.6.3.3.1 - מסמך ההשוואה – פוליסות לביטוח בריאות.....	787870
נספח ג.6.3.3.1 - יפוי כח לשם קבלת מידע בגין ביטוחים על שמי אצלכם.....	818173
נספח ד.6.3.3.1 - טופס אחיד להמצאת נתונים לשם מילוי מסמך ההשוואה.....	828274

848476	נספח 6.3.3.2 - גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי
858577	נספח 6.3.4.1 - דוח שנתי למבוטח
888880	נספח 6.3.4.2 - הנחיות בדבר אופן עריכת הדוח השנתי
929284	נספח 6.3.4.3 - מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי
939285	נספח 6.3.4.4 - עדכונים בהגדרות של מחלות בתכניות לביטוח מחלות קשות
989890	נספח 6.3.4.5 - הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה
999991	עמדות הממונה על שוק ההון
999991	עמדה מס' 1
999991	כיסוי ביטוחי לתרופות מצילות חיים ומאריכות חיים במסגרת תכניות לביטוח בריאות קבוצתי לחברי קופות החולים - הבהרה
10110193	עמדה מס' 2
10110193	ביטול פוליסה לביטוח תאונות אישיות - הבהרה
10210294	עמדה מס' 3
10210294	פוליסות פרט הכוללות כיסוי לניתוחים בישראל בפרמיה קבועה - הבהרה
10310395	עמדה מס' 4
10310395	מתן כיסוי ביטוחי לתרופות במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים - הבהרה
10410496	עמדה מס' 5

הגדרות

מונח	הגדרה
בן משפחה קרוב²	<u>לרבות בן או בת זוג של מבוטח, הוריו, ילדיו, אחיו, סבו, סבתו, נכדיו;</u>
גבול אחריות³	<u>סכום הכיסוי המקסימלי אותו מתחייבת חברת ביטוח לשלם למבוטח בקרות מקרה ביטוח בהתאם לתנאי הביטוח;</u>
השתלה⁴	כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח; השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד;
חבילה⁵	מספר תכניות לביטוח בריאות המשווקות ביחד, בין אם נעשו לפי תכנית בסיס ובין אם שנעשו לפי תכנית נוספת;
כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון'⁶	כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל;
כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים⁷	תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תכנית שמתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים;
מחלה קשה⁸	מחלה קשה, אירוע רפואי חמור או פרוצדורה רפואית משמעותית, שנהוג לכסותם בביטוח

² **מקור:** מתוך חוזר 2016-1-26 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 3 ו-4 - ביטוח נסיעות לחו"ל (מיום 1.1.2017);

³ **מקור:** מתוך חוזר 2016-1-26 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 3 ו-4 - ביטוח נסיעות לחו"ל (מיום 1.1.2017);

⁴ מקור: חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות";

⁵ מקור: חוזר 2015-1-19 "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט";

⁶ מקור: חוזר 2007-1-6 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים";

⁷ מקור: חוזר 2007-1-6 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים";

	מסוג מחלות קשות ;
מצב רפואי קודם⁹	<u>מחלה שבשלה היה המבוטח בטיפול או בהשגחה בעת צאתו לחוץ לארץ או במשך ששת החדשים שקדמו לצאתו, ולמעט כאשר קבלת הטיפול היתה מטרת הנסיעה ;</u>
משפחה גרעינית¹⁰	<u>בן או בת זוג של מבוטח וילדי כל אחד מהם ;</u>
ניתוח¹¹	פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח ; במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול ;
ניתוח אלקטיבי¹²	ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים) ;
סל טיפולים¹³	לעניין ביטוחי שיניים - קבוצת טיפולים שקובצו ומהווים פרק בתכנית הביטוח (לדוגמה: סל בסיסי - הכולל טיפולים משמרים בלבד, סל מורחב - הכולל גם טיפולים משקמים, סל הכולל טיפולים אורתודנטים וכדומה) ;
עלייה או שינוי בדמי הביטוח¹⁴	לעניין סעיף קטן 2.2.1 – למעט שינוי הנובע מהצמדה למדד שנקבע בתכנית או בשל מעבר בין קבוצות גיל או בשל סיום הנחה שניתנה לתקופה קצובה, כפי שפורטו בטבלת דמי הביטוח האחרונה שנמסרה למבוטח ;
ערך מסולק¹⁵	סכום הביטוח שבתוקף לאחר הפסקת תשלומי הפרמיה, הנגזר מהרזרבה שנצברה למבוטח מסוים ;

⁸ מקור: חוזר 2013-1-6 "עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות"

⁹ **מקור:** מתוך חוזר 2016-1-26 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 3 ו-4 - ביטוח נסיעות לחו"ל (מיום 1.1.2017) ;

¹⁰ **מקור:** מתוך חוזר 2016-1-26 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 3 ו-4 - ביטוח נסיעות לחו"ל (מיום 1.1.2017) ;

¹¹ מקור: חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" ;

¹² מקור: חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" ;

¹³ חוזר 2012-1-4 "ביטוח שיניים" ;

¹⁴ מקור: חוזר 2015-1-19 "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט" ;

¹⁵ חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" ;

סכום כספי שהמבוטח זכאי לו בעת ביטול הפוליסה, הנגזר מהרזרבה שנצברה לזכותו באותו מועד ;	ערך פדיון¹⁶
פוליסה לביטוח בריאות שנעשתה לפי תכנית בסיס ותכנית נוספת, לרבות פוליסה שנעשתה לפי חבילה ;	פוליסה¹⁷
פעולות יומיומיות (Activities of Daily Living) המפורטות בפסקת משנה (א)(1) בסעיף קטן 2.1.6 ;	פעולות ADL¹⁸
פרמיה המשתנה לאורך תקופת הביטוח לפי גיל המבוטח, כאשר שיעור השינוי בפרמיה בין שנים עוקבות אינו עולה על 4%, טרם הצמדתה למדד ;	פרמיה מוגדלת¹⁹
פרמיה שאינה משתנה לאורך תקופת הביטוח לפי גיל המבוטח, למעט שינוי הנובע מהצמדתה למדד ;	פרמיה קבועה²⁰
צירוף לביטוח ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי וללא תקופת אכשרה ;	רצף ביטוחי²¹
כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה ;	שתל²²

¹⁶ חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" ;

¹⁷ מקור: חוזר 2015-1-19 "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט" ;

¹⁸ מקור: חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" ;

¹⁹ מקור: חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" ;

²⁰ מקור: חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" ;

²¹ מקור: חוזר 2013-1-6 " עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות" ;

²² מקור: חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" ;

תקרת שיפוי או תשלום פיצוי בגין מקרה ביטוח המכוסה בתכנית ביטוח, אשר אינם נקובים בסכום כספי ;	תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך נקוב²³
תכנית ביטוח בריאות שלאחר שעמדה בהוראות הנדרשות לצורך כך לפי סעיף 40 לחוק הפיקוח על הביטוח, חברת ביטוח רשאית להנהיגה כתכנית בפני עצמה (ללא תלות ברכישת תכנית אחרת) ;	תכנית בסיס²⁴
תכנית ביטוח בריאות או כתב שירות בביטוח בריאות שחברת ביטוח רשאית להנהיגם בהתאם לסעיף 40 לחוק הפיקוח על הביטוח, רק כנלווים לתכנית בסיס ;	תכנית נוספת²⁵
מספר השנים שנקבע בפוליסה לתשלום תגמולי ביטוח ;	תקופת תשלום תגמולי ביטוח²⁶

²³ מקור: חוזר 2011-1-2 "פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות";

²⁴ מקור: חוזר 2015-1-20 "אי תלות בין כיסויים בביטוח בריאות פרט";

²⁵ מקור: חוזר 2015-1-19 "עריכת תכנית לביטוח תאונות פרט";

²⁶ מקור: חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי";

חובות חברת ביטוח טרם השקת תכנית ביטוח בריאות והוראות לתכנית ביטוח בריאות ולפוליסת ביטוח בריאות

1. הנהגת תכנית ביטוח בריאות או שינוי תכנית ביטוח בריאות

1.1.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי)

1.1.1.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': ביטול תקבולים לחברת ביטוח שאינם חלק מדמי ביטוח²⁷

דמי הביטוח ברוטו (היינו פרמיית הסיכון וכן העמסות) בתכניות לביטוח בריאות יכללו את כל התקבולים שמבקשת חברת ביטוח לקבל מהמבוטח בתוכניות הביטוח האמורות. בהתאם לכך, חברת ביטוח לא תיגבה מהמבוטח כל תקבול אחר, כגון גורם פוליסה, אלא רק את דמי הביטוח ברוטו כאמור.

1.1.1.2. ביטוח תאונות אישיות

1.1.1.3. ביטוח ניתוחים

1.1.1.4. ביטוח תרופות

1.1.1.5. ביטוח השתלות

1.1.1.6. ביטוח סיעודי

1.1.1.7. ביטוח מחלות קשות

1.1.1.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

סימן א': הוראות לניסוח תכנית ביטוח נסיעות לחו"ל ואופן שיווקה²⁸

(א) התאמת סכומי הביטוח ליעד הנסיעה

חברת ביטוח תתאים את גבולות האחריות המוצעים בתכנית ביטוח לעלות הצפויה למבוטח בקורות מקרה ביטוח; הגבולות ייקבעו, בין היתר, בהתאם למדינת היעד של המבוטח.

(ב) מבנה תכנית הביטוח

חברת ביטוח תציע תכנית ביטוח נסיעות לחו"ל שתהיה בנויה מרובד ביטוחי ראשון שעליו ניתן יהיה לרכוש הרחבות שונות, כמפורט להלן:

(1) רובד ביטוחי ראשון יכלול את סוגי הכיסויים הבאים בלבד:

²⁷ מקור: מתוך חוזר 13-1-2006 "ביטול תקבולים למבטח שאינם חלק מפרמיית ביטוח" (מיום 28.9.2006) (סעיף 2) – מועד תחילה: פוליסות שנמכרו או חודשו החל מיום 1.2.2007;

²⁸ מקור: מתוך חוזר 26-1-2016 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 3 ו-4 - ביטוח נסיעות לחו"ל" (מיום 1.1.2017);

(א) הוצאות רפואיות בחו"ל, לרבות כיסויים אלה:

(1) הוצאות אשפוז;

(2) הוצאות רפואיות שלא בעת אשפוז;

(3) פינוי ממקום האירוע הביטוחי לבית חולים;

(4) הטסה רפואית לישראל בקרות מקרה ביטוח;

(5) תרופות;

(6) טיפול חירום בשיניים.

(ב) חבות כלפי צד שלישי, אלא אם ביקש המבוטח שלא לכלול כיסוי זה.

(ג) החזר הוצאות מיוחדות בחו"ל בשל אלה:

(1) הטסת מלווה למקום אשפוזו של מבוטח בחו"ל;

(2) הארכת שהות בחו"ל מעבר לתקופת הביטוח, בעקבות מקרה ביטוח שארע במהלכה;

(3) העברה של גופה, לרבות בדרך של טיסה;

(4) היריון עד שבוע 12 שאובחן לראשונה בחו"ל.

(ד) כיסוי לאיתור וחילוץ, במדינות שבהן ניתן להפעיל כיסוי זה, אלא אם ביקש המבוטח שלא לכלול כיסוי זה.

(2) חברת ביטוח רשאית להציע את הרחבות אלה:

(א) ביטול נסיעה;

(ב) קיצור נסיעה;

(ג) הריון;

(ד) החמרה של מצב בריאותי קיים;

(ה) ספורט חורף;

(ו) ספורט אתגרי;

(ז) כבודה (כולל דברי ערך);

(ח) מחשב נייד או טאבלט;

(ט) אופניים;

(י) טלפון סלולארי;

(יא) הרחבה פרטנית נוספת שביקשה חברת ביטוח ואושרה על ידי הממונה.

(ג) הנחיות לכיסויים בתכנית הביטוח

(1) חברת ביטוח תפעל לפי ההוראות הבאות, ורשאית היא לשנות מהוראות אלה אם

השינוי הוא לטובת המבוטח:

(א) הנחיות בנוגע לכיסויים ברובד הראשון -

(1) הטסת מלווה למקום אשפוזו של המבוטח בחו"ל:

(א) זהות המלווה שיוטס תיקבע על ידי המבוטח; נבצר מהמבוטח לקבוע את זהות המלווה, תיקבע זהותו על ידי מי מטעמו של המבוטח; חברת ביטוח לא תגביל את זהות המלווה רק לבן משפחה קרוב של המבוטח.

(ב) כיסוי להטסת מלווה יכלול, לכל הפחות, החזר בגין כרטיסי טיסה, נסיעות ולינה בתנאים נאותים.

(ג) חברת ביטוח רשאית להתנות את הזכאות בגין כיסוי להטסת מלווה במספר ימי אשפוז מינימליים של המבוטח; החליטה חברת ביטוח להתנות את הזכאות כאמור, לא תתנה את הזכאות במספר ימי אשפוז העולים על שלושה ימים; חברת ביטוח לא תתנה את הזכאות בגין כיסוי להטסת מלווה, מקום שבו קבע הרופא המטפל כי חיי המבוטח בסכנה.

(2) הארכת שהות בחו"ל מעבר לתקופת הביטוח, בעקבות מקרה ביטוח שאירע במהלכה:

חברת ביטוח רשאית להגביל את הזכאות בגין כיסוי זה רק באלה:

(א) קביעת תקרת כיסוי יומית, ובלבד שתקרה כאמור תאפשר למבוטח למצוא סידורי לינה בתנאים נאותים במדינת היעד;

(ב) קביעה כי הכיסוי יחול עד לקבלת אישור רפואי שלפיו המבוטח כשיר לשוב חזרה לארץ.

(ב) הנחיות בנוגע להרחבות -

(1) הרחבה לביטול נסיעה או לקיצור נסיעה -

(א) רכשה משפחה גרעינית הרחבה לביטול נסיעה או לקיצור נסיעה לכל אחד מבני המשפחה ואחד מבני המשפחה זכאי לתגמולי הביטוח בגין אחד מהמקרים המנויים בפוליסה לעניין הרחבה זו, יהיו זכאים לתגמולי ביטוח גם יתר בני המשפחה הגרעינית.

(ב) הזכאות להרחבה לביטול נסיעה או לקיצור נסיעה תחול, בין היתר, גם לגבי בני המשפחה הגרעינית של מבוטח שנמצא בשירות מילואים מכוח סעיפים 8 או 9 לחוק שירות המילואים, התשס"ח-2008.

(ג) הרחבה לביטול נסיעה או לקיצור נסיעה, בעקבות מותו או אשפוזו של מבוטח או בן משפחה קרוב שלו, לא תתנה את השיפוי במוות או באשפוז בבית חולים ישראלי.

(ד) הזכאות לביטול נסיעה או לקיצור נסיעה עבור אירוע שאירע לבן משפחה קרוב במקרה של אשפוז, לא תתנה את האשפוז בסכנת חיים של בן המשפחה הקרוב ולא תתנה את הכיסוי הביטוחי בגילו של בן המשפחה הקרוב.

(ה) הזכאות להרחבה לביטול נסיעה או לקיצור נסיעה תחל ממועד מכירת הכיסוי ולא ממועד מאוחר יותר.

(ו) הרחבה לקיצור נסיעה תכלול, לכל הפחות, את אלה:

- (1) מימון כרטיס טיסה : חברת ביטוח לא תקזז את עלות כרטיס הטיסה מסכום השיפוי ורשאית היא לדרוש ממבוטח להמחות לה את זכותו לשיפוי מצד ג' בגין קיצור הטיסה ;
- (2) פיצוי עבור הוצאות ששולמו מראש : גובה הפיצוי יחושב ממועד קרות מקרה הביטוח ולא ממועד הטיסה.
- (2) הרחבה להריון - תקרת הכיסוי תקבע סכום שיפוי אחד שיכלול את כל ההוצאות הרפואיות הקשורות בהריון שמכוסות במסגרת הפוליסה ; ההוצאות הרפואיות הקשורות בהריון יכללו, לכל הפחות, הוצאות אשפוז הקשורות בהריון, לידה מוקדמת, טיפול או אשפוז של פג והטסה רפואית.
- (3) הרחבה של מצב בריאותי קיים במקרה של החמרת מחלת לב קיימת, לא תחריג הליך לפתיחת חסימה בכלי הדם וניתוח לב ולא תתנה את תחולתה בכך שלא אירע למבוטח אירוע לבבי לפני מועד הטיסה.
- (4) הרחבה לספורט חורף או לספורט אתגרי תכלול את רשימת פעילויות הספורט המכוסות בדף פרטי הביטוח שנשלח למבוטח טרם הטיסה.
- (5) כיסוי כבודה (כולל דברי ערך) :
- (א) כיסוי הכבודה יחול גם במקרה של אובדן או גניבה של כבודה ולא יותנה במקום שבו הונחה הכבודה, ובכלל זה במקרה שבו הכבודה נגנבה מכלי רכב (פרטי או ציבורי) או מתא לשמירת חפצים.
- (ב) חברת ביטוח לא תנכה מס ערך מוסף מעלות הכבודה, אם המבוטח שילם אותו בעת רכישת הפריט.
- (ג) חברת ביטוח לא תתנה את גובה השיפוי בגילו של המבוטח.
- (ד) הגדרת דברי ערך בתכנית ביטוח, המותנת בין היתר בנשיאת דבר הערך על ידי המבוטח, תכלול אפשרות להפקדת דברי הערך בכספת או במקום מאובטח אחר ולא תכלול חפצים שלא סביר שיינשאו על גופו של המבוטח לאורך זמן, או פריטים אשר במהותם אינם בשימוש חלק גדול מהיממה."

1.1.8

1.1.9. ביטוח שיניים

1.1.10. ביטוח עובדים זרים

1.1.11. הוצאות רפואיות אחרות

1.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט

1.2.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': נספח אקטוארי בביטוחי בריאות ^{29 30} -

חברת ביטוח המגישה תכנית ביטוח בריאות תצרף נספח אקטוארי בהתאם להוראות שלהלן:

(א) נספח אקטוארי לתכנית בריאות חדשה יכלול את הפרטים הבאים:

- (1) תיאור של הכיסויים בתכנית הביטוח, תגמולי הביטוח, תנאי החידוש, אופן המכירה (פוליסה בסיסית או נספח), גילאי הצטרפות וגילאי סיום.
- (2) מדד הבסיס של כל הנתונים המופיעים בנספח האקטוארי.
- (3) רשימת פרמיות הסיכון YRT ודמי הביטוח ברוטו לכל גיל ומין לפי תקופת הביטוח ותקופת ההמתנה. יש לציין האם התעריפים הנם חודשיים או שנתיים, קבועים או משתנים לפי גיל, האם הם ליחידת ביטוח ומהו השווי של כל יחידת ביטוח.
- (4) הביסוס הסטטיסטי בדבר אופן קביעת פרמיית הסיכון לרבות:
 - (א) אפיון האוכלוסייה שעליה התבסס הניתוח ותקופת הניסיון; השכיחויות, העלויות ומקורותיהן (ספרות, ניסיון של חברת הביטוח וכד') בגין כל ניתוח, סוג מחלה קשה וכד';
 - (ב) כאשר הביסוס הוא על ניסיון חברת הביטוח, מספר התביעות לפי קבוצות גיל של עד 10 שנים;
 - (ג) אופן קביעת סכומי הביטוח בשיפוי;
 - (ד) הנחות חיתום (סלקציה), טבלאות תחלואה ותמותה;
 - (ה) שיעורי ביטולים המבוססים על ניסיון חברת הביטוח;
 - (ו) גובה הריבית להיוון;
 - (ז) אופן חישוב תעריף הסיכון.

למען הסר ספק, חברת ביטוח שהביסוס הסטטיסטי שלה נשען על פרמיית סיכון של מבטח משנה, תצרף את הביסוס הסטטיסטי של מבטח המשנה.

- (5) שיקולים נוספים שהשפיעו על התמחור שאינם בהכרח סטטיסטיים יש לפרט במסמך המצורף עם הנספח האקטוארי.
- (6) פירוט כל ההעמסות על פרמיית הסיכון, לרבות עמלת הסוכן, הוצאות כלליות וניהול, רווח וקרן לסטיות חריגות (Adverse Deviation).
- (7) תעריף עם פרמיה קבועה לפי גיל ההצטרפות בפוליסה בה לא ניתנים ערכי פדיון או ערכי סילוק בעת ביטול הפוליסה יכלול גם מרכיב ביטולים.
- (8) לוח שיעור הנזקים הצפוי ודרך חישובו בפוליסת פרט, לפי גיל (כל חמש שנים), מין עבור פרמיה קבועה.

²⁹ מקור: מתוך חוזר 2002/10 "נספח אקטוארי בביטוחי בריאות" (מיום 3.10.2002) (סעיפים 1-3) – מועד תחילה 3.10.2002; ³⁰ חל על כל ביטוחי מחלות ואשפוז

(9) בפוליסות בהן דמי הביטוח קבועים בהתאם לגיל ההצטרפות יש לפרט את אופן חישוב העתודה לסיכונים שטרם חלפו, אופן חישוב ערכי הפדיון והסילוק במידה וקיימים וכן לספק לוחות מלאים של ערכי הפדיון וערכי הסילוק לפי כל גיל כניסה, מין ותקופת ביטוח.

(10) הסעיפים העיקריים בהסכם עם מבטח המשנה או מהסכם הכוונות עמו (כגון שייר החברה, תקופת ההסכם, סוג ההסכם BACK to BACK או אחר).

(ב) נספח אקטוארי המצורף לבקשה לשינויים בדמי ביטוח בתכנית קיימת יכלול את כל הפרטים הבאים:

(1) תיאור של הכיסויים בתכנית הביטוח, תגמולי הביטוח, תנאי החידוש, אופן המכירה (פוליסה בסיסית או נספח), גילאי ההצטרפות וגילאי הסיום, פוליסת פרט או קבוצתית.

(2) מדד הבסיס של כל הנתונים המופיעים בנספח האקטוארי.

(3) רשימת פרמיות הסיכון ודמי הביטוח ברוטו הישנים והחדשים לכל גיל ומין לפי תקופת הביטוח ותקופת ההמתנה. יש לציין את כל השינויים שהיו בדמי הביטוח ברוטו מתחילת שיווק תכנית הביטוח. כמו כן יש לציין את השינויים שהיו בפרמיית הסיכון מאז האישור האחרון. יש לציין אם התעריפים הנם חודשיים או שנתיים, קבועים או משתנים לפי גיל, האם הם ליחידת ביטוח והשווי של כל יחידת ביטוח.

(4) ההיקף והסיבה לבקשת השינויים בדמי הביטוח הברוטו, בציון האם דמי הביטוח ברוטו החדשים יתייחסו למבוטחים חדשים בלבד, למבוטחים קיימים או לשניהם. בנוסף יינתן תיאור של שיטת שינוי דמי הביטוח ברוטו, כולל תיאור ומקור כל הנחה סטטיסטית לבסיס השינוי המוצע. לגבי ההוצאות יש לפרט האם הן אחוז מדמי הביטוח, סכומים קבועים בגין כל תכנית ביטוח, או סכומים קבועים ליחידת ביטוח. במקרה של שינוי התנאים בתכנית הביטוח יש לפרט את ההשפעה של השינוי על דמי הביטוח של התכנית.

(5) הסבר לחישוב התביעות התלויות וה-IBNR.

(6) נתונים היסטוריים לרבות:

(א) תאריכי התחילה והסיום של הניסיון שנצבר בתכנית לרבות תאריך ביצוע ניתוח הנתונים. תאריך התחילה של הניסיון יהיה מתאריך תחילת שיווק תכנית הביטוח.

(ב) ניסיון פרטני של התביעות:

מספר התביעה, סוג הביטוח, תאריך הלידה, תאריך תחילת הביטוח עבור המבוטח, תאריך האירוע, תאריך פתיחת התביעה, המין, (מעשן אם רלוונטי לתמחור), פרמטרים נוספים הרלוונטיים לתמחור, סכום הביטוח, סך התשלומים הצמודים, ערך התביעה התלויה (צמוד), מצב התביעה (אושרה, בהמתנה, נדחתה, סגורה), תיאור האירוע (התייעצות, קוד ניתוח, סיעוד, פיצוי עבור טופס 17, סוג מחלה קשה וכד') וכן סוג התשלום (פיצוי או שיפוי). במקרה של סדרת טיפולים

ובביטוח סיעודי יש לתת פירוט לגבי מספר טיפולים מקסימליים/מספר חודשי תגמול מקסימלי, מספר תשלומים בפועל, מספר תשלומים תלויים ותאריך פטירה.

(ג) ניסיון התביעות (תשלומים, תביעות תלויות, IBNR, סך הכול) מרוכז לפי שנת חיתום ושנת נזק (טבלה דו ממדית) ולפי מאפייני התמחור.

(ד) סך נתוני החשיפה עבור התביעות (לפי גיל, מין, מעשנים, תוספות חיתומיות ומספר יחידות ביטוח אם רלוונטי) לפי שנת חיתום ושנת נזק (ראה דוגמה ב"נספח 6.3.1.1 - דוגמה לחישובי החשיפה" דוגמה לחישובי החשיפה).

(ה) סך נתוני החשיפה עבור דמי הביטוח לפוליסות בתשלום (לפי גיל, מין, מעשנים, תוספות חיתומיות, מספר יחידות ביטוח אם רלוונטי) לפי שנת חיתום ושנת נזק (ראה דוגמה ב"נספח 6.3.1.1 - דוגמה לחישובי החשיפה" דוגמה לחישובי החשיפה).

(ו) סך נתוני החשיפה לפוליסות מסולקות (לפי גיל, מין, מעשנים, תוספות חיתומיות, מספר יחידות ביטוח אם רלוונטי) לפי שנת חיתום ושנת נזק בהתאם להגדרת החשיפה לדמי הביטוח.

(ז) שיעורי ביטולים לפי שנת חיתום, ואם ניתן גם לפי קבוצות גיל.

(ח) סך דמי הביטוח ברוטו כולל תוספות חיתומיות לפי שנת חיתום ושנת נזק. להסרת ספק יש לדאוג כי תהיה הקבלה בין תקופת החשיפה, הגביה וניסיון התביעות המדווחות לעיל.

(ט) שיעור הנזקים בפועל (מתחילת הביטוח עד תאריך בקשת שינוי דמי הביטוח) ודרך חישובו, לפני שינוי דמי הביטוח ברוטו.

(י) שיעור הנזקים הצפוי ודרך חישובו, לרבות ניסיון מצטבר וניסיון עתידי על התיק הקיים, לפני שינוי דמי הביטוח.

(יא) שיעור הנזקים הצפוי ודרך חישובו, לפי גיל (כל חמש שנים) ומין, לרבות ניסיון מצטבר וניסיון עתידי על התיק הקיים, לאחר שינוי דמי הביטוח.

(יב) במקרה של דמי ביטוח קבועים, העתודה המצטברת בתכנית לפי גיל.

(7) חברת ביטוח המתבססת על פרמיות סיכון ממבטח משנה תספק את פרטי הביסוס הסטטיסטי כאמור בפסקת משנה (א)(4).

(8) פרוט שיקולים נוספים שמשפיעים על התעריפים החדשים המוצעים.

(9) סעיפים עיקריים בהסכמי ביטוח משנה מתחילת הביטוח והשינויים הצפויים הידועים.

(ג) הניתוחים והחישובים האקטואריים כולל הנתונים ההיסטוריים יוגשו בקובץ אקסל בו כל הנוסחאות גלויות. דברי ההסבר המצורפים לגיליון יפרטו את כל ההנחות התומכות בחישובים.

הוראות פסקאות (א) ו-(ב) בסימן זה, יחולו על פוליסות חדשות וקיימות בענף ביטוח מחלות ואשפוז.

(ד) לעניין סימן זה –

"דמי ביטוח ברוטו" - המחיר הסופי שמשלם המבוטח, לרבות כל העמסות שמעבר לפרמיות הסיכון;

"הוצאות" - ההוצאות בפועל שהיו/יהיו לחברה כגון עמלה, עמלת יתר, הוצאות מיוחדות הכרוכות בסילוק תביעות שלא ניתנות לחלוקה בגין כל תביעה וכו';

"חישוב חשיפה עבור דמי הביטוח" - מספר הימים שהביטוח היה בתוקף עבור המבוטח בגיל מסוים, בשנה הקלנדרית מחולק ב- 365 (או 366 בשנה מעוברת);

"חישוב חשיפה עבור התביעות" - לכל שנת נזק בנפרד תחושב החשיפה באופן הבא: מספר הימים שמבוטח בגיל מסוים, היה חשוף לסיכון בשנת הנזק מחולק ב- 365 (או ב- 366 בשנה מעוברת). יובהר כי חברת הביטוח מתחילה להיות חשופה לסיכון רק לאחר תום תקופת האכשרה של המבוטח;

"שיעור הנזקים בפועל" - סך צבירת התביעות ששולמו בצירוף התביעות התלויות לרבות ה-IBNR, מחולק בסך צבירת דמי ביטוח ברוטו ששולמו בגין אותה תקופה;
"שיעור הנזקים הצפוי" - חלוקה של (1) ב-(2):

(1) מונה- הסכום של:

(א) סך צבירת התביעות ששולמו בצירוף התביעות התלויות לרבות ה-IBNR;

(ב) הערך הנוכחי של התביעות הצפויות.

(2) מכנה- הסכום של:

(א) סך צבירת דמי ביטוח ברוטו ששולמו בגין אותה תקופה;

(ב) הערך הנוכחי הצפוי של דמי הביטוח ברוטו.

החישוב יכלול הנחות לגבי שיעורי הביטולים ושיעורי הריבית להיוון וכן טבלאות תחלואה ותמותה;

"שנת חיתום" - השנה הקלנדרית בה חל תאריך תחילת הביטוח עבור המבוטח;

"שנת נזק" - השנה הקלנדרית בה אירע מקרה הביטוח;

"תיאור האירוע" - במקרה של רשימה מצומצמת של אירועים אפשריים בפוליסה כגון רשימה של ניתוחים או רשימה של מחלות קשות יש לציין את האירוע המתאים מתוך הרשימה;

"תאריך תחילת הביטוח עבור מבוטח" - התאריך המאוחר מבין תאריך תחילת הפוליסה, תאריך תחילת הנספח בפוליסה או תאריך הצטרפות המבוטח לפוליסה, לפי העניין (ראו ב"נספח 6.3.1.2 - דוגמה לקביעת תאריך תחילת הביטוח עבור המבוטח");

"תאריך תום הביטוח עבור מבוטח" - התאריך הראשון מבין התאריכים של המקרים הבאים: ביטול הפוליסה, ביטול הנספח בפוליסה או ביטול של המבוטח בפוליסה, לפי העניין.

1.2.2. ביטוח תאונות אישיות

1.2.3. ביטוח ניתוחים

1.2.4. ביטוח תרופות

1.2.5. ביטוח השתלות

1.2.6. ביטוח סיעודי

1.2.7. ביטוח מחלות קשות

1.2.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

1.2.9. ביטוח שיניים

1.2.10. ביטוח עובדים זרים

1.2.11. הוצאות רפואיות אחרות

1.3.1-2. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי

1.3.1-1.2-1. הוראות לכלל הענפים

1.3.2-1.2-12. ביטוח תאונות אישיות

1.3.3-1.2-13. ביטוח ניתוחים

1.3.4-1.2-14. ביטוח תרופות

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת הממונה - הבהרה לעניין כיסוי ביטוחי לתרופות מצילות חיים ומאריכות חיים במסגרת תכניות לביטוח בריאות קבוצתי לחברי קופ"ח [ע] (עמדה מס' 1)³¹.

1.3.5-1.2-15. ביטוח השתלות

1.3.6-1.2-16. ביטוח סיעודי

א. ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים

ב. ביטוח סיעודי קבוצתי שאינו לחברי קופות חולים

החל מ-1 ביוני 2014, חברת ביטוח לא תשווק או תחדש תכנית הכוללת כיסוי לביטוח סיעודי בפוליסה קבוצתית, למעט:

³¹ מקור: מכתב הבהרה שה. 2975-2008 מה-12 בפברואר 2008 ;

- (1) חידוש פוליסה קבוצתית שתקופת הביטוח בה תסתיים לכל המאוחר ביום 31 בדצמבר 2017,³² אם חידוש הפוליסה נעשה באותם תנאים. ואולם, חברת ביטוח תהיה רשאית לעדכן את דמי הביטוח או להקטין את סכום הביטוח, וזאת עד לגובה העדכון הנדרש לצורך התאמתם לצפי התביעות במהלך אותה שנה.
- על פוליסה שחודשה כאמור, ימשיכו לחול הוראות חוזר ביטוח 2003/9 "הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי" וחוזר ביטוח 2009-1-18 "ביטוח סיעודי קבוצתי".
- (2) שיווק או חידוש פוליסה קבוצתית שאושרה מראש ובכתב בידי הממונה על שוק ההון.

1.3.7-1.2.17. ביטוח מחלות קשות

1.3.8-1.2.18. ביטוח נסיעות לחו"ל

סימן א': ביטוח נסיעות לחו"ל קבוצתי לחברי קופות חולים וללקוחות סוכנויות נסיעות³³

- (א) **היתר לקופת חולים או לסוכנות נסיעות להיות בעל פוליסה בביטוח נסיעות לחו"ל קבוצתי**
- הממונה על שוק ההון יתיר לקופת חולים או לסוכנות נסיעות להיות בעל פוליסה בביטוח נסיעות לחו"ל קבוצתי, בהתאם לסמכותו לפי תקנה 2 לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי, בכפוף לכך שיתקיימו ההוראות שלהלן:

- (1) מכירת ביטוח נסיעות לחו"ל קבוצתי מכוח חוזה ביטוח שבעל הפוליסה בו הוא קופת חולים או סוכנות נסיעות, תיעשה בכפוף לכך שעובדי קופת חולים, עובדי סוכנות נסיעות, או מי מטעמם, לא יהיו מעורבים במכירת ביטוח נסיעות לחו"ל קבוצתי ולא יועסקו על ידי חברת ביטוח או סוכנות ביטוח (להלן: "גוף מפקח").

אין באמור כדי לאסור:

- (2) גביית דמי ביטוח על ידי קופת חולים או סוכנות הנסיעות, בהתאם לתקנה 13(א) לתקנות ביטוח בריאות קבוצתי.
- (3) הצגת מידע, פרסום או הפצת חומר שיווקי בנוגע לביטוח נסיעות לחו"ל קבוצתי, במעורבות של קופת חולים או סוכנות נסיעות, ובלבד שיצוין שם הגוף המפוקח עם הבהרה מפורשת, ברורה ובולטת כי מכירת הביטוח תעשה על ידי הגוף המפוקח.
- (4) הפניית לקוחות פוטנציאליים לגוף מפקח, לרבות ניתוב שיחות טלפוניות וקישור לאתר האינטרנט שלו, בהתקיים כל אלה:

- (א) הבהרה ללקוחות כי הם מועברים לטיפול גוף מפקח, בציון מפורש של שם הגוף;
- (ב) מכירת הביטוח תיעשה על ידי הגוף המפוקח בלבד (למשל, באתר אינטרנט של הגוף המפוקח);

³² **מקור:** מתוך חוזר 2016-1-25, "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרק 1 - תיקונים לגבי ביטוח סיעודי קבוצתי" (מיום 28.12.16); מתוך חוזר 2015-1-26, "עריכת תכנית לביטוח סיעודי - עדכון מספר 4" (מיום 13.12.15);

³³ **מקור:** מתוך חוזר 2014-1-8 "ביטוח נסיעות לחו"ל קבוצתי לחברי קופות חולים וללקוחות סוכנויות נסיעות" (מיום 13.11.2014) – מועד תחילה: פוליסות לביטוח נסיעות לחו"ל קבוצתי שיימכרו החל מיום 1 במאי 2015, לרבות פוליסות שהן מכוח חוזה ביטוח שנכרתו או חודשו טרם מועד זה.

(ג) מסירה לגוף המפוקח את פרטי ההתקשרות של הלקוחות המופנים אליו, ללא מסירת פרטים נוספים אודותיהם, מלבד תעודת זהות או מספר דרכון, תאריך לידה, מין, מועדי הנסיעה ויעד הנסיעה, של הלקוחות.

(5) מכירת ביטוח נסיעות לחו"ל קבוצתי בכותלי קופת חולים או סוכנות נסיעות, באמצעות עמדות לא מאוישות שבבעלות הגוף המפוקח, ובלבד שיופרדו בצורה ברורה משאר עיסוקי הקופה או הסוכנות, ובלבד שהמכירה תבוצע על ידי הגוף המפוקח ובשליטתו (להלן: "עמדות לא מאוישות").

(6) למרות האמור בפסקאות (3) ו-(4) לעיל, מכירת ביטוח נסיעות לחו"ל קבוצתי יכולה להיעשות באתר האינטרנט של קופת החולים, בסוכנות הנסיעות או בעמדות לא מאוישות, ובלבד שיינקטו צעדים למניעת יצירת מצג מטעה לרוכשי הביטוח בדבר מעורבות קופת החולים או סוכנות הנסיעות, בין היתר, באמצעות יצירת מצג חזותי שיבהיר באופן ברור ומפורש את מעורבות הגוף המפוקח בעסקת הביטוח תוך ציון זהותו (כגון: ציון שמו ושימוש בלוגו שלו).

1.3.9-1.2.19. ביטוח שיניים

1.3.10-1.2.20. ביטוח עובדים זרים

1.3.11-1.2.21. הוצאות רפואיות אחרות

2. הוראות לתכנית ולפוליסת ביטוח בריאות (תנאים בפוליסת ביטוח בריאות)

2.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי)

2.1.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות³⁴

פרוצדורות רפואיות שנכללות בפוליסות לביטוח בריאות – ניתוח, ניתוח אלקטיבי, השתלה ושתל, יוגדרו על פי הגדרות המינימום המפורטות בסעיף ההגדרות בחלק זה של החוזר המאוחד. חברת ביטוח רשאית לשנות הגדרה מהגדרות אלה כאמור בסעיף קטן 2.2.1 וסעיף קטן 2.3.1.

סימן ב': הוראות לניסוח תכניות ביטוח^{35 36} -

(א) תכנית ביטוח לא תכסה רק טיפולים בטכנולוגיות רפואיות מתקדמות בישראל אם אותן טכנולוגיות לא קיימות בישראל במועד שיווק התכנית. אין באמור כדי למנוע מחברת ביטוח לכלול בתכנית ביטוח כיסוי לטיפולים בטכנולוגיות חדשניות מתקדמות שאינן קיימות ביחד עם כיסויים נוספים או לכלול בתכנית ביטוח כיסוי לטיפולים בטכנולוגיות חדשניות מתקדמות הקיימות בחו"ל.

(ב) תכנית ביטוח המכסה הוצאות רפואיות לא תכלול תנאי לפיו לא ישולמו תגמולי ביטוח אם המבוטח לא פנה לחברת הביטוח על מנת לקבל אישור מוקדם לפני קבלת הטיפול הרפואי. ואולם חברת הביטוח תהיה רשאית להתנות שהיעדר פניה של המבוטח לחברת הביטוח לקבל אישור מוקדם, יכול לגרום להפחתה בסכום תגמולי הביטוח עד לגובה הסכום שהייתה משלמת חברת הביטוח לו הייתה נמסרת לו הודעה מראש.

(ג) תכנית ביטוח הכוללת כיסוי לאירוע תאונתי לא תכלול תקופת אכשרה לגבי מקרה ביטוח שנגרם עקב האירוע התאונתי.

(ד) תכנית לביטוח הכוללת כיסוי לפרוצדורות שמשולמות במטבע זר, לא תכלול תנאי לפיו עלויות ההמרה יושתו על המבוטח במועד תשלום תגמולי הביטוח.

(ה) תכנית לביטוח לא תחריג מכיסוי מום או פגם מולד. יובהר כי אין באמור כדי לפגוע בתקנות מצב רפואי קודם ובכדי לאסור הכללת חריג פרטני למבוטח מסוים בעקבות בדיקת מצב רפואי קודם.

(ו) תכנית לביטוח הכוללת כיסוי לבדיקות הריון וטיפול פוריות, לא תכלול תנאי המתנה מתן כיסוי ביטוחי למבוטחת ברכישת כיסוי ביטוחי על ידי בן זוגה.

(ז) שם תכנית ביטוח לא ינוסח באופן שעלול להטעות מבוטח לחשוב כי מדובר בביטוח שירותי בריאות הניתנים למבוטח מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובפרט שם התכנית לא תכלול את המילה "חובה".

³⁴ מקור: מתוך חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" (מיום 12.10.2004) (סעיף 2) – מועד תחילה: פוליסות שנמכרו או חודשו החל מיום 1.3.2005;

³⁵ מקור: מתוך חוזר 2015-1-16 "הוראות לניסוח תכניות ביטוח" (מיום 19.8.2015) (סעיפים 3(ג), 3(ו), 3(י"א), 3(ט"ו), 3(י"ז), 3(י"ח), 3(י"ט), 3(כ"א), 3(כ"ב)) יהיה החל מיום 1 בפברואר 2016. מועד תחילו של סעיף 3(י"א), יהיה החל מיום 1 באפריל 2016.

³⁶ למען הסר ספק, בחלק זה נכללות הוראות הנוגעות רק לחוזי ביטוח בריאות. יתר הוראות חוזר המקור הנוגעות לכלל חוזי הביטוח, לרבות ביטוח בריאות, יכללו בחלק 1 לשער 6

- (ח) תכנית ביטוח לא תכלול תנאי אשר מחריג מקרה ביטוח הנובע מתסמונת הכשל החיסוני הנרכש, איידס (AIDS) או נשאות של HIV, ובכלל זה מוטציה או וריאציה דומה אחרת. אין באמור כדי למנוע החרגת טיפול תרופתי מניעתי למחלה זו.
- (ט) תכנית ביטוח לא תכלול תנאי אשר מחריג מקרה ביטוח הנובע ממחלת הצהבת. אין באמור כדי למנוע החרגת טיפול תרופתי מניעתי למחלה זו.

2.1.2. ביטוח תאונות אישיות

סימן א': הוראות לניסוח תכניות ביטוח³⁷

- (א) תכנית ביטוח המכסה "נכות תמידית" לא תכלול כיסוי רק לנכות שנגרמה כתוצאה מ"קטיעת איבר".
- (ב) תכנית לביטוח נכות המציגה חישוב הכולל גם את דרגת הנכות וגם את גובה הפיצוי ביחד, תכלול דוגמה מספרית לגבי אופן החישוב. הדוגמה לא תיחשב כממצה את כל אפשרויות החישוב של דרגת הנכות וגובה הפיצוי. הפניה להוראות הדין, כגון לתקנות הביטוח הלאומי או לדין דומה, לא תחייב דוגמה מספרית.
- (ג) תכנית לביטוח נכות שמכסה נכות שנגרמה כתוצאה מתאונה, לא תכלול תנאי אשר מתנה את הכיסוי הביטוחי בכך שהנכות נגרמה או התגבשה תוך שנה ממועד התאונה.
- (ד) בתכנית לביטוח נכות הכוללת כיסוי לנכות מעל X% בלבד (כאשר X גבוה מ-19), תציין חברת הביטוח לצד שמה של התכנית בנוסח הפוליסה, כי הכיסוי לנכות הוא בגין נכות בשיעור של X% ומעלה.
- (ה) בתכנית לביטוח תאונות אישיות המכסה רק מקרי ביטוח שנגרמו עקב תאונה שקרתה בישראל, תוסיף חברת הביטוח לצד שמה של התכנית בנוסח הפוליסה את הפסקה: 'ביטוח תאונות אישיות רק בישראל'.
- (ו) תכנית לביטוח המכסה נכות הכוללת תנאי לפיו שיעור נכות שנקבע על ידי הביטוח הלאומי תשמש גם לצורך קביעת הנכות בתכנית, לא תעכב את תשלום תגמולי הביטוח עד לקביעת הביטוח הלאומי אם המבוטח מבקש זאת.
- (ז) תכנית ביטוח המכסה נכות צמיתה או מוות כתוצאה מתאונה לא תנקוב בסכום ביטוח שנמוך מ-20,000 ש"ח.
- (ח) תכנית לביטוח הכוללת פיצוי בגין נכות תעסוקתית זמנית, לא תכלול תנאי לפיו בימים שבהם מבוטח היה כשיר לחזור לעבודה ולא קיבל עבורם פיצוי, יכללו במסגרת חישוב מנין הימים המירבי להם זכאי המבוטח לקבל לגבם תשלום תגמולי ביטוח, ובלבד שמנין הימים בשלם לא היה זכאי לקבל תגמולים כאמור בגין אותו מקרה ביטוח, לא יעלה על 180 ימים ברצף או במצטבר.

³⁷ מקור: מתוך חוזר 16-1-2015 "הוראות לניסוח תכניות ביטוח" (מיום 19.8.2015) (סעיפים 3(א), 3(ד), 3(ה), 3(ז), 3(ח), 3(ט"ז), 3(כ"ג), 3(כ"ד). מועד תחילתם של סעיפים 3(א), 3(ד), 3(ה), 3(ז) ו-3(ח) יהיה החל מיום 20 באוגוסט 2015. מועד תחילתם של סעיפים 3(ט"ז), 3(כ"ג) ו-3(כ"ד) יהיה החל מיום 1 באפריל 2016.

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, לעניין ביטול פוליסה לביטוח תאונות אישיות [ע] (עמדה מס' 2)³⁸.

2.1.3. ביטוח ניתוחים

סימן א': תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים³⁹

(א) תכנית הכוללת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים תעמוד בכללים הבאים:

- (1) תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי).
- (2) לאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן, תשלם חברת ביטוח למבוטח לפחות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהוא זכאי לקבל על פי תנאי השב"ן. תגמולי הביטוח בתכנית זו יהיו עד לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי חברת הביטוח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות על פי הוראות רופא או בית החולים).

(3) קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:

(א) במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי חברת הביטוח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות).

(ב) במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.

(4) מבוטח שרכש הרחבה לברות ביטוח כאמור בפסקה (ב), בסימן (א) שבסעיף קטן 3.1.3: "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים", ובוטלה חברותו בתכנית השב"ן בידי מי מהצדדים לתכנית, יהיה רשאי לפנות לחברת הביטוח, תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן. המבוטח רשאי לפנות לחברת הביטוח, בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (שבה קיימת תקופת אכשרה) ובין אם לאו, בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (בפסקה זו: "פוליסת המשך"). במקרים כאלה, תעביר חברת הביטוח את המבוטח לפוליסת המשך, שתנאיה יכללו לכל הפחות את התנאים שהוצעו על ידי חברת הביטוח במועד הצטרפותו של המבוטח לכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, תוך

³⁸ מקור: מכתב הבהרה שה. 29477-2011 מה-7 באוגוסט 2011;

³⁹ מקור: מתוך חוזר 6-1-2007 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" (מיום 6.3.2007) (סעיף 3) – תחילה: ההוראות יחולו על תכנית לביטוח בריאות הכוללת כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, שנמכרו או חודשו החל מיום 1 באוקטובר 2007;

מתן רצף ביטוחי ובתנאים המפורטים בפסקה (ב) בסימן (א) שבסעיף קטן 3.1.3:
"חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים", וכן בפרמיה הנהוגה
 לכלל המבוטחים בחברה באותה עת. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת ההמשך תהיה
 למפרע ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן.

לעניין פסקה זו, "מועד ביטול החברות בתכנית השב"ן" - מועד הודעת קופת חולים
 על ביטול תכנית השב"ן או המועד בו נכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מביניהם.

2.1.4. ביטוח תרופות

סימן א': הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות⁴⁰

(א) בתכנית לביטוח תרופות תעשה חברת ביטוח שימוש בהגדרות המינימליות המפורטות
 להלן:

- (1) טיפול תרופתי - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך, שלא במהלך
 אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.
 לעניין זה, חברת ביטוח תהיה רשאית לדרוש בפוליסה כי המרשם יינתן בידי רופא
 בית חולים או בידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח. דרישה
 כאמור יכול שתיעשה בתחילת הטיפול ובמועד שלא יפחת מאחת לשלושה חודשים
 במהלך הטיפול.
- (2) תרופה - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו
 (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה
 ממחלה או תאונה.

(ב) על תכנית לביטוח תרופות יחולו ההוראות הבאות:

- (1) תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות
 חברת ביטוח תכסה בתכנית לביטוח תרופות כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי
 הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי
 של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (בסימן זה - המדינות
 המוכרות): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה,
 איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול
 הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).
- (2) תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות
 חברת ביטוח תכסה בתכנית לביטוח תרופות כל תרופה הכלולה בסל שירותי
 הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי
 הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. תרופה שאינה מוגדרת על פי
 ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית.

⁴⁰ מקור: מתוך חוזר 2015-1-18 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות" (מיום 24.9.2015) (סעיפים 2-3) – מועד
 תחילה: פוליסות שנמכרו או חודשו מיום 1 בפברואר 2016;

חברת ביטוח רשאית להגביל את הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה להתוויה שאושרה בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.

(3) תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית המוגדרת כ- OFF LABEL

חברת ביטוח תכסה בתכנית לביטוח תרופות כל תרופה אונקולוגית והמטו-אונקולוגית שאושרה לשימוש באחת מהמדינות המוכרות, אך לא להתוויה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ובלבד שהתרופה הוכרה כיעילה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח על ידי לפחות אחד מהבאים:

(א) פרסומי ה-FDA

(ב) American Hospital Formulary Service Drug Information

(ג) US Pharmacopoeia-Drug Information

(ד) Drugdex (Micromedex), ובלבד שהתרופה עונה על שלושת התנאים הבאים במצטבר, (כפי שמופיעים בטבלת ההמלצות):

(1) עוצמת ההמלצה ((Strength Of Recommendation) – נמצאת בקבוצה I או

IIa

(2) חוזק הראיות ((Strength Of Evidence) – נמצאת בקטגוריה A או B

(3) יעילות (Efficacy) – נמצאת בקבוצה I או IIa

(ה) תרופה שהטיפול בה מומלץ, לפחות באחד מה-National Guidelines שמתפרסם על ידי אחד מהבאים:

(1) NCCNb

(2) ASCO

(3) NICE

(4) ESMO Minimal Recommendation

(4) תרופה חלופית

הגבילה חברת הביטוח את הכיסוי הביטוחי בגין שימוש בתרופה חלופית, יחולו ההוראות המפורטות להלן:

(א) תרופה חלופית - תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, שנועדה לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח, ואשר מביאה, לפי אמות מידה רפואיות מקובלות, לתוצאה רפואית דומה לזו של התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בפסקאות (1)-(3) לעיל, ובלבד שהטיפול התרופתי בתרופה זו אינו כרוך בתוצאות חמורות יותר למבוטח, ביחס לתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בפסקאות (1)-(3) לעיל;

לעניין זה, "תוצאות חמורות יותר" - תופעות לוואי חמורות יותר שעלולות להיווצר כתוצאה מהטיפול התרופתי, לרבות פגיעה באיכות או בשגרת חייו של המבוטח, למעט שינוי הנוגע לתדירות נטילת התרופה דרך הפה.

(ב) אם השתמש המבוטח בתרופה חלופית, ולאחר תחילת השימוש האמור התגלו תוצאות חמורות יותר אצל המבוטח או התברר שהתרופה החלופית לא הביאה

לתוצאה רפואית דומה לזו שהתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בפסקאות (1)-(3) לעיל הייתה צפויה להביא, תכסה חברת הביטוח את התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בפסקאות (1)-(3) לעיל.

(ג) חברת ביטוח רשאית לשנות את ההגדרות וההוראות כאמור בפסקה (א) בסימן (א) שבסעיף קטן 2.2.4 וכאמור בסימן (א) שבסעיף קטן 2.3.4.

2.1.5. ביטוח השתלות

סימן א': כיסוי ביטוחי להשתלות⁴¹

(א) חברת ביטוח לא תכלול בתכנית ביטוח הכוללת מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה (בפסקה זו - תכנית הכוללת כיסוי ביטוחי להשתלות) הוראה לפיה תינתן תמורה לאדם בעבור איבר שניטל מגופו או מגופו של אדם אחר, או המיועד לנטילה כאמור, והכל בין שהנטילה נעשית בחייו של אדם ובין שהיא נעשית לאחר מותו; לענין זה, "תמורה" - כסף, שווה כסף, שירות או טובת הנאה אחרת, ולמעט בנסיבות המפורטות בסעיף 3(ג) לחוק השתלת איברים.

סימן ב': עמדת ממונה לעניין פוליסת השתלות

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת הממונה – הבהרה, לעניין מתן כיסוי לתרופות במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים [ע] (עמדה מס' 4)⁴².

2.1.6. ביטוח סיעודי

סימן א': הוראות לניסוח תכניות ביטוח⁴³

(א) אם משך תקופת ההמתנה בתכנית לביטוח סיעודי המכסה מקרי סיעוד היא שנה או יותר, תציין חברת הביטוח, לצד שמה של התכנית או בהצעת הביטוח או בדף פרטי הביטוח, את משך תקופת ההמתנה.

סימן ב': עמדות ממונה לעניין ביטוח סיעודי

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת הממונה – הבהרה, לעניין הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי (עמדה מס' 5)⁴⁴.

⁴¹ מקור: מתוך חוזר 2009-1-1 "כיסוי ביטוחי להשתלות" (מיום 14.1.2009) (סעיף 2(א)) – מועד תחילה 14.1.2009;

⁴² מקור: מכתב הבהרה מה- 21 ביולי 2011;

⁴³ מקור: מתוך חוזר 2015-1-16 "הוראות לניסוח תכניות ביטוח" (מיום 19.8.2015) (סעיף 3(י)). תחילה: החל מיום 20 באוגוסט 2015;

⁴⁴ מקור: מכתב הבהרה מה- 25 בינואר 2015;

2.1.7. ביטוח מחלות קשות

סימן א': עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות^{45 46 47}

(א) עקרונות לעריכת תכנית לביטוח מחלות קשות

(1) תכנית שנקראת "ביטוח מחלות קשות" תכסה לפחות את המחלות הקשות הבאות:
סרטן, שבץ מוחי, טרשת נפוצה, התקף לב, ניתוחי מסתמי לב, ניתוחי מעקפי לב, ניתוח אבי העורקים וקרדיומיופטיה.

(2) חברת ביטוח תיבחן את ההגדרות של מחלות קשות בתכנית הביטוח מעת לעת, ולפחות אחת לשלוש שנים, ותעדכן אותן, אם נדרש, בפוליסות שישווקו או יחודשו החל ממועד עדכון ההגדרות, באופן שהגדרת מחלה קשה המצוינת בתכנית הביטוח תתבסס על הגדרות רפואיות מקובלות ומקרים רפואיים חמורים של המחלה הקשה המנויה, שהם שכיחים.

(ב) תיעוד

חברת ביטוח תתעד את רשימת מאגרי ומקורות המידע עליהם הסתמכה בהגדרת כל מחלה קשה, אם הסתמכה על כאלה.

2.1.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

סימן א': תכניות לביטוח נוסעים לחו"ל⁴⁸

(א) יש לפרט ולהבהיר את זכויות המבוטחים במקרה של תאונה, לטיפול בחו"ל. אם יש אבחנה בין תאונת דרכים לבין תאונה אחרת יש לפרט את זכויות המבוטח בשני המקרים זה ליד זה ובאותה הבלטה.

(ב) יש לפרט ולהבהיר את הנסיבות בהן מותר לחברת ביטוח לדרוש את הטסתו ארצה של חולה או פצוע להמשך טיפול רפואי בישראל.

סימן ב': הוראות לניסוח תכניות ביטוח⁴⁹

(א) תכנית לביטוח נסיעות לחו"ל המכסה הוצאות של מלווה, לא תכלול תנאי לפיו הוצאות המלווה יכוסו רק בתנאי שהמלווה מבוטח באותה תכנית או בתכנית אחרת אצל חברת

⁴⁵ מקור: חוזר 2015-1-17 "עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות" (מיום 24.9.2015) (סעיפים 3,5) – מועד תחילה 1.2.2016. מתוך החוזר – "תחילתן של הוראות חוזר זה ב-1 בפברואר 2016 (להלן: "מועד התחילה") והן יחולו על תכנית שאחד הכיסויים העיקריים והמרכזיים בה הוא פיצוי בסכום מוסכם מראש במקרה של מחלה קשה שתשוק או תחודש החל ממועד התחילה, אף אם אינה נקראת "ביטוח מחלות קשות". יובהר כי לעניין תכנית קבוצתית לביטוח מחלות קשות תחילתו של חוזר זה, לרבות הוראות הנספח, תהיה במועד התחילה של חוזר זה או במועד חידוש התכנית, לפי המאוחר. על אף האמור לעיל, המפקח רשאי לקבוע, מראש ובכתב, כי הוראות חוזר זה לא יחולו לגבי תכנית מסוימת, שאחד הכיסויים העיקריים והמרכזיים בה הוא פיצוי בסכום מוסכם מראש במקרה של מחלה קשה שתשוק או תחודש החל ממועד התחילה".

⁴⁶ ראו הוראות הממונה על שוק ההון "הגדרות של מחלות בביטוח מחלות קשות" – 2003/16, מיום 2.12.2003. שבטלו ביום 29.8.2013 (בהוראות הממונה על שוק ההון מיום 29.8.2013 "עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות" – 2013-1-6). מועד תחילתן 1.5.2004;

⁴⁷ יראו פוליסות שישווקו לפני ה-1 ביוני 2016 כעומדות בהוראות פסקה (א) בסימן (א) בסעיף קטן 2.1.7 אם הגדרות המחלות הקשות בהן מותאמות לשינויים המפורטים בנספח א' [בנספח 6.3.4.4](#) – "עדכונים בהגדרות של מחלות בתכניות לביטוח מחלות קשות" או שההגדרות רחבות יותר מהגדרתן [בנספח 6.3.4.4](#).

⁴⁸ מקור: מתוך חוזר 1993/1 "תכניות לבטוח נוסעים לחו"ל" (מיום 2.6.1993) – מועד תחילה 2.6.1993;

⁴⁹ מקור: מתוך חוזר 2015-1-16 "הוראות לניסוח תכניות ביטוח" (מיום 19.8.2015) (סעיפים 3(י"ב), 3(י"ג), 3(י"ד)). מועד תחילה: 1 ביוני 2016.

הביטוח או תנאי שקובע כי הוצאות המלווה יכוסו רק אם המלווה יצא מהארץ יחד עם המבוטח.

(ב) תכנית לביטוח נסיעות לחו"ל לא תכלול כיסוי לטיפול בישראל, לרבות טיפול המשך לטיפול בחו"ל.

(ג) תכנית ביטוח נסיעות לחו"ל הכוללת תנאי המחייב מבוטח לשאת את דברי הערך שהביא עמו בצמוד אליו במשך שהותו בחו"ל תכלול אפשרות למבוטח להפקיד את דברי הערך בכספת או במקום מאובטח אחר.

2.1.9. ביטוח שיניים

סימן א': תכניות לביטוח שיניים^{50 51} -

(א) חברת ביטוח תכסה טיפולים המופיעים במחירון שירותים אמבולטוריים של משרד הבריאות או בקטלוג משרד הבריאות בלבד. שמות הטיפולים והקודים יהיו לפי רישומם במחירון או בקטלוג.

(ב) תנאי בתכנית ביטוח המתייחס לביטול פוליסה על ידי מבוטח יהיה בהתאם לעקרונות אלה:

(1) מבוטח רשאי לבטל את הפוליסה בכל עת, בלא תנאי, למעט דרישת החזר כספי כמפורט בפסקת משנה (ב)(2) להלן.

(2) חברת ביטוח רשאית לדרוש החזר כספי ממבוטח שביטל פוליסה, בכפוף לכל התנאים המצטברים שלהלן:

(א) המבוטח ביטל את הפוליסה במהלך שלוש השנים הראשונות ממועד צירופו לפוליסה לראשונה או במהלך תקופה המסתיימת בחלוף שלושת רבעי תקופת הביטוח שהוגדרה בפוליסה בעת צירופו לראשונה, לפי המוקדם מביניהם (בסימן זה - התקופה הקובעת).

לעניין זה - במקרה של חידוש הפוליסה לתקופה נוספת אצל אותה חברת ביטוח או אצל חברת ביטוח אחרת (בסימן זה - חידוש פוליסה) שבמסגרתו נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - יראו את חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה; במקרה של חידוש פוליסה שלא נוסף במסגרתו סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש - לא יראו במועד חידוש הפוליסה כמועד צירופו של המבוטח לפוליסה לראשונה.⁵²

⁵⁰ **מקור:** מתוך חוזר 4-1-2012 "ביטוח שיניים" (מיום 18.6.2012) (סעיף 3) – מועד תחילה 1.10.2012;

⁵¹ על אף האמור בהערת שוליים 45 לעיל, מועד תחילתה של פסקה א' ביום 1 בינואר 2013;

⁵² על אף האמור בפסקת משנה (ב)(2)(א) בסימן (א) בסעיף קטן 2.1.9, חברת ביטוח תהיה רשאית לגבות החזר כספי מהמבוטח במקרה של ביטול פוליסה לביטוח שיניים קבוצתית שחודשה אחרי 1.10.2012 ולפני 1.7.2014 גם במקרה של חידוש פוליסה שבמסגרתו לא נוסף לפוליסה סל טיפולים שלא היה קיים לפני החידוש, ובלבד שהמבוטח ביטל את הפוליסה בתקופה של עד שנתיים ממועד חידוש הפוליסה; לצורך חישוב גובה ההחזר הכספי בפסקת משנה (ב)(3) בסימן (א) בסעיף קטן 2.1.9 - התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה האמורה, ועד שנתיים מיום החידוש.

(ב) תנאי ביטול הפוליסה פורטו בתכנית הביטוח, בטופס הגילוי הנאות ובטופס ההצטרפות.

(ג) סך תגמולי הביטוח גבוהים מסך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה. בחינת הסכומים כאמור תיערך רק ביחס למבוטח שלגביו הוגשה בקשה לביטול במהלך התקופה הקובעת, ללא קשר למבוטחים אחרים בפוליסה.

(3) גובה ההחזר הכספי האמור בפסקה (2), לא יעלה על הנמוך מבין ההפרש בין סך תגמולי הביטוח לבין סך הפרמיות ששולמו בגין הפוליסה או מכפלת הפרמיה החודשית שמשולמת בגין המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במספר החודשים שנותרו עד תום התקופה הקובעת.

לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו -

"סך תגמולי הביטוח" - סך תגמולי הביטוח ששילמה חברת הביטוח במהלך התקופה הקובעת בגין תביעות מכוח הפוליסה של המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקת משנה (2)(א), חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילמה חברת הביטוח בגין סל הטיפולים החדש בלבד. חברת הביטוח תהיה רשאית לכלול בתגמולי הביטוח הוצאות בגין ניהול תביעות בשיעור שייקבע בפוליסה שלא יעלה על עשרה אחוזים מסך תגמולי הביטוח.

"סך הפרמיות" - סך הפרמיות ששולמו בשל המבוטח שלגביו הוגשה בקשת הביטול במהלך התקופה הקובעת. אם התקופה הקובעת היא מיום חידוש הפוליסה כאמור בפסקת משנה (2)(א), הפרמיות לצורך חישוב ההחזר הכספי יהיו הפרמיות ששולמו בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

(ג) חברת ביטוח תכסה טיפולים שבוצעו בתוך 90 יום מתום תקופת הביטוח, או במועד מאוחר יותר, בהתאם לתנאי תכנית הביטוח, שמתקיים בהם אחד מאלה:

(1) טיפול שהוא חלק מתכנית טיפולים שהוגשה לאישור חברת הביטוח במהלך תקופת הביטוח.

(2) טיפול שהחל במהלך תקופת הביטוח.

(ד) חברת ביטוח תאפשר למבוטח המעוניין בכך לקבל טיפול חלופי לטיפול המכוסה בפוליסה, בתנאי שלפי סטנדרטים רפואיים מקובלים הטיפול החלופי צפוי להביא לתוצאות רפואיות דומות, ובתנאי שעלות הטיפול החלופי לחברת הביטוח לא תעלה על עלות הטיפול המכוסה בפוליסה.

2.1.10. ביטוח עובדים זרים

⁵³ סימן א': הוראות לניסוח תכניות ביטוח

(א) תכנית ביטוח המכסה ביטוח רפואי לעובדים זרים תכלול תנאי לפיו -

⁵³ מקור: מתוך חוזר 2015-1-16 "הוראות לניסוח תכניות ביטוח" (מיום 19.8.2015) (סעיף 3(ב)). מועד תחילה: 1 ביוני 2016.

- (1) תקופת הביטוח תוארך ברצף עם סיום תקופת הביטוח לבקשת המעביד או העובד שתתקבל אצל חברת הביטוח ובלבד ששולמו דמי ביטוח גם בגין תקופת הביניים שבין סיום תקופת הביטוח המקורית לבין הארכת הביטוח;
- (2) במקרה של מעבר בין מעבידים, יהיו המבוטח או בעל הפוליסה רשאים לחדש את הביטוח ללא חיתום מחדש, תוך פרק זמן של תשעים ימים.

2.1.11. הוצאות רפואיות אחרות

2.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט

2.2.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות⁵⁴

- חברת ביטוח רשאית לשנות הגדרה מההגדרות – ניתוח, ניתוח אלקטיבי, השתלה ושתל, המפורטות בסעיף ההגדרות בחלק זה בכפוף לשני התנאים הבאים:
- (א) השינוי הוא לטובת המבוטח;
- (ב) בתנאי שניתן אישור מראש של הממונה על שוק ההון לשינוי האמור.

סימן ב': עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט^{55, 56}

- (א) תקופת ביטוח של פוליסה לביטוח בריאות.
- תקופת הביטוח בפוליסה תהיה שנתיים.
- (ב) אחדות בתכנית ביטוח.

- (1) החליטה חברת הביטוח לערוך שינוי בתנאי התכנית או בדמי הביטוח, יחול השינוי עבור המבוטחים הקיימים בתכנית, במועד חידוש הביטוח.
- (2) יובהר כי שינוי בדמי ביטוח כאמור בפסקת משנה (ב)(1) לעיל, יעשה באופן אחיד לכלל המבוטחים הקיימים באותה תכנית, למעט הבדלים בדמי הביטוח הנובעים מהנחה שניתנה או מתבחין כמפורט להלן, ככל שחברת הביטוח קבעה כזה:
- (א) גיל, מין, בביטוח מחלות קשות - גם עישון, או תבחין אחר הקשור לסיכון הביטוחי שאישר הממונה על שוק ההון;
- (ב) תבחין הקשור לסיכון הביטוחי של מבוטח מסוים כפי שנקבע בעת הצטרפותו של המבוטח לראשונה לביטוח.

⁵⁴ **מקור:** מתוך חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" (מיום 12.10.2004) (סעיף 3ב) – מועד תחילה: פוליסות שנמכרו או חודשו החל מיום 1.3.2005.

⁵⁵ חל על ביטוח מפני מחלות ואשפוז למעט ביטוח אובדן כושר עבודה, ביטוח סיעודי, ביטוח נסיעות לחו"ל, ביטוח שיניים, ביטוח רפואי לעובדים זרים וביטוח המיועד למתן כיסוי ביטוחי לזרים בישראל שאינו ביטוח רפואי לעובדים זרים;

⁵⁶ **מקור:** מתוך חוזר 2015-1-19 "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט" (מיום 24.9.2015) מועד תחילה: תחילתן של הוראות חוזר זה ביום 1 בפברואר 2016 ולאחר מועד זה לא ישווקו תכניות לביטוח בריאות שתקופת הביטוח בהן לא תואמת את הוראות חוזר זה".

(ג) תנאים בתכנית

חברת ביטוח תכלול בתכנית הוראות המפרטות את זכויות המבוטח כאמור בסימן (ג)

שבסעיף קטן 4.2.1.**2.2.2. ביטוח תאונות אישיות****2.2.3. ביטוח ניתוחים****2.2.4. ביטוח תרופות**

⁵⁷ סימן א': שינוי הגדרות והוראות

(א) חברת ביטוח רשאית לשנות את ההגדרות וההוראות הקבועות בסימן (א) בסעיף קטן 2.1.4

- "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות", בכפוף לשני התנאים הבאים:

- (1) השינוי הוא לטובת המבוטח;
- (2) אם הממונה על שוק ההון נתן אישור מראש לשינוי האמור.

2.2.5. ביטוח השתלות**2.2.6. ביטוח סיעודי**

⁵⁸ ⁵⁹ ⁶⁰ סימן א': עריכת תכנית לביטוח סיעודי - -

(א) הגדרת מקרה ביטוח

מקרה ביטוח יוגדר על פי הסטנדרטים המינימאליים שבסעיף קטן זה. חברת ביטוח רשאית להציג גם שיטות אחרות לקביעת הזכאות למקרה הביטוח ובלבד שקיבלה לכך את אישור הממונה על שוק ההון מראש ובכתב. מקרה הביטוח יוגדר כקורות אחד משני האירועים הבאים לפחות:

- (1) מצב בריאות ותפקוד ירודים של המבוטח כתוצאה ממחלה, תאונה או ליקוי בריאותי, אשר בגינו הוא אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי (לפחות 50% מהפעולה), של לפחות X מתוך 6 הפעולות הבאות:

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

⁵⁷ **מקור:** מתוך חוזר 2015-1-18 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות" (מיום 24.9.2015) (סעיף 4). תחילה - תכניות לביטוח תרופות שיימכרו או יחודשו בידי חברות הביטוח החל ביום 1 בפברואר 2016;

⁵⁸ **מקור:** מתוך חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" (מיום 29.8.2013) (סעיפים 1-11) – מועד תחילה: תחילתן של הוראות חוזר זה ביום 1 ביוני 2014 (להלן: "מועד התחילה"), והן יחולו על כל תכנית הכוללת כיסוי לביטוח סיעודי כאמור בחוזר זה, שתשוק או תחודש החל ממועד התחילה;

⁵⁹ ראו הוראות הממונה על שוק ההון "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-7, מיום 19.12.2012. שבוטלו ביום 1.6.2014 (בהוראות הממונה על שוק ההון מיום 29.8.2013 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2013-1-5). מועד תחילתן היה 1.1.2013;

⁶⁰ ראו הוראות הממונה על שוק ההון "ביטוח סיעודי - פרט" – 2002/6, מיום 30.4.2002. שבוטלו ביום 28.3.2012 (בהוראות הממונה על שוק ההון מיום 28.3.2012 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-1). מועד תחילתן היה 1.5.2003.

- (ב) להתלבש ולהתפשט: יכולתו העצמאית של מבוטח ללבוש ולפשוט פריטי לבוש מכל סוג ובכלל זה לחבר או להרכיב חגורה רפואית או גפה מלאכותית.
- (ג) להתרחץ: יכולתו העצמאית של המבוטח להתרחץ באמבטיה, להתקלח במקלחת או בכל דרך מקובלת, כולל פעולת הכניסה והיציאה לאמבטיה או למקלחת.
- (ד) 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.
- (ה) 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.
- (ו) 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 לכיסא גלגלים, ללא יכולת הנעתו באורח עצמאי על ידי המבוטח, ייחשב כאי יכולתו של המבוטח לנוע.

(2) "תשישות נפש" שנקבעה על ידי רופא מומחה בתחום. לעניין זה, "תשישות נפש" - פגיעה בפעילותו הקוגניטיבית של המבוטח וירידה ביכולתו האינטלקטואלית, הכוללת ליקוי בתובנה ובשיפוט, ירידה בזיכרון לטווח ארוך או קצר וחוסר התמצאות במקום ובזמן הדורשים השגחה במרבית שעות היממה על פי קביעת רופא מומחה בתחום, שסיבתה במצב בריאותי כגון: אלצהיימר, או בצורות דמנטיות שונות.

(ג) תגמולי ביטוח

- (1) מקרה ביטוח הנובע ממצב של אי יכולת לבצע 3 מתוך 6 פעולות ADL, יזכה את המבוטח בלא פחות מ-50% מתגמול הביטוח החודשי;
- (2) מקרה ביטוח הנובע ממצב של "תשישות נפש" יזכה את המבוטח ב-100% מתגמול הביטוח החודשי;
- (3) תגמול ביטוח חודשי ישולם בעד התקופה שתחל בחלוף תקופת המתנה הקבועה בפוליסה; תקופת ההמתנה תחל להימנות מהמועד בו קרה לראשונה המקרה ביטוח. מובהר כי אם פסק המבוטח מלהיות במצב המזכה בקבלת תגמול ביטוח חודשי, קרה מקרה ביטוח נוסף והמבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמול ביטוח חודשי, תימנה מחדש תקופת המתנה כאמור. ואולם, חברת בטוח רשאית לקבוע בפוליסה פרק זמן, שבמסגרתו לא תימנה מחדש תקופת המתנה לגבי מבוטח שמקרה הביטוח חדל להתקיים לגביו.

(ג) תגמולי ביטוח בבית המבוטח

- (1) פוליסה לביטוח סיעודי תכלול אפשרות לתגמולי ביטוח עבור טיפול סיעודי בבית המבוטח.

(2) תגמולי ביטוח עבור טיפול סיעודי בבית המבוטח יהיו בסכום מוסכם (פיצוי בלבד) או בדרך של מתן שירות בפועל על ידי חברת הביטוח על פי התנאים הקבועים בפוליסה.

(3) פוליסה לביטוח סיעודי הכוללת תגמולי ביטוח שניתן לקבלם הן כסכום מוסכם והן בדרך של מתן שירות בפועל, כאמור בפסקה (2), תעניק למבוטח את הזכות לבחור בין סוג תגמולי הביטוח, בכל עת, לרבות לאחר תחילת התשלום לפי אחד מסוגי התגמולים כאמור.

(ד) שחרור מתשלום פרמיה

זכאי מבוטח בפוליסה לביטוח סיעודי לקבל תגמולי ביטוח על פי תנאי הפוליסה, יהיה משוחרר מתשלום פרמיות בעד תקופת זכאותו לקבלת תגמולי ביטוח.

(ה) איסור על התניה בעת מכירת פוליסה או בעת ביטולה לביטוח סיעודי

(1) חברת ביטוח לא תתנה הצטרפות לפוליסה לביטוח סיעודי ברכישת כיסוי ביטוחי אחר, מוצר או שירות אחר כלשהו.

(2) חברת ביטוח לא תתנה ביטולה של פוליסה לביטוח סיעודי בביטול של כיסוי ביטוחי, מוצר או שירות כלשהו.

(ו) תקופת הביטוח

תקופת ביטוח בפוליסה לביטוח סיעודי, לרבות בפוליסה מסולקת, תהיה לכל חיי המבוטח.

(ז) פרמיה

(1) פוליסה לביטוח סיעודי תהיה בפרמיה קבועה או בפרמיה מוגדלת המתקבעת בגיל 65 לכל המאוחר.

(2) חברת ביטוח רשאית לתת הנחה מהפרמיה, ובלבד שלא תהיה פגיעה בערכי הסילוק וערכי הפדיון בפוליסה.

(ח) ערך מסולק וערך פדיון^{61 62 63}

(1) ערך מסולק ייקבע לפחות לפי הפרמטרים הבאים: מין, גיל הצטרפות לביטוח ומשך התקופה בה שולמה פרמיה.

(2) הערך המסולק לא יינתן בצורה של קיצור תקופת הביטוח.

(3) אם הערך המסולק נמוך מתגמול חודשי של 600 ש"ח (צמוד למדד ינואר 2012), תשלם חברת הביטוח למבוטח ערך פדיון, תוך 30 יום מהמועד שבו דרש המבוטח את פדיון הפוליסה או 45 יום ממועד ביטול הפוליסה, לפי המוקדם.

⁶¹ **מקור:** מתוך חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" (מיום 29.8.2013) (סעיף 12) – מועד תחילה 1.6.2014. הוראות סעיפים קטנים (ג) עד (ו), יחולו גם על תכנית הכוללת כיסוי לביטוח סיעודי אשר שווקה או חודשה החל מיום 1 בספטמבר 2003, ובלבד שזו בתוקף במועד התחילה. על אף האמור, לגבי תכניות הכוללות כיסוי לביטוח סיעודי שחברת ביטוח הפסיקה לשווקן, חברת ביטוח תהיה רשאית לפרט מידע כנדרש בסעיף (ג) ולהציג קישור למדריך לצרכן כנדרש בסעיף (ה), באתר האינטרנט שלה, במקום נגיש באתר בו קיים מידע אודות ביטוח סיעודי, ולא בצד כל תכנית. על אף האמור, הוראות סעיפים קטנים (ג) ו-(ה), לא יחולו על תכנית שלא חלה על חברת הביטוח חובה להציגה באתר האינטרנט שלה;

⁶² ראו הוראות הממונה על שוק ההון "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-7, מיום 19.12.2012. שבוטלו ביום 1.6.2014 (בהוראות הממונה על שוק ההון מיום 29.8.2013 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2013-1-5). מועד תחילתן היה 1.1.2013;

⁶³ ראו הוראות הממונה על שוק ההון, "ביטוח סיעודי - פרט" – 2002/6, מיום 30.4.2002. מועד תחילתן 1.5.2003, ומועד ביטולן 28.3.2012 (הוראות הממונה על שוק ההון מיום 28.3.2012 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-1);

(4) ערכי סילוק ופדיון של פוליסה יחושבו על ידי חברת הביטוח כך שהפרמיה המיועדת לכיסוי סיכון עתידי ששולמה מראש תיזקף לזכות המבוטח במקרה של הפסקת תשלום הפרמיות.

(ט) סבסוד בין מבוטחים

(1) תמחור הפרמיה לא יתבסס על סבסוד בין קבוצות גיל שונות, ובין המינים.

(2) מספר שנות הגיל בכל קבוצת גיל לא יעלה על חמש שנים.

(י) שינויים בפרמיה עבור מבוטחים קיימים

(1) חברת ביטוח תהיה רשאית להעלות את לוח הפרמיות ולהתאים את לוח הערכים המסולקים, עבור מבוטחים קיימים בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ובפרט להוראות [סעיף קטן 4.2.1, סימן \(ב\)](#): "[עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים](#)" או הוראות אשר יבואו במקומן.

(2) במועד ההודעה על שינוי בלוח הפרמיות לפי סעיף זה, תציע חברת הביטוח למבוטח להמשיך לשלם פרמיות בהתאם ללוח הפרמיות הקודם עבור פוליסה הכוללת תגמולי ביטוח מופחתים.

2.2.7. ביטוח מחלות קשות

2.2.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

2.2.9. ביטוח שיניים

2.2.10. ביטוח עובדים זרים

2.2.11. הוצאות רפואיות אחרות

2.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי

2.3.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות⁶⁴

חברת ביטוח רשאית לשנות הגדרה מההגדרות – ניתוח, ניתוח אלקטיבי, השתלה ושתל, המפורטות בסעיף ההגדרות בחלק זה בכפוף לשני התנאים הבאים:

(א) השינוי הוא לטובת המבוטח;

⁶⁴ מקור: מתוך חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" (מיום 12.10.2004) (סעיף 3(ב)) – מועד תחילה 1.3.2005

(ב) בתנאי שבנוסח הפוליסה תיכלל הפסקה הבאה: "ההגדרות של הפרוצדורות הרפואיות

XYZ נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום כאמור בסימן (א) [בסעיף](#)

[קטן 2.1.1.](#)

2.3.2. ביטוח תאונות אישיות

2.3.3. ביטוח ניתוחים

2.3.4. ביטוח תרופות

סימן א': שינוי הגדרות והוראות⁶⁵

חברת ביטוח רשאית לשנות את ההגדרות וההוראות הקבועות בסימן (א) [בסעיף קטן 2.1.4](#)

"הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות", בכפוף לשני התנאים הבאים:

(א) השינוי הוא לטובת המבוטח;

(ב) אם בנוסח התכנית ייכלל המשפט הבא: "ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמטיב עם

המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בשער 6, חלק 3, סימן (א) [בסעיף קטן 2.1.4](#)

"הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות", לחזור המאוחד.

2.3.5. ביטוח השתלות

2.3.6. ביטוח סיעודי

א. ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים

על שיווק או חידוש פוליסה קבוצתית לביטוח סיעודי שבה קופת חולים הינה בעלת הפוליסה

לגבי חבריה, יחולו הוראות פסקאות (א) עד (ה) [שבסעיף קטן 2.2.6](#).

ב. ביטוח סיעודי קבוצתי שאינו לחברי קופות חולים

ימשיכו לחול הוראות חוזר ביטוח 2003/9 "הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי" וחוזר

ביטוח 2009-1-18 "ביטוח סיעודי קבוצתי".

2.3.7. ביטוח מחלות קשות

2.3.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

2.3.9. ביטוח שיניים

⁶⁵ מקור: מתוך חוזר 2015-1-18 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתכנית לביטוח תרופות" (מיום 24.9.2015) (סעיף 4). תחילה - תכניות לביטוח תרופות שיימכרו או יחדשו בידי חברות הביטוח החל ביום 1 בפברואר 2016.

2.3.10. ביטוח עובדים זרים

2.3.11. הוצאות רפואיות אחרות

חובות חברת ביטוח בעת התקשרות עם מבוטח בפוליסת ביטוח בריאות

3. הוראות בעת התקשרות עם מבוטח בפוליסת ביטוח בריאות

3.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי)

3.1.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסת לביטוח בריאות^{66 67}

חברת הביטוח תציג סקירה של תכנית הביטוח בצמוד לטופס ההצטרפות לביטוח בריאות וכן יחד עם דף פרטי הביטוח, כמפורט ב"נספח 6.3.3.1 - גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסת לביטוח בריאות".

סימן ב': פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות^{68 69}

(א) חברת ביטוח תציין בטופס הגילוי הנאות של תכנית ביטוח הכוללת תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך נקוב, את זכותו של המבוטח לקבל מחברת הביטוח את פירוט תגמולי הביטוח כאמור בפסקה (ה) בסימן (ב) בסעיף קטן 4.1.1, וכן את האפשרויות הנוספות העומדות לרשותו של המבוטח לקבל מידע על פירוט תגמולי הביטוח (היינו כתובת אתר האינטרנט של חברת הביטוח וכן אמצעים נוספים, כגון פרטי מוקד טלפוני).

3.1.2. ביטוח תאונות אישיות

3.1.3. ביטוח ניתוחים⁷⁰

סימן א': חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים⁷¹

(א) חברת ביטוח המשווקת תכנית לביטוח בריאות, אשר כוללת כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, תציע למבוטח שהוא עמית בתכנית שב"ן, בטופס ההצטרפות לביטוח, אפשרות לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תכנית שמתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים.

(ב) בנוסף לאמור בפסקה (א) לעיל, חברת ביטוח תציע במסגרת ההצעה למבוטח לרכישת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, אפשרות לרכוש הרחבה. ההרחבה תכלול כיסוי הכולל מעבר לכיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין

⁶⁶ מקור: מתוך חוזר 2001/9 "גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסת לביטוח בריאות" (מיום 15.5.2001) – מועד תחילה 1.10.2001;

⁶⁷ הוראות אלו אינן חלות על ביטוח נסיעות לחו"ל, ביטוח עובדים זרים ושוהים זרים בישראל;

⁶⁸ מקור: מתוך חוזר 2011-1-2 "פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות" (מיום 2.8.2011) (סעיף 2(ז)) – תחילה: 1.3.2012.

⁶⁹ הוראות אלו אינן חלות על כיסויים ביטוחיים לפרוצדורות רפואיות המבוצעות בחו"ל.

⁷⁰ ראו גם הוראות תקנות תנאים לניתוחים וטיפולם מחליפי ניתוח;

⁷¹ מתוך חוזר 2007-1-6 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" (מיום 6.3.2007) (סעיפים 2,4) – תחילה: ההוראות יחולו על תכניות לביטוח מסוג מחלות ואשפוז הכוללות כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, שנמכרו או חודשו החל מיום 1 באוקטובר 2007.

הניתוח, שתלים והוצאות נלוות) תוך מתן רצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה (בסימן זה: "הרחבה לברות ביטוח"), בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

(1) סיום חברות המבוטח בתכנית השב"ן בקופה שבה היה חבר עם הצטרפותו לביטוח, מבלי שהמבוטח חידש את חברותו בתכנית השב"ן האמורה או מבלי שהצטרף לתכנית שב"ן בקופה אחרת;

(2) מעבר לתכנית שב"ן בקופה אחרת - בעד התקופה שבה נמצא המבוטח בתקופת אכשרה בשב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).

(ג) בטופס הצטרפות לביטוח ובטופס גילוי נאות הנלווים לתכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, יצוינו פרטים אלה:

(1) הכיסוי בגין ניתוחים על פי הפוליסה מהווה ביטוח משלים, אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח בגין ניתוח המכוסה בפוליסה, שהם מעל ומעבר להשתתפות השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). כלומר, חברת הביטוח תישלם את ההפרש שבין ההוצאות בפועל של ניתוח המכוסה על פי הפוליסה לבין ההוצאות המגיעות מהשב"ן וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה.

(2) למימוש כיסוי בגין ניתוח, על המבוטח לפנות לקופת חולים למימוש זכויותיו על פי השב"ן וכן לפנות לחברת ביטוח למימוש זכויותיו על פי הפוליסה.

(3) דמי הביטוח בגין תכנית זו נמוכים מדמי הביטוח בגין תכנית בעלת כיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' (תכנית אשר תגמולי הביטוח משולמים בה ללא תלות בזכויות המגיעות בשב"ן).

(4) למבוטחים שרכשו הרחבה לברות ביטוח, יצוין כי בעת סיום החברות בתכנית השב"ן זכאי המבוטח לפנות לחברת ביטוח ולבקש לעבור לכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון' תוך 60 ימים ממועד הודעת קופת חולים על ביטול תכנית השב"ן או מהמועד בו יכנס הביטול לתוקף, לפי המאוחר מבין שני המועדים האמורים.

3.1.4. ביטוח תרופות

3.1.5. ביטוח השתלות

⁷² סימן א': כיסוי ביטוח להשתלות

חברת ביטוח תציין בטופס גילוי נאות של תכנית הכוללת כיסוי ביטוחי להשתלות את הוראות [פסקה \(א\) שבסעיף קטן 5.1.5, סימן \(א\) "כיסוי ביטוחי להשתלות"](#).

3.1.6. ביטוח סיעודי

3.1.7. ביטוח מחלות קשות

3.1.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

⁷² מקור: מתוך חוזר 1-1-2009 "כיסוי ביטוחי להשתלות" (מיום 14.1.2009) (סעיף 3) – מועד תחילה 14.1.2009;

סימן א': הוראות לניסוח תכנית ביטוח נסיעות לחו"ל ואופן שיווקה:⁷³

(א) גילוי בדבר מצב רפואי קודם

(1) לקראת כריתת חוזה ביטוח תביא חברת ביטוח לידיעת המועמד לביטוח כי הרובד הביטוחי הראשון אינו מכסה הוצאות רפואיות בחו"ל שנובעות ממצב רפואי קודם, ותציע לו לרכוש הרחבה להחמרה של מצב רפואי זה.

(2) נערך הליך כריתת חוזה ביטוח באמצעות האינטרנט, לא תכרות חברת ביטוח חוזה ביטוח עם מבוטח אלא אם המבוטח השיב על השאלה האם הוא עונה להגדרת מצב רפואי קודם.

(3) לא קוימו החובות כאמור בפסקאות (1) ו-(2), זכאי המבוטח לרכוש את ההרחבה למפרע, אף אם קרה מקרה ביטוח הנובע ממצב רפואי קודם, ויהיה חייב בתשלום דמי הביטוח עבור תקופה זו.

(ב) תיעוד ובקרה

(1) חברת ביטוח או סוכן ביטוח יתעדו בכתב או בדרך אחרת את פעולותיהם מול המועמד לביטוח והמבוטח בהתאם לחוזר זה; לעניין פסקה זו, תרשומת פנימית לא תיחשב כתיעוד.

3.1.8-

3.1.9. ביטוח שיניים

סימן א': ביטוח שיניים⁷⁴

(א) חברת ביטוח תציג למבוטח בטופס גילוי נאות, את כל סלי הטיפולים המוצעים בתכנית הביטוח ותפרט את הטיפולים המכוסים במסגרת כל סל.

3.1.10. ביטוח עובדים זרים

3.1.11. הוצאות רפואיות אחרות

3.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט

3.2.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': אי תלות בין כיסויים בביטוח בריאות פרט⁷⁵

(א) הפרדת כיסויים

⁷³ **מקור:** מתוך חוזר 2016-1-26 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 3 ו-4 - ביטוח נסיעות לחו"ל (מיום 1.1.2017);

⁷⁴ **מקור:** מתוך חוזר 2012-1-4 "ביטוח שיניים" (מיום 18.6.2012) (סעיף 6) – מועד תחילה: פוליסות שנמכרו או חודשו החל מיום 1.10.2012.

⁷⁵ **מקור:** מתוך חוזר 2015-1-20 "אי תלות בין כיסויים בביטוח בריאות פרט" (מיום 24.9.2015) (סעיף 3) – מועד תחילה: פוליסות שישווקו החל מיום 1 בפברואר 2016.

(1) חברת ביטוח תאפשר למועמד לביטוח לרכוש תכנית בסיס ללא תלות ברכישה של תכנית נוספת אחרת או תכנית בסיס אחרת, אלא אם התיר זאת הממונה על שוק ההון מראש ובכתב.

(2) חברת ביטוח, המנהיגה אחת או יותר מהתכניות הבאות, תאפשר למועמד לביטוח לרכוש כל אחת מהן כתכנית בסיס:

(א) ניתוחים בישראל;

(ב) השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל;

(ג) תרופות;

(ד) מחלות קשות;

(3) חברת ביטוח רשאית להציע למועמד לביטוח לרכוש תכנית נוספת בכפוף לכך שרכש תכנית בסיס. במקרים כאמור חברת ביטוח תאפשר למועמד לרכוש את התכנית הנוספת ללא תלות ברכישת תכנית נוספת אחרת או ברכישת תכנית בסיס אחרת.

(4) חברת ביטוח לא תתנה הנחה בתכנית מסוימת ברכישה או באחזקתה של תכנית אחרת. אין באמור כדי למנוע מחברת הביטוח תמחור מראש של מספר תכניות בסיס הנמכרות יחד במחיר מופחת המגלם חיסכון בעלויות לחברת הביטוח, אשר הממונה על שוק ההון לא התנגד לו בהתאם להוראות סעיף 40 לחוק הפיקוח על הביטוח.

(ב) הצעת הביטוח

(1) חברת ביטוח תפרט בטופס הצעת הביטוח מהן תכניות הבסיס והתכניות הנוספות שניתן לרכוש, תוך הפרדה בין תכניות הבסיס לתכניות הנוספות. בנוסף יוצגו למבוטח במעמד מילוי טופס הצעת הביטוח דמי הביטוח עבור כל תכנית, בתקופת הביטוח לכלל הגילאים, והמועמד יידרש לתת הסכמתו בנפרד לגבי כל אחת מהתכניות שבכוונתו לרכוש; כמו כן, תפרט חברת הביטוח במעמד מילוי הטופס כאמור בפני המועמד לביטוח, את האפשרות של המבוטח לבטל כל אחת מהתכניות שרכש, לפי האמור בפסקה (א) בסימן (א) [בסעיף קטן 6.2.1](#) פסקה א' להלן. הסכמת המבוטח לפי סעיף זה תתועד על-ידי חברת הביטוח באמצעות דואר, דואר אלקטרוני, חשבון מקוון של המבוטח אצל חברת הביטוח, מסרון, שיחה מוקלטת וכיוצא בזה; לעניין סעיף זה, תרשומת פנימית לא תיחשב כתיעוד.

(2) כאשר הליך הצעת הביטוח מתבצע באמצעות שיחה טלפונית חברת הביטוח תקיים את הוראות פסקת משנה (ב)(1) לעיל. על אף האמור, לגבי הצגת דמי הביטוח:

- (א) חברת הביטוח תציג למבוטח את דמי הביטוח עבור כל אחת מתכניות הבסיס והתכניות הנוספות הכלולות בהצעה לביטוח בהתאם לגיל המבוטח באותו מועד.
- (ב) ככל שמדובר בדמי ביטוח המשתנים לאורך השנים – חברת הביטוח תדגיש בפני המבוטח כי דמי הביטוח צפויים להשתנות במשך תקופת הביטוח ותציג בפניו את דמי הביטוח הקבועים לקבוצת הגיל המבוגרת ביותר עבור סך התכניות המוצעות.
- (ג) חברת הביטוח תציע למבוטח לקבל את דמי הביטוח המלאים כאמור בפסקת משנה (ב)(1) לעיל.

⁷⁶ ⁷⁷ סימן ב': עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים חדשים

(א) גילוי למבוטחים חדשים: חברת הביטוח תפרט, במסגרת נספח גילוי נאות המצורף לפוליסת הבריאות, את כל השינויים בתעריפים שביצעה בהתאם להוראות המפורטות [בסימן \(ב\) בסעיף קטן 4.2.1](#) בפוליסות דומות ב- 10 השנים שקדמו להצטרפות לביטוח.

3.2.2. ביטוח תאונות אישיות

3.2.3. ביטוח ניתוחים

3.2.4. ביטוח תרופות

⁷⁶ מקור: מתוך חוזר 2015-1-22 "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות למבוטחים קיימים" (מיום 24.9.2015) (סעיף ה(21)) – מועד תחילה 24.9.2015;
⁷⁷ הוראות אלו אינן חלות על ביטוח נסיעות לחו"ל וביטוח עובדים זרים. כמו כן, הוראות חוזר זה לא יחולו על פוליסות לביטוח מפני מחלות ואשפוז, שיחודשו או ישווקו החל מיום 1 בפברואר 2016, למעט ביטוח אובדן כושר עבודה, ביטוח סיעודי וביטוח שיניים.

3.2.5. ביטוח השתלוח

3.2.6. ביטוח סיעודי

סימן א': תכנית לביטוח סיעודי^{78 79 80}

(א) חברת ביטוח תציג למבוטח במעמד מילוי טופס הצעת הביטוח לוח פרמיות לפי מועדי שינוי גיל ולוח ערכים מסולקים.

(ב) חברת ביטוח תציין בטופס הגילוי הנאות של הפוליסה, כי באתר האינטרנט שלה מוצגים הכללים, המבחנים וטופס ההערכה התפקודית, כאמור בפסקה (א), בסימן (א) [שבסעיף 4.2.6](#) "תכנית לביטוח סיעודי", וכן תציג את כתובת דף האינטרנט בו מוצגים הכללים, המבחנים וטופס ההערכה התפקודית. נוסף על כך, חברת ביטוח תציין בטופס הגילוי הנאות את זכותו של המבוטח לקבל מחברת הביטוח את המדריך לקונה ביטוח סיעודי כאמור בפסקה (א), בסימן (א) [שבסעיף 4.2.6](#) "תכנית לביטוח סיעודי".

(ג) חברת ביטוח המצרפת מבוטח לפוליסה לביטוח סיעודי בה נקבעה תקופת המתנה העולה על 180 יום, תחתים את המבוטח על הצהרה בכתב, כמפורט ב**נספח 6.3.4.5**. חברת ביטוח אינה רשאית לשנות נוסח ההצהרה **בנספח 6.3.4.5** או להוסיף עליו, למעט במקומות שבהם נדרשת חברת הביטוח לציין את משך תקופת ההמתנה. ההצהרה תוצג בעמוד נפרד מיתר ההצהרות בהצעת הביטוח. לחלופין, רשאית חברת הביטוח שלא להחתים את המבוטח על הצהרה כאמור, ובלבד שהתקיימו כל התנאים הבאים:

- (ד) הובהר למבוטח באופן מפורש המידע האמור בטופס ההצהרה **בנספח 6.3.4.5**;
- (ה) השיחה עם המבוטח, לרבות הצהרתו כנדרש ב**נספח 6.3.4.5**, הוקלטה ותועדה.
- (ו) נשלח למבוטח טופס ההצהרה **בנספח 6.3.4.5**.

(ז) חברת ביטוח תציג לכל מבוטח בדף פרטי הביטוח את המידע הבא:

(1) לוח הערכים המסולקים של המבוטח. חברת ביטוח רשאי להציג את הערכים לפי סכום ביטוח של 1,000 ש"ח;

(2) לוח הפרמיות לפי אחד הבאים:

(א) לוח הפרמיות של המבוטח לפי מועדי שינוי הגיל;

(ב) לוח הפרמיות על פי גילו ומינו של המבוטח, לפי מועדי שינוי הגיל, בהתאם ללוח הפרמיות הכללי של התכנית, את התוספות וההנחות של המבוטח וכן הסבר לגבי אופן חישוב הפרמיה האישית של המבוטח, לרבות דוגמה מספרית.

⁷⁸ מקור: מתוך חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" (מיום 29.8.2013) (סעיף 12) – מועד תחילה 1.6.2014. הוראות סעיפים קטנים (ג) עד (ו), יחולו גם על תכנית הכוללת כיסוי לביטוח סיעודי אשר שווקה או חודשה החל מיום 1 בספטמבר 2003, ובלבד שזו בתוקף במועד התחילה. על אף האמור, לגבי תכניות הכוללות כיסוי לביטוח סיעודי שחברת ביטוח הפסיקה לשווקן, חברת ביטוח תהיה רשאית לפרט מידע כנדרש בסעיף (ג) ולהציג קישור למדריך לצרכן כנדרש בסעיף (ה), באתר האינטרנט שלה, במקום נגיש באתר בו קיים מידע אודות ביטוח סיעודי, ולא בצד כל תכנית. על אף האמור, הוראות סעיפים קטנים (ג) ו-(ה), לא יחולו על תכנית שלא חלה על חברת הביטוח חובה להציגה באתר האינטרנט שלה.

⁷⁹ ראו הוראות הממונה על שוק ההון "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-7, מיום 19.12.2012. שבטלו ביום 1.6.2014 (בהוראות הממונה על שוק ההון מיום 29.8.2013 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2013-1-5). מועד תחילתן היה 1.1.2013.
⁸⁰ ראו הוראות הממונה על שוק ההון, "ביטוח סיעודי - פרט" – 2002/6, מיום 30.4.2002. מועד תחילתן 1.5.2003, ומועד ביטולן 28.3.2012 (הוראות הממונה על שוק ההון מיום 28.3.2012 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-1).

3.2.7. ביטוח מחלות קשות**3.2.8. ביטוח נסיעות לחו"ל****3.2.9. ביטוח שיניים****3.2.10. ביטוח עובדים זרים****3.2.11. הוצאות רפואיות אחרות****3.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי****3.3.1. הוראות לכלל הענפים**

סימן א': גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי⁸¹

(א) חברת ביטוח תמציא לכל יחיד מקבוצת המבוטחים, תוך שלושים ימים מיום תחילת תקופת הביטוח, בין בהצטרפותו לראשונה ובין בעת חידוש, את האמור להלן:

(1) פוליסת הביטוח;

(2) פירוט המידע הכלול בהוראות סימן (א) שבסעיף קטן 3.1.1: "גילוי נאות למבוטח בעת

ההצטרפות לפוליסת לביטוח בריאות" בשינויים המפורטים ב"נספח 6.3.3.2 - גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי".

3.3.2. ביטוח תאונות אישיות**3.3.3. ביטוח ניתוחים****3.3.4. ביטוח תרופות****3.3.5. ביטוח השתלות****3.3.6. ביטוח סיעודי****(א) ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים**

על שיווק או חידוש פוליסה קבוצתית לביטוח סיעודי שבה קופת חולים הינה בעלת הפוליסה לגבי חבריה, יחולו הוראות פסקאות (א) למעט לעניין ערכים מסולקים ועד פסקה (ה) שבסעיף קטן 3.2.6.

⁸¹ מקור: מתוך חוזר 2002/3 "גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי" (מיום 24.3.2002) – מועד תחילה 1.7.2002;

(ב) ביטוח סיעודי קבוצתי שאינו לחברי קופות חולים

ימשיכו לחול הוראות חוזר ביטוח 2003/9 "הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי" וחוזר ביטוח 2009-1-18 "ביטוח סיעודי קבוצתי".

3.3.7. ביטוח מחלות קשות

3.3.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

3.3.9. ביטוח שיניים

3.3.10. ביטוח עובדים זרים

3.3.11. הוצאות רפואיות אחרות

חובות חברת ביטוח בתקופת תוקפה של פוליסת ביטוח בריאות

4. הוראות בתקופת תוקפו של חוזה ביטוח בריאות

4.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרק וקבוצתי)

4.1.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': דיווח שנתי למבוטחים בביטוח בריאות^{82 83 84} -

(א) חברת ביטוח תשלח למבוטחיה אחת לשנה דיווח שנתי, תוך ארבעה חודשים מתום השנה (להלן - מועד הדיווח), בגין השנה שנסיימה, בהתאם למתכונת הדיווח הקבועה בהוראות אלו והמפורטת ב- "[נספח 6.3.4.1 - דוח שנתי למבוטח](#)", וב- "[נספח 6.3.4.2 - הנחיות בדבר אופן עריכת הדוח השנתי](#)" (בסימן זה - מתכונת הדיווח).

(ב) בפוליסות ביטוח שנקבעו לגביהן הוראות דיווח מיוחדות, יחולו הוראות אלו בשינויים המחוייבים, ובהתאם להוראות הדיווח שנקבעו באישורים שניתנו לפוליסות ולהוראות מיוחדות שנתן הממונה על שוק ההון לגבי אותן פוליסות.

(ג) שליחת דיווחים שנתיים באמצעות דואר אלקטרוני

שליחת הדיווח השנתי למבוטח בביטוח בריאות באמצעות דואר אלקטרוני תיעשה בכפוף לתנאים שלהלן:

(1) המבוטח הסכים באחת מהדרכים הבאות, כי הדיווח ישלח אליו באמצעות דואר אלקטרוני, והסכמה זו תועדה: באמצעות טופס ידני, מסרון, דואר אלקטרוני, חשבונו המקוון של המבוטח באתר האינטרנט של החברה או באמצעות שיחה מוקלטת.

(2) ההסכמה כאמור בפסקת משנה (ג)(1), תהא בנוסח הבא:

"אני מסכים כי כל הדיווחים השנתיים בביטוח בריאות שעלי לקבל מחברת _____ יישלחו לדואר האלקטרוני שלי בכתובת _____".

(3) על אף האמור בפסקת משנה (ג)(1), במקרה שבו מבוטח כבר נתן את הסכמתו לעניין קבלת מסמכים בדואר אלקטרוני טרם כניסת הוראות פסקה (ג), בסימן (א) [שבסעיף 4.1.1](#) לתוקף והיא תועדה, לא תידרש חברת ביטוח לקבל את הסכמת המבוטח כאמור בפסקאות משנה (ג)(1) ו-(ג)(2).

(4) ההסכמה כאמור לעיל תיכנס לתוקף, לאחר שחברת הביטוח תבצע אימות של כתובת הדואר האלקטרוני שנמסרה על ידי המבוטח (להלן: "**כתובת הדואר האלקטרוני האישית**"). אימות כאמור יתבצע כך שהחברה תשלח לכתובת הדואר האלקטרוני האישית הודעת מייל שבה יידרש המבוטח לאמת, במייל חוזר או בכל דרך אחרת

⁸² **מקור:** מתוך חוזר 9-1-2009 "דיווח שנתי למבוטחים בביטוח בריאות" (מיום 24.6.2009) (סעיף 2) – תחילה: דיווחים בגין שנת 2009 ואילך. הוראות חוזר זה לענין פירוט תוספות חיתומיות או פי החרגות בגין מצב רפואי מסוים יחולו על דיווחים בגין שנת 2010 ואילך, ואולם בדיווחים בגין שנת 2009 תציין חברת הביטוח האם קיימות או לא קיימות תוספות או החרגות כאמור.

⁸³ הוראות אלה יחולו על פוליסות לביטוח בריאות, אשר תקופת הביטוח בהן עולה על שנה ואשר היו בתוקף במהלך שנת הדיווח, כולה או חלקה, לרבות פוליסות מסולקות. למעט ביטוח נסיעות לחו"ל וביטוח בריאות עבור עובדים זרים.

⁸⁴ **מקור:** מתוך חוזר 9-1-2014 "דיווח שנתי למבוטחים בביטוח בריאות" (מיום 3.12.2014) – תחילה: דיווחים בגין שנת 2014 ואילך.

שאישר הממונה על שוק ההון מראש ובכתב, כי הוא קיבל את הודעת החברה ויאשר כי זו כתובת הדואר האלקטרוני האישית שלו.

(5) מבוטח רשאי בכל עת לחזור בו מהסכמתו שניתנה כאמור ולבקש מחברת הביטוח לקבל את הדיווח השנתי שלא באמצעות דואר אלקטרוני, ויודיע על כך לחברת ביטוח בכל אחת מהדרכים הבאות: באמצעות טופס ידני, דואר אלקטרוני או באמצעות שיחה מוקלטת.

(6) דיווח שנתי הנשלח בדואר אלקטרוני יתבצע בסביבה מאובטחת בהתאם להוראות הדין המתעדכנות בעניין זה מעת לעת, באחת מאלה:

(א) שליחת הודעה בדואר אלקטרוני הכוללת קישור לחשבון המקוון של המבוטח באתר האינטרנט של החברה, אם קיים למבוטח, בו יוכל המבוטח לעיין בדיווח השנתי שלו. קישור כאמור יפנה לעמוד הכניסה לחשבון המקוון של המבוטח (לא לעמוד הכללי של אתר האינטרנט של החברה).

(ב) שליחת הודעה בדואר אלקטרוני הכוללת את הדיווח השנתי של המבוטח.

(7) חברת ביטוח תנקוט באמצעים שיאפשרו לה מעקב אחר שליחת הדואר האלקטרוני אל המבוטח.

(8) במקרה של דואר חוזר תשלח חברת הביטוח לאותו מבוטח את הדיווח באמצעות עותק ידני תוך 30 ימים ממועד שליחת הדואר האלקטרוני.

(9) חברת ביטוח תשמור כל מידע תפעולי הנחוץ לה לבקרה, ניהול ומעקב אחר קיום התנאים האמורים לעניין שליחת דיווח באמצעות הדואר האלקטרוני.

סימן ב': פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות^{85,86}

(א) נקבע בתכנית ביטוח כי ישולמו למבוטח תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך נקוב, תציג חברת הביטוח באתר האינטרנט שלה, בגין כל אחד ממקרי הביטוח שלגביהם נקבעו באותה תכנית תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך נקוב, את הסכום הכספי בערכו הנקוב של תגמולי הביטוח המרביים. הסכום הכספי בערכו הנקוב יוצג במספר סכומים לפי משתנים שיוצגו באתר האינטרנט של חברת הביטוח (כגון ימי אשפוז, שכר מנתח ועלות חדר ניתוח), ואם לא נקבעו בתכנית הביטוח משתנים, יוצג כסכום אחד כולל (בסימן זה – פירוט תגמולי הביטוח).

(ב) פירוט תגמולי הביטוח, שיוצג באתר האינטרנט של חברת הביטוח כאמור בפסקה (א), יכלול את כל מקרי הביטוח הרלבנטיים לתכנית הביטוח שלגביה מוצג הפירוט האמור ואשר שולמו בגינם תגמולי ביטוח החל מיום 1 בינואר 2008, לרבות מקרי ביטוח בהם שילמה חברת הביטוח לנותן שירותים הקשור עמה בהסכם.

(ג) חברת ביטוח תוסיף לפירוט תגמולי הביטוח באתר האינטרנט שלה מקרי ביטוח ששולמו בגינם תגמולי ביטוח לראשונה לאחר יום 31 בדצמבר 2009 (למשל, מתן כיסוי לביצוע

⁸⁵ מקור: מתוך חוזר 2011-1-2 "פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות" (מיום 2.8.2011) (סעיפים 2, 3) – תחילה: 1.3.2012.

⁸⁶ חל על כל ביטוחי הבריאות למעט כיסויים ביטוחיים לפרוצדורות רפואיות המבוצעות בחו"ל.

ניתוח מסוים בפעם הראשונה). הוספה כאמור תבוצע בגין כל רבעון קלנדארי, תוך 30 יום מתום אותו רבעון.

(ד) חלה על חברת הביטוח חובה להציג את תכנית הביטוח באתר האינטרנט שלה, תציג את פירוט תגמולי הביטוח לצד תכנית הביטוח שאליה מתייחס הפירוט האמור.

(ה) חברת ביטוח תמציא למבוטח, על פי דרישתו, וכן במקרה שבו פנה המבוטח לחברת ביטוח לבירור זכויותיו בשל מקרה ביטוח מסוים, את פירוט תגמולי הביטוח הנכללים בתכנית, בהתאם למתכונת שפורסמה באתר האינטרנט של חברת הביטוח כאמור בפסקה (א) לעיל.

(ו) חברת ביטוח רשאית לשנות את פירוט תגמולי הביטוח אחת לשנה לכל היותר, ורק בעקבות אחד מאלה:

- (1) שינוי הסכום שחברת הביטוח משלמת לנותן שירותים הקשור עמה בהסכם;
- (2) שינוי הנוסחה שעל פיה מחושבים תגמולי הביטוח המרביים שלא בערך נקוב (כגון ממוצע הסכום המשולם בעד מקרה הביטוח או לפי השכר הגבוה המשולם למנתח הקשור עם חברת הביטוח בהסכם בגין מקרה ביטוח מסוים), ובלבד שהנוסחה הוצגה באתר האינטרנט של חברת הביטוח.

(ז) חברת ביטוח המבקשת לשנות את פירוט תגמולי הביטוח, תציין באתר האינטרנט שלה את זכותה לבצע שינוי כאמור, וכן ואת הנסיבות בהן יתבצע השינוי בהתאם לאמור בפסקה (ו) לעיל.

4.1.2. ביטוח תאונות אישיות

4.1.3. ביטוח ניתוחים

4.1.4. ביטוח תרופות

4.1.5. ביטוח השתלות

4.1.6. ביטוח סיעודי

4.1.7. ביטוח מחלות קשות

סימן א': עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות^{87 88}

(א) גילוי נאות

חברת ביטוח תציג באתר האינטרנט שלה את רשימת המחלות הקשות המכוסות בתכניות ביטוח ששיווקה ואת מועד העדכון של כל הגדרה.

4.1.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

סימן א': הוראות לניסוח תכנית ביטוח נסיעות לחו"ל ואופן שיווקה⁸⁹

(א) הארכת תקופת הביטוח

כרתה חברת ביטוח חוזה ביטוח עם מבוטח לתקופה קצרה מתקופת הביטוח המקסימאלית, בהתאם לנהלי החברה, וביקש מבוטח מחברת הביטוח להאריך את תקופת הביטוח, תפעל החברה כמפורט להלן:

(1) ביקש מבוטח מחברת הביטוח להאריך את תקופת הביטוח לפני תום תקופת הביטוח, תאריך לו חברת הביטוח את הביטוח עד לתקופה שביקש או עד לתום תקופת הביטוח המקסימאלית, לפי המוקדם מבניהם; ביטוח כאמור יהיה בתנאי כיסוי ומחיר דומים, בהתאם לפוליסה המשווקת על ידי חברת הביטוח באותה עת, ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם, ללא תקופת אכשרה והחברה לא תתנה את הארכת התקופה בחתימת המבוטח על הצהרה כי לא יתבע את חברת הביטוח בעתיד.

(2) ביקש מבוטח מחברת הביטוח להאריך את תקופת הביטוח אחרי תום תקופת הביטוח, תאריך לו חברת הביטוח את הביטוח ממועד בקשתו ועד לתקופה שביקש או עד לתום תקופת הביטוח המקסימאלית, לפי המוקדם מבניהם; הארכה כאמור תהיה בהתאם לתנאים המפורטים בפסקה (א).

(ב) תנאים חיתומיים

(1) חברת ביטוח לא תכלול בתנאי הפוליסה וחריגיה תנאים שיכולה היתה החברה לבררם בתהליך המכירה ובכללם תנאים אלה; יובהר כי אין באמור כדי לאסור החרגה פרטנית למבוטח בדף פרטי הביטוח שנעשתה בהליך חיתומי;

(א) חריגים כלליים לפוליסה:

(1) הריון;

⁸⁷ מקור: חוזר 17-1-2015 "עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות" (מיום 24.9.2013) (סעיפים 3,5) – מועד תחילה 1.2.2016. מתוך החוזר – "תחילתן של הוראות חוזר זה ב-1 בפברואר 2016 (להלן: "מועד התחילה") והן יחולו על תכנית שאחד הכיסויים העיקריים והמרכזיים בה הוא פיצוי בסכום מוסכם מראש במקרה של מחלה קשה שתשוק או תחודש החל ממועד התחילה, אף אם אינה נקראת "ביטוח מחלות קשות". יובהר כי לעניין תכנית קבוצתית לביטוח מחלות קשות תחילתו של חוזר זה, לרבות הוראות הנספח, תהיה במועד התחילה של חוזר זה או במועד חידוש התכנית, לפי המאוחר. על אף האמור לעיל, המפקח רשאי לקבוע, מראש ובכתב, כי הוראות חוזר זה לא יחולו לגבי תכנית מסוימת, שאחד הכיסויים העיקריים והמרכזיים בה הוא פיצוי בסכום מוסכם מראש במקרה של מחלה קשה שתשוק או תחודש החל ממועד התחילה";

⁸⁸ ראו הוראות הממונה על שוק ההון "הגדרות של מחלות בביטוח מחלות קשות" – 2003/16, מיום 2.12.2003. שבוטלו ביום 29.8.2013 (בהוראות הממונה על שוק ההון מיום 29.8.2013 "עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות" – 2013-1-6). מועד תחילתן היה 1.5.2004;

⁸⁹ מקור: מתוך חוזר 26-1-2016 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 3 ו-4 - ביטוח נסיעות לחו"ל" (מיום 1.1.2017);

(2) מצב בריאותי שהטיפול בו צפוי ;

(3) מצב בריאותי של בן משפחה קרוב שהטיפול בו צפוי.

(ב) חריגים להרחבה של ביטול נסיעה או קיצור נסיעה :

(1) בעקבות מותו או אשפוזו של המבוטח או המלווה, הנובע ממצב רפואי קודם ;

(2) עקב מותו או אשפוזו של בן משפחה קרוב, במידה והיה חולה סיעודי או סופני.

(ג) חריגים ותנאים להרחבה להריון :

(1) גיל המבוטחת או שבוע ההיריון ;

(2) היריון בסיכון או שהטיפול בו היה צפוי מראש על פי חוות דעת רפואית ;

(3) היריון אשר רופא המליץ שבמהלכו המבוטחת לא תיסע לחו"ל ;

(4) מחלה כלשהי שהמבוטחת סובלת ממנה ;

(5) אי קיום בדיקות שגרתיות הקשורות בהריון ;

(6) היריון בסיכון גבוה או שמירת הריון.

(ד) חריגי הרחבה של החמרה של מצב בריאותי קיים : החמרה של מחלה ממארת

קיימת בגינה הומלץ למבוטח, ע"י גורם רפואי, שעליו לעבור טיפול רפואי כלשהו,

והמבוטח לא פעל בהתאם להמלצה זו."

4.1.8

4.1.9. ביטוח שיניים

סימן א': ביטוח שיניים⁹⁰

(א) חברת ביטוח תציג באתר האינטרנט שלה רשימות של רופאי שיניים שבהסדר עמה, בצמוד לתוארם (ד"ר או פרופסור וכדומה), ולגבי רופאים שיש להם מומחיות על פי תקנות רופאי שיניים (אישור תואר מומחה ובחינות) יציין גם את מומחיותם. חברת ביטוח תוודא מעת לעת, ולפחות פעם בשנה, כי רופאים ומרפאות שברשימות הם בעלי רישיון תקף כדן.

4.1.10. ביטוח עובדים זרים

סימן א': ביטוח בריאות לעובדים זרים : סודיות רפואית⁹¹

(א) כל מידע רפואי המתייחס למצב בריאותו הגופני או הנפשי של עובד זר או לטיפול רפואי בו, וכל רשומה רפואית, לרבות תיקו הרפואי של עובד זר (בסימן זה - מידע רפואי), יועבר על ידי חברת הביטוח לעובד. חברת ביטוח אינה רשאית למסור מידע רפואי לידיעת מעסיק של עובד זר או לידיעת כל גורם אחר הקשור, במישרין או בעקיפין, להעסקתו של עובד זר אצל מעסיק, כגון לשכה פרטית כהגדרתה בסעיף 62 לחוק שירות התעסוקה (בסימן זה - הגורם הקשור להעסקה), אלא אם כן נתן לכך העובד הזר הסכמה מדעת. חברת ביטוח תנקוט אמצעים שיבטיחו את קיומה של הוראה זו.

⁹⁰ מקור : מתוך חוזר 4-1-2012 "ביטוח שיניים" (מיום 18.6.2012) (סעיף 6(ב)) – מועד תחילה 1.10.2012 ;

⁹¹ מקור : מתוך חוזר 18-1-2006 "ביטוח בריאות לעובדים זרים : סודיות רפואית" (מיום 27.12.2006) (סעיף 2) – מועד תחילה 1.3.2007 ;

(ב) חברת ביטוח לא תקבל טופס ויתור על סודיות מידע רפואי של עובד זר, שעניינו הסכמה להעברת המידע האמור לידי המעסיק של אותו עובד או לידיעת הגורם הקשור להעסקה. חברת ביטוח רשאית לקבל הסכמה מדעת כאמור, אם ניתנה בדרכים אחרות ובלבד שתוודא בכל מקרה ומקרה כי קבלת הסכמה כזו לא נעשתה בדרך גורפת.

(ג) חברת ביטוח הזקוקה למידע רפואי מאת עובד זר לא תפנה למעסיק של אותו עובד או לגורם הקשור להעסקה בבקשה לקבל עבור חברת הביטוח את המידע הרפואי האמור, למעט במקרים של מצב חירום רפואי.

4.1.11. הוצאות רפואיות אחרות

4.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט

4.2.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות^{92, 93}

(א) על אף האמור בפסקה (א) בסימן (ב) [בסעיף קטן 4.1.1](#), חברת ביטוח רשאית להגביל את הנגישות לפירוט תגמולי הביטוח אשר יוצג באתר האינטרנט בתכניות לביטוח בריאות פרט הכוללות תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך נקוב, ואשר חברת הביטוח אינה ממשיך לשווקן במתכונת התשלום האמורה לאחר יום תחילתן של הוראות אלו - למבוטחים קיימים בלבד.

(ב) הוגבלה הנגישות כאמור בפסקה (א), תאפשר חברת הביטוח נגישות לפירוט תגמולי הביטוח לכל מי שמבוטח בתכניות הביטוח האמורות (כגון באמצעות סיסמה שתועבר מראש לידיעת כל אחד מהמבוטחים, ואשר באמצעותה יוכלו המבוטחים לעיין בפירוט תגמולי הביטוח אשר יוצג באתר האינטרנט של חברת הביטוח).

סימן ב': עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים^{94, 95}

(א) הגשת בקשה לשינוי תעריף ביטוח:

- (1) על חברת הביטוח לבצע לפחות אחת לחמש שנים מיום אישור התעריף האחרון בדיקה בדבר הצורך בעדכון התעריפים (הן כלפי מעלה והן כלפי מטה).
- (2) לגבי פוליסות ביטוח שהוגשו החל מיום 1.1.2003 - תנאי להגשת בקשה לשינוי בתעריף הביטוח הוא שבמועד הפעלת התעריף המקורי הגישה חברת הביטוח לממונה על שוק ההון נספח אקטוארי, שבו פירטה את מודל התמחור הכולל את כל ההנחות הקיימות

⁹² **מקור:** מתוך חוזר 2011-1-2 "פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות" (מיום 2.8.2011) (סעיף 4א(2), 24) – תחילה: 1.3.2012.
⁹³ חל על כל ביטוחי הבריאות למעט כיסויים ביטוחיים לפרוצדורות רפואיות המבוצעות בחו"ל;
⁹⁴ **מקור:** מתוך חוזר 2015-1-22 "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות למבוטחים קיימים" (מיום 24.9.2015) (סעיף 2) – מועד תחילה 24.9.2015;
⁹⁵ הוראות אלו אינן חלות על ביטוח נסיעות לחו"ל וביטוח עובדים זרים. כמו כן, הוראות חוזר זה לא יחולו על פוליסות לביטוח מפני מחלות ואשפוז, שיחודשו או ישווקו החל מיום 1 בפברואר 2016, למעט ביטוח אובדן כושר עבודה, ביטוח סיעודי וביטוח שיניים.

במודל האמור, בהתאם להוראות "סימן (א) שבסעיף קטן 1.2.1: "נספח אקטוארי
בביטוחי בריאות" עניין תכנית בריאות חדשה.

(3) לגבי פוליסות ששווקו עד ליום 1.1.2003 - תנאי להגשת בקשה לשינוי בתעריף הביטוח הוא שבמועד הפעלת התעריף המקורי הגישה חברת הביטוח לממונה על שוק ההון נספח אקטוארי הכולל את מודל התמחור של התכנית.

(4) חברת הביטוח תגיש לממונה על שוק ההון נספח אקטוארי מלא בהתאם להוראות "סימן (א) שבסעיף קטן 1.2.1: "נספח אקטוארי בביטוחי בריאות" שעניינו שינויים בדמי הביטוח בתכנית קיימת. הנספח האקטוארי יוגש על בסיס האומדן הטוב ביותר של התביעות התלויות והעתודות.

(5) במקרה שבו חברת ביטוח משנה מעורב בתמחור התעריף החדש, יש להביא זאת לידי ביטוי בפירוט הנתונים בנספח האקטוארי.

(6) האקטואר יצהיר בנספח האקטוארי כדלקמן: "אני מצהיר כי התעריפים החדשים המוגשים לממונה על שוק ההון נקבעו בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון לעניין עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבטחים קיימים, מסתמכים על כללים אקטואריים מבוססים וכן מהווים אומדן של העלויות הצפויות. בנוסף, אני מצהיר כי התעריפים הנם מספיקים (לחילופין, כי החברה הפרישה עתודות מספיקות לפרמיה בחסר), אינם מופרזים ואינם מפלים לרעה בין המבטחים בתכנית, כלומר לוקחים בחשבון בצורה מתאימה הבדלים משמעותיים בעלויות בין קבוצות סיכון שונות."

במקרה שהתנאים בהצהרה אינם מתקיימים במלואם, האקטואר יפנה לממונה על שוק ההון בצירוף הסברים לגבי התנאים שאינם מתקיימים.

(ב) עקרונות לשינוי תעריף ביטוח:

- (1) תישקל קביעה של סכום העמסה שקלי בגין כל מבטח, אשר יתווסף לתעריף לאחר שינוי פרמיית הסיכון. סכום זה יכול להשתנות ממבטח למבטח.
- (2) תישקל האפשרות לשינוי היקף הכיסוי הביטוחי.
- (3) אם נדרש שינוי משמעותי בתעריף, יישקל ביצוע השינוי באופן הדרגתי.
- (4) במוצרים עם עתודה צבורה, יש להראות בנספח האקטוארי, עבור כל סוג של מבטח (אפיון לפי: גיל, מין, סטאטוס עישון וכו'), את האופן בו העתודה נלקחה בחשבון בעת בניית התעריף החדש, וכן את השפעת השינוי בתעריף על העתודה הצפויה.
- (5) בעת עדכון התעריף, לא יקוזזו הפסדים או רווחים בגין העבר.

(ג) ניסיון תביעות וחישוב שיעור הנזקים:

- (1) התביעות התלויות וניסיון התביעות יכללו גם תביעות שאירעו וטרם דווחו (IBNR).
- (2) תביעות שאירעו וטרם דווחו יחושבו על בסיס הניסיון בפועל.
- (3) שיעורי הנזקים השונים יחושבו על בסיס התעריפים שאושרו (כולל תוספות חיתומיות), ולא לפי הפרמיה שנגבתה בפועל.

(4) שיעור הנזקים יחושב על פי פרמיה נטו ועל פי פרמיה ברוטו (כולל העמסות). אם מדובר בפרמיה קבועה, ניכוי העתודה במכנה יעשה על בסיס הנחות לחישוב הפרמיה נטו ולא לפי הנחות חישוב העתודה.

(5) במקרה של חוסר בניסיון התביעות, ניתן יהיה לקבץ תביעות מפוליסות בעלות מאפייני סיכון דומים כדי לקבל ניסיון תביעות רחב יותר. הקיבוץ יעשה רק עבור התביעות ולא עבור הפרמיות (הפרמיות שיילקחו עבור החשיפה של אותן פוליסות בעלות מאפייני סיכון דומים יהיו על בסיס הפרמיות של הפוליסה אותה החברה מבקשת לאשר, ולא הפרמיות בפועל של פוליסות אלו).

(ד) שיקולים אקטואריים נוספים בקביעת תעריף ביטוח :

(1) התעריף החדש יתחשב בגורמי אמינות. ככל שהניסיון הסטטיסטי של החברה גדול יותר, כך יינתן משקל רב יותר לניסיון ונמוך יותר לתעריף שהיה קיים לפני השינוי, ולהיפך. לקבוצות אפיון בעלות שיעור תחלואה שונה (אפיון לפי: גיל, מין, סטאטוס עישון וכו') יינתן בסיס שונה של חשיפה לחישוב מידת האמינות. במקרה שהאמינות המתקבלת שונה בין קבוצות הגיל השונות, השינוי בתעריף ייבחן עבור קבוצות הגיל בעלות אמינות גבוהה בלבד.

(2) בתעריף ניתן לקחת בחשבון התפתחויות קיימות ועתידיות ברפואה, מחקרים בינלאומיים עדכניים ומגמות אחרות בניסיון התביעות שעשויות להשפיע על התעריף. המחקרים יכולים להתבסס גם על נתונים וניסיון מחו"ל.

(3) לא ניתן יהיה ליצור סבסוד צולב בין קבוצות שונות של מבטחים (כגון לפי: גיל, מין או סטאטוס עישון), אך ניתן יהיה לקבץ גילאים בקבוצות של עד 10 שנים. בקבוצות גיל בהן ניתן לצמצם את מספר השנים - יש להקטינו בהתאם.

(ה) גילוי למבטחים קיימים: חברת הביטוח תודיע למבוטח בכתב, 60 יום מראש, על כל שינוי שאושר בתכנית הביטוח בהתאם להוראות אלו, תוך מתן גילוי מלא לגבי כל ההעלאות או ההפחתות הצפויות בתעריף או בהיקף הכיסוי הביטוחי.

סימן ג': חידוש תכנית לביטוח בריאות פרט⁹⁶ ⁹⁷

(א) תקופת ביטוח וחידוש תקופת ביטוח של פוליסה לביטוח בריאות

(1) אחת לשנתיים, בראשון לחודש יוני (להלן - מועד החידוש), יחודשו מאליהן לכלל המבוטחים, פוליסות בהן הם היו מבטחים ערב החידוש, לתקופה של שנתיים נוספות,

⁹⁶ הוראות סימן זה יחולו על תכניות לביטוח מחלות ואשפוז, למעט ביטוח סיעודי, ביטוח נסיעות לחו"ל, ביטוח שיניים, ביטוח רפואי לעובדים זרים וביטוח המיועד למתן כיסוי ביטוחי לזרים בישראל שאינו ביטוח רפואי לעובדים זרים.

⁹⁷ מקור: מתוך חוזר 2015-1-19 "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט" (מיום 24.9.2015) מועד תחילה: תחילתן של הוראות חוזר זה ביום 1 בפברואר 2016 ולאחר מועד זה לא ישווקו תכניות לביטוח בריאות שתקופת הביטוח בהן לא תואמת את הוראות חוזר זה.

בין אם באותם תנאים ובין אם בתנאים שונים, ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה נוספת (להלן - רצף ביטוחי)⁹⁸.

- (2) על אף האמור [בסעיף קטן 2.2.1](#) סימן (ב), לגבי מבוטח שמשך תקופת הביטוח ממועד צירופו לראשונה ועד למועד החידוש הראשון היה קצר משנתיים, תהיה תקופת הביטוח החל ממועד הצירוף לראשונה ועד למועד החידוש הקרוב של כלל המבוטחים.
- (3) נדרשה חברת ביטוח לבצע שינוי בתנאים בפוליסה במועד החידוש, וחברת הביטוח אינה ממשיכה לשווק פוליסה זו למבוטחים חדשים, רשאית היא במועד החידוש שלא לבצע את השינוי, ולחדש לכלל המבוטחים הקיימים בפוליסה את הפוליסה באותם תנאים שהיו בה ערב החידוש. יובהר כי במקרה זה לא תוכל חברת הביטוח לשווק פוליסה זו למבוטחים חדשים עד לביצוע השינוי האמור אשר יחול על כלל המבוטחים.
- (4) על אף האמור בפסקת משנה (א)(1) לעיל, לא תחודש מאליה פוליסה כאמור באותה פסקה, במקרים הבאים:

- (א) בפוליסה לביטוח מפני מחלות קשות, בה נקבע גיל ביטוח מירבי - אם המבוטח הגיע לגיל הביטוח המירבי שנקבע או אם המבוטח מיצה את כל תגמולי הביטוח שהוא זכאי להם על פי הפוליסה;
- (ב) בכתב שירות - אם נקבעו בו הוראות מפורשות לעניין אי חידוש כתב השירות על ידי חברת הביטוח;
- (ג) פוליסה ששווקה על פי תכנית שהממונה על שוק ההון אישר לגביה מראש ובכתב כי פוליסות לפיה לא יחודשו מאליהן.

- (5) על אף האמור בפסקת משנה (א)(1) לעיל, לא תחודש מאליה פוליסה ללא קבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח לחידוש אם חלה עלייה בדמי הביטוח החודשיים בתקופת הביטוח הבאה, של יותר מ- 10 שקלים חדשים או יותר מ- 20 אחוזים מדמי הביטוח לפי הגבוה מבניהם, ביחס לדמי הביטוח החודשיים ששילם המבוטח ערב חידוש הפוליסה. יובהר כי במקרה של חידוש פוליסה שנעשתה לפי מספר תכניות בחבילה יש לבחון גם את עליית דמי הביטוח ביחס לכל תכנית בחבילה. לעניין פסקת משנה זו -

"הסכמתו המפורשת של מבוטח" - לגבי ילד עד גיל 21 של מבוטח באותה תכנית או בן זוגו של מבוטח כאמור, חברת הביטוח רשאית לקבל את הסכמתו המפורשת של אותו המבוטח עבור ילדו עד גיל 21 או בן זוגו;

"עליה בדמי הביטוח" - לרבות הפחתה בהיקף הכיסוי הביטוחי שנעשתה כתחליף להעלאת דמי הביטוח.

- (6) על אף האמור בפסקת משנה (א)(5) לעיל, לא נדרשת הסכמתו המפורשת של מבוטח בטרם חידוש פוליסה מאליה כאמור בפסקת משנה (א)(1) לעיל.

- (א) אם חברת הביטוח פירטה למבוטח שהצטרף לראשונה לתכנית בתקופה של 120 ימים שקדמו למועד החידוש באופן מפורש את השינויים בתנאי הביטוח ודמי

הביטוח שיחולו במועד החידוש הקרוב, והמבוטח נתן את הסכמתו להם טרם ההצטרפות;

(ב) אם הממונה על שוק ההון קבע מראש ובכתב כי לא נדרש לקבל את הסכמת המבוטח לגבי שינוי מסוים שערכה חברת הביטוח בתכנית.

(7) חודשה הפוליסה שלא על פי הסכמה מפורשת של המבוטח כאמור בפסקאות משנה (א)(1) ו – (א)(6) לעיל, והודיע המבוטח לחברת הביטוח, במהלך 60 הימים שלאחר מועד חידוש הפוליסה, על ביטול הפוליסה לגבי אותו מבוטח, תבוטל הפוליסה לגבי מועד חידוש הביטוח ויושבו למבוטח דמי הביטוח שנגבו בשל תקופה זו, ככל שנגבו, ובלבד שלא הוגשה תביעה למימוש זכויות לפי הפוליסה בשל מקרה ביטוח שאירע בתקופת 60 הימים כאמור.

(ב) הודעות למבוטח וביטול הביטוח

(1) חברת ביטוח תשלח למבוטח, לפחות 60 ימים לפני מועד חידוש פוליסה לתקופה נוספת אך לא יותר מ- 120 ימים לפני מועד כאמור, הודעה בכתב אשר תכלול את הפרטים הבאים (להלן - **הודעה ראשונה**):

(א) מועד חידוש הפוליסה;

(ב) במקרה שבו לא ישונו תנאי הביטוח ודמי הביטוח - עדכון כי הפוליסה תחודש ולא יחולו שינויים בתנאי הכיסוי הביטוחי;

(ג) במקרה שישונו תנאי הביטוח בתקופה הנוספת - פירוט של השינויים המהותיים הצפויים;

(ד) במקרה שישונו דמי הביטוח בתקופה הנוספת - טבלת דמי הביטוח של המבוטח (לרבות הנחות או תוספת לדמי הביטוח שנקבעו למבוטח) שיהיו נהוגים בעד כל תכנית בפוליסה, בתקופת הביטוח הנוספת עבור כל גיל.

(2) חברת ביטוח רשאית שלא לשלוח למבוטח במועד החידוש העתק של תנאי הפוליסה שחודשה, ובלבד שמסרה למבוטח את המידע שנדרש לפי פסקת משנה (ב)(1) לעיל ופירטה למבוטח את האפשרות לקבל העתק ממסמכי התכנית וכן את האפשרויות של המבוטח לעיין בהם תוך מתן פירוט היכן הדבר ניתן. אין באמור כדי לגרוע מחובת חברת הביטוח לשלוח למבוטח במועד החידוש את דף פרטי ביטוח ואת טופס גילוי נאות.

(3) יובהר כי ההודעה הראשונה יכולה להישלח במסגרת הדיווח השנתי למבוטח ובלבד שההודעה תוצג באופן בולט ומופרד מהדיווח השנתי.

(4) במקרה שנדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח כאמור בפסקת משנה (א)(5), תכלול ההודעה הראשונה, גם את הפרטים הבאים:

(א) הודעה כי נדרש לקבל את הסכמתו של המבוטח כתנאי לחידוש הפוליסה לתקופה נוספת;

(ב) ציון כי קיימת חשיבות לרצף ביטוחי, וכי אי חידוש הפוליסה אצל חברת הביטוח יביא לביטול הזכות לרצף הביטוחי ;

(ג) פרטים אודות אופן העברת הסכמת המבוטח לחברת הביטוח בדבר חידוש הפוליסה.

(5) נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח כאמור בפסקת משנה (א)(5), והיא לא התקבלה עד ל- 45 ימים טרם מועד חידוש הפוליסה, תמסור חברת הביטוח למבוטח, לפחות 21 ימים לפני מועד החידוש, הודעה נוספת בדבר הצורך בקבלת הסכמתו המפורשת של המבוטח (להלן - **הודעה שניה**). ההודעה השנייה תכלול פירוט כאמור בפסקת משנה (ב)(4) לעיל וציון מועד תום תקופת הביטוח אם לא תתקבל הסכמת המבוטח.

(6) נדרשה הסכמתו המפורשת של מבוטח כאמור בפסקת משנה (א)(5), ולא התקבלה הסכמה כאמור עד מועד תום תקופת הביטוח, לא תחודש הפוליסה לתקופה נוספת.

(7) על אף האמור בפסקת משנה (ב)(6) לעיל, עבור מבוטח שהגיש במהלך תקופת הביטוח, הנוכחית או זו שקדמה לה, תביעה למימוש זכויות לפי תנאי הפוליסה, תחודש הפוליסה לתקופה נוספת גם במקרה שבו לא התקבלה אצל חברת הביטוח כל תגובה לעניין הסכמתו לחדש את הפוליסה לתקופה נוספת אל חברת הביטוח, והוראות לגבי הודעות לפי פסקאות משנה (ב)(4) ו-(ב)(5) יחולו בשינויי נוסח נדרשים.

(8) חברת הביטוח תמסור את ההודעה השנייה באמצעים אחרים שאינם שליחה בדואר רגיל. למשל, בדואר רשום, דואר אלקטרוני בליווי מסרון ובו נרשם כי נשלחה הודעה חשובה לדואר האלקטרוני או בשיחת טלפון; ואולם אם נשלחה ההודעה השנייה בדואר רשום חברת הביטוח לא קיבלה אישור מסירת דואר תהיה חייבת חברת הביטוח למסור את ההודעה השנייה באמצעי נוסף אחר; ההודעה השנייה תימסר במקביל גם לסוכן הביטוח של המבוטח, ככל שישנו.

(9) לא חודשה הפוליסה כאמור בפסקת משנה (ב)(6) לעיל, ופנה מבוטח שלא התקבלה אצל חברת הביטוח כל תגובה לעניין הסכמתו לחדש את הפוליסה לתקופה נוספת אל חברת הביטוח בבקשה להצטרף חזרה לתכנית, וזאת תוך 60 ימים ממועד שבו הייתה עתידה להתחדש הפוליסה (להלן - **מועד אי החידוש**), תחדש חברת הביטוח את הפוליסה לתקופה נוספת בת שנתיים, למפרע החל ממועד אי החידוש, תוך שמירה על רצף ביטוחי, והמבוטח יהיה חייב בתשלום דמי הביטוח עבור תקופה זו.

(10) על אף האמור בפסקת משנה (ב)(9) לעיל:

(א) במקרה של הודעה שניה שנעשתה באמצעות שיחת טלפון, במסגרתה נמסר למבוטח המידע הנדרש בהודעה השנייה, והמבוטח ביקש פרק זמן נוסף עד למתן תשובתו או במקרה שההודעה השנייה נעשתה בדרך אחרת, שאושרה על ידי הממונה על שוק ההון מראש ובכתב - רשאית חברת הביטוח להודיע לו כי באפשרותו להשיב עד למועד החידוש, ולאחר מועד זה המבוטח לא יהיה זכאי לחידוש הביטוח כאמור בפסקת משנה (ב)(9).

(ב) חברת ביטוח רשאית לפנות אל מבוטח באמצעות שיחה טלפונית במהלך תקופה של 60 ימים החל ממועד אי החידוש, להציע לו לחדש את הפוליסה ברצף ביטוחי, תוך ציון כי קיימת חשיבות לרצף ביטוחי, וכי אי חידוש הביטוח אצל חברת

הביטוח יביא לביטול הזכות לרצף ביטוחי (להלן - **פנייה יזומה**). ביצעה חברת הביטוח פנייה יזומה ובמסגרת הפניה:

(1) ביקש המבוטח כי תחודש לו הפוליסה - תחודש הפוליסה למפרע תוך שמירה על רצף ביטוחי;

(2) ציין המבוטח כי הוא מבקש שלא לחדש את הפוליסה – חברת הביטוח תהיה רשאית שלא לאפשר למבוטח לחדש את הביטוח בהתאם לאמור בפסקת משנה (ב)(9);

(3) ביקש המבוטח פרק זמן נוסף להתלבטות עד למתן תשובתו - תאפשר לו חברת הביטוח להשיב תוך 7 ימים ממועד הפנייה היזומה ויציין בפני המבוטח את אפשרות זו; לא פנה המבוטח בבקשה לחדש את הפוליסה במהלך תקופה זו - חברת הביטוח תהיה רשאית שלא לאפשר למבוטח לחדש את הביטוח בהתאם לאמור בפסקת משנה (ב)(9).

(11) חברת הביטוח לא תקבע אופן פניה שונה בין מבוטח למבוטח, שיש לפנות אליו לפי חוזר זה, או תדירות הפניה אליו, בהתבסס על תבחינים הקשורים בסיכון הביטוחי.

(12) תשובת המבוטח לפניית חברת הביטוח לפי סעיף זה, ככל שהייתה כזו, תתועד על ידי חברת הביטוח באמצעות דואר, דואר אלקטרוני, חשבון מקוון של המבוטח אצל חברת הביטוח, מסרון, שיחה מוקלטת וכיוצא בזה; לעניין סעיף זה, תרשומת פנימית לא תיחשב כתיעוד.

(ג) הודעה למבוטחים קיימים ואפשרות מעבר לפוליסה עדכנית⁹⁹

4.2.2. ביטוח תאונות אישיות

4.2.3. ביטוח ניתוחים

4.2.4. ביטוח תרופות

(1) ⁹⁹ כאמור בהערת שוליים 90, נקבעו הוראות שונות לתכנית ביטוח פרט החל מיום 1 בפברואר 2016 ולאחר מועד זה נאסר לשווק תכניות ביטוח שלא תואמות להוראות החוזר. בהתאם להוראות החוזר, חברת ביטוח תשלח לכל מי שמבוטח אצלה בפוליסה ערב יום התחילה של הוראות סימן זה (להלן - פוליסה קודמת) הודעה בדבר האפשרות לעבור לפוליסה לפי הוראות סימן זה (להלן - פוליסה תואמת). ההודעה תכלול הצגת ההבדלים בין הפוליסה הקודמת לפוליסה התואמת, וכן את עיקרי הכיסוי בפוליסה התואמת; לעניין זה "הבדלים" - השוני בתקופות הביטוח בין הפוליסה הקודמת לזו התואמת והבדלים בין דמי הביטוח בפוליסה הקודמת לדמי הביטוח בפוליסה התואמת, בגיל הנוכחי של המבוטח ובגילאים מבוגרים יותר נכון למועד השליחה.

(2) פניה כאמור בפסקה (1) לעיל, תיעשה לא יאוחר מ-90 ימים החל ביום 1 בפברואר 2016.

(3) הודיע מבוטח כי ברצונו לעבור לפוליסה תואמת, תצרפו חברת הביטוח לפוליסה תוך שמירה על רצף ביטוחי ובכפוף לתנאים הבאים:

(א) כללה הפוליסה התואמת כיסויים שלא היו למבוטח בפוליסה הקודמת, חברת הביטוח רשאית לבצע לגבי אותו מבוטח בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם עבור כיסויים אלו, תוך שמירה על רצף ביטוחי לכיסויים שהיו קיימים בפוליסה הקודמת ערב ההצטרפות לפוליסה התואמת. לעניין סעיף זה, עבור ביטוח מחלות קשות, יחשב ההפרש בין סכום הביטוח המירבי הקיים בפוליסה קודמת לבין סכום הביטוח המירבי הקיים בפוליסה תואמת של המבוטח ככיסוי שלא היה למבוטח בפוליסה קודמת.

(ב) כללה הפוליסה הקודמת של המבוטח חריגים שאינם כלולים בפוליסה התואמת, חברת הביטוח תהיה רשאית להחריג לגבי אותו מבוטח מקרה ביטוח שנגרם כתוצאה מהמקרים המפורטים בחריגים כאמור

4.2.5. ביטוח השתלות

4.2.6. ביטוח סיעודי

סימן א': תכנית לביטוח סיעודי¹⁰⁰ 101 102

(א) חברת ביטוח תפרט באתר האינטרנט שלה, בצד כל תכנית לביטוח סיעודי, את הכללים לקביעת זכויות לקבלת גמלת סיעוד, וכן את המבחנים להגדרה של חוסר יכולת לבצע 50% מכל פעולת ADL, ובפרט יציג טופס הערכה תפקודית, שלפיו נקבעת יכולתו של מבוטח לבצע כל פעולת ADL.

(ב) חברת ביטוח תציג באתר האינטרנט שלה, באופן בולט, בצד כל תכנית לביטוח סיעודי, קישור [למדריך לקונה ביטוח סיעודי](#) שבאתר האינטרנט של הממונה על שוק ההון.

(ג) חברת ביטוח תמציא למבוטח, על פי בקשתו, את המדריך לקונה ביטוח סיעודי, שבאתר האינטרנט של הממונה על שוק ההון.

4.2.7. ביטוח מחלות קשות

4.2.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

4.2.9. ביטוח שיניים

4.2.10. ביטוח עובדים זרים

4.2.11. הוצאות רפואיות אחרות

¹⁰⁰ **מקור:** מתוך חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" (מיום 29.8.2013) (סעיף 12) – מועד תחילה 1.6.2014. הוראות סעיפים קטנים (ג) עד (ו), יחולו גם על תכנית הכוללת כיסוי לביטוח סיעודי אשר שווקה או חודשה החל מיום 1 בספטמבר 2003, ובלבד שזו בתוקף במועד התחילה. על אף האמור, לגבי תכניות הכוללות כיסוי לביטוח סיעודי שחברת ביטוח הפסיקה לשווקן, חברת ביטוח תהיה רשאית לפרט מידע כנדרש בסעיף (ג) ולהציג קישור למדריך לצרכן כנדרש בסעיף (ה), באתר האינטרנט שלה, במקום נגיש באתר בו קיים מידע אודות ביטוח סיעודי, ולא בצד כל תכנית. על אף האמור, הוראות סעיפים קטנים (ג) ו-(ה), לא יחולו על תכנית שלא חלה על חברת הביטוח חובה להציגה באתר האינטרנט שלה.

¹⁰¹ ראו הוראות הממונה על שוק ההון "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-7, מיום 19.12.2012. שבוטלו ביום 1.6.2014 (בהוראות הממונה על שוק ההון מיום 29.8.2013 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2013-1-5). מועד תחילתן היה 1.1.2013.

¹⁰² ראו הוראות הממונה על שוק ההון, "ביטוח סיעודי - פרט" – 2002/6, מיום 30.4.2002. מועד תחילתן 1.5.2003, ומועד ביטולן 28.3.2012 (הוראות הממונה על שוק ההון מיום 28.3.2012 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-1).

4.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי

4.3.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי¹⁰³

(א) חברת ביטוח תמסור לבעל פוליסה לפחות את המידע כמפורט להלן:

(1) סך הפרמיות בחלוקה לפי שנים;

(2) מידע בגין תביעות המשולמות כתשלום חד-פעמי - בהתאם למתכונת הדיווח הקבועה

בלוח 1 ב"נספח 6.3.4.3 - מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי" (בסימן זה: הנספח);

(3) מידע בגין תביעות המשולמות כתשלום עיתי (לרבות קצבה) - בהתאם למתכונת הדיווח הקבועה בלוח 2 לנספח.

(ב) החלוקה לפי גיל בלוחות 1 ו-2 לנספח תוצג רק בגין סוגי תביעות אלה: ניתוחים, תרופות, סיעוד, מחלות קשות, תאונות אישיות, נכויות, מוות ואבדן כושר עבודה.

(ג) שולמו למבוטח בשל אותה תביעה תשלום חד-פעמי ותשלום עיתי, כאמור בפסקאות משנה (א)(2) ו- (א)(3), תציג חברת הביטוח את המידע הנדרש לפי הוראות פסקת משנה (א)(3) שבאותו סעיף קטן, וזאת גם בנוגע לתשלום החד-פעמי.

(ד) בביטוח בריאות קבוצתי, יוצג המידע בלוחות 1 ו-2 לנספח, לגבי כל אחד מהביטוחים האמורים בנפרד, בהתאם להוראות אלה:

(1) לעניין חלוקה לפי שנים - אם פחת מספר התביעות בשנה מסוימת מ-10, תצרך חברת הביטוח את מספר התביעות באותה שנה למספר התביעות בשנה הקודמת או בשנה העוקבת, ובלבד שמספר התביעות בכל תקופה לא יפחת מ-10;

(2) לעניין חלוקה לפי גיל - החלוקה כאמור תוצג רק בשנה שבה מספר התביעות עלה על 20; ואולם אם פחת מספר התביעות בגיל מסוים מ-10, תצרך חברת הביטוח את מספר התביעות באותו גיל למספר התביעות בגיל הקודם או בגיל העוקב, ובלבד שמספר התביעות בכל קבוצת גיל לא יפחת מ-10.

(ה) עמד מספר התביעות במועד הדיווח על 20 או פחת מ-20, תציג חברת הביטוח את סך התביעות ששולמו לפי סוג תביעה ואת סך הפרמיות, בחלוקה לפי שנים. בהתקיים התנאי האמור בפסקת משנה זו, רשאית חברת הביטוח שלא לפרט מידע נוסף, מעבר לאמור

¹⁰³ מקור: מתוך חוזר 10-1-2009 "מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי" (מיום 17.8.2009) (סעיפים 2-4) – מועד תחילה 17.8.2009. חברת ביטוח רשאית למסור את המידע על תביעות כאמור בחוזר זה, אשר הוגשו עד למועד תחילתו של החוזר או שיוגשו לאחר אותו מועד בגין מקרי ביטוח שארעו עד יום 31 בדצמבר 2010, לפי המתכונת הקבועה בסעיף 3ה', וזאת אף אם מספר התביעות עד למועד הדיווח עלה על 20; לעניין פוליסות שהיו בתוקף לפני יום פרסום החוזר, תחילת תקופת הדיווח תחול ביום 1 בינואר 2000 או במועד תחילת תקופת הביטוח הראשונה אצל אותה חברת ביטוח, לפי המאוחר, ולא כקבוע ברישה להגדרה "תקופת הדיווח". הוראות אלו לא יחולו על תביעות מכח פוליסות לביטוח בריאות קבוצתי המיועדות למתן כיסוי ביטוחי לשהים זרים בישראל ומכח פוליסות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדים זרים, וזאת לעניין קבלת שירותים במישרין מספק השירות הרפואי ובלא מעורבות של חברת הביטוח;

ברישא לפסקת משנה זו, וכן רשאית היא שלא לפרט את המידע בהתאם למתכונת הדיווח הקבועה בלוחות 1 ו-2 לנספח.

(ו) חברת ביטוח תמסור את המידע המפורט בסעיף זה בכל אחד מהמועדים כמפורט להלן:

(1) בכל מועד לפי בקשת בעל הפוליסה, ולא יותר מאחת לשנה; מידע כאמור יימסר לבעל הפוליסה בתוך 30 יום ממועד בקשתו, ובלבד שהפוליסה הייתה בתוקף במועד הבקשה למסירת המידע או במהלך 12 החודשים שקדמו לאותו מועד. לעניין מסירת מידע לפי פסקה זו, סיום תקופת הדיווח יחול בתום הרבעון האחרון שקדם למועד שבו התקבלה הבקשה למסירת המידע, ולא כקבוע בסיפא להגדרה "תקופת הדיווח";

(2) בנוסף למועד מסירת המידע לבעל הפוליסה כאמור בפסקת משנה (ו)(1), תמסור חברת הביטוח את המידע המפורט בסעיף זה לבעל הפוליסה 60 יום לפני מועד תום תקופת הביטוח, זולת אם מידע כאמור בפסקת משנה (ו)(1) נמסר במהלך 30 הימים שקדמו למועד הקבוע בפסקה זו למסירת מידע.

(ז) נקבע בפוליסה או בהסכם שבין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח תנאי בדבר ביצוע התאמת פרמיה במהלך תקופת הביטוח, תמסור חברת הביטוח לבעל הפוליסה את הסכום של כל אחד מהמשתנים שנעשה בהם שימוש לצורך קביעת התאמת הפרמיה כאמור.

(ח) חברת ביטוח תמסור את המידע המפורט בסעיף זה 60 יום לפני המועד לביצוע התאמת הפרמיה במהלך תקופת הביטוח, כשהוא מעודכן ליום המסירה כאמור.

(ט) לעניין סימן זה –

"גיל" - גיל התובע במועד קרות מקרה הביטוח;

"מועד הדיווח" - 30 יום לפני כל אחד מהמועדים שנקבעו למסירת המידע כאמור בפסקה (ו), לפי העניין;

"סוג תביעה" - סוג הכיסוי הביטוחי: ניתוחים, השתלות, תרופות, סיעוד, הוצאות רפואיות אחרות, שיניים, מחלות קשות, נסיעות לחו"ל, עובדים זרים, תאונות אישיות, נכויות, מוות, אבדן כושר עבודה או כיסוי ביטוחי אחר;

"סך הפרמיות" - סך דמי הביטוח ששולמו בגין תקופת הדיווח;

"סך תביעות ששולמו" - סך תגמולי הביטוח ששולמו במהלך תקופת הדיווח בגין תביעות שאושרו;

"תביעות בברור" - תביעות שהוגשו בגין מקרי ביטוח לכאורה, שאירעו במהלך תקופת הדיווח, אשר חברת ביטוח טרם קיבל החלטה לגביהן במהלך אותה תקופה;

"תביעות בתשלום" - תביעות שאושרו, ואשר נכון למועד הדיווח חברת הביטוח עדיין משלמת בגינן;

"תביעות שאושרו" - תביעות שהוגשו בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הדיווח, אשר חברת ביטוח הכירה לגביהן, במהלך אותה תקופה, בחבותה כלפי התובע, לרבות חבות חלקית או תשלום שלטענת חברת הביטוח היא אינה חייבת בו ("תשלום לפני משורת הדין"), ולרבות מקרי ביטוח בהם שילמה חברת הביטוח לנותן שירותים הקשור עימה בהסכם;

"תביעות שאושרו והסתיימו" - תביעות שאושרו ואינן תביעות בתשלום;

"תביעות שנדחו" - תביעות שהוגשו בגין מקרי ביטוח לכאורה, שאירעו במהלך תקופת הדיווח, אשר חברת הביטוח החליטה, במהלך אותה תקופה, שאין לה חבות בגין כלפי התובע;

"תקופת הדיווח" - התקופה שבגינה תמסור חברת ביטוח מידע, אשר תחילתה במועד תחילת תקופת הביטוח הראשונה אצל אותה חברת ביטוח וסיומה במועד הדיווח או בתום תקופת הביטוח האחרונה, לפי המוקדם.

סימן ב': פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות¹⁰⁴₁₀₅

(א) על אף האמור בפסקה (א) בסימן (ב) בסעיף קטן 4.1.1 חברת ביטוח רשאית להגביל את הנגישות לפירוט תגמולי הביטוח אשר יוצג באתר האינטרנט בתכניות לביטוח בריאות קבוצתי, אשר מתכונת תשלום תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך נקוב שנקבעה בהן שונה ממתכונת התשלום הקיימת בתכניות לביטוח בריאות פרט בגין כיסוי ביטוחי דומה שמשווקת חברת הביטוח - לחברי קבוצת המבוטחים בלבד;

(ב) הוגבלה הנגישות כאמור בפסקה (א), תאפשר חברת הביטוח נגישות לפירוט תגמולי הביטוח לכל מי שמבוטח בתכניות הביטוח האמורות (כגון באמצעות סיסמה שתועבר מראש לידיעת כל אחד מהמבוטחים, ואשר באמצעותה יוכלו המבוטחים לעיין בפירוט תגמולי הביטוח אשר יוצג באתר האינטרנט של חברת הביטוח).

4.3.2. ביטוח תאונות אישיות

4.3.3. ביטוח ניתוחים

4.3.4. ביטוח תרופות

4.3.5. ביטוח השתלות

4.3.6. ביטוח סיעודי

(א) ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים

על שיווק או חידוש פוליסה קבוצתית לביטוח סיעודי שבה קופת חולים הינה בעלת הפוליסה לגבי חבריה, יחולו הוראות פסקאות (א) עד פסקה (ג) בסעיף קטן 4.2.6.

(ב) ביטוח סיעודי קבוצתי שאינו לחברי קופות חולים

ימשיכו לחול הוראות חוזר ביטוח 2003/9 "הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי" וחוזר ביטוח 2009-1-18 "ביטוח סיעודי קבוצתי".

¹⁰⁴ מקור: מתוך חוזר 2011-1-2 "פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות" (מיום 2.8.2011) (סעיפים 4א(1), 4ב) – תחילה: 1.3.2012;
¹⁰⁵ חל על כל ביטוחי הבריאות למעט כיסויים ביטוחיים לפרוצדורות רפואיות המבוצעות בחו"ל;

4.3.7. ביטוח מחלות קשות

4.3.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

4.3.9. ביטוח שיניים

4.3.10. ביטוח עובדים זרים

4.3.11. הוצאות רפואיות אחרות

חובות חברת ביטוח בעת טיפול בתביעה ובעת ביטול פוליסת ביטוח בריאות

5. הוראות בעת טיפול בתביעה בחוזה ביטוח בריאות

5.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי)

5.1.1. הוראות לכלל הענפים

5.1.2. ביטוח תאונות אישיות

5.1.3. ביטוח ניתוחים

5.1.4. ביטוח תרופות

5.1.5. ביטוח השתלות

¹⁰⁶ סימן א': כיסוי ביטוחי להשתלות

(א) בטרם מתן שיפוי או פיצוי למימון ביצוע השתלה תבחן חברת הביטוח אם ההשתלה בוצעה

בהתאם להוראות חוק השתלת איברים, ובכלל זה אם התקיימו כל אלה:

(1) נטילת האיבר והשתלת האיבר נעשות על פי הדין החל באותה מדינה;

(2) מתקיימות הוראות החוק לענין איסור סחר באיברים.

לענין זה, תשלום פיצוי בעד השתלת איברים לפי הוראות פוליסה לביטוח מחלות קשות,

שנעשתה בעקבות המצאת אישור רשמי של המרכז הלאומי להשתלות בישראל על הצורך

בהשתלת איבר, ובטרם ביצוע ההשתלה, לא תחשב לענין הוראות אלו כמימון ביצוע

השתלה.

(ב) אשר למבטחים שהיו קיימים במועד כניסת החוזר לתוקף - נקבעה בתכנית הביטוח

הוראה הסותרת את הוראות [סעיף קטן 2.1.5, סימן \(א\): "כיסוי ביטוחי להשתלות"](#), לא

תפעל חברת הביטוח על פיה.

5.1.6. ביטוח סיעודי

5.1.7. ביטוח מחלות קשות

5.1.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

¹⁰⁶ מקור: מתוך חוזר 1-1-2009 "כיסוי ביטוחי להשתלות" (מיום 14.1.2009) (סעיף 2(ב)) – מועד תחילה 14.1.2009

5.1.9. ביטוח שיניים

סימן א': ביטוח שיניים^{107, 108}

- (א) חברת ביטוח תאפשר למבוטח בתכנית לביטוח שיניים לבחור, בשלב התביעה, בכל ספק ולא תגביל את המבוטח לבחירת ספק שבהסדר עם חברת הביטוח.
- (ב) חברת ביטוח לא תשפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא ולא תיתן לו הוראות או הנחיות טיפוליות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי, בכפוף לכך שהרופא פועל על פי סטנדרטים רפואיים מקובלים.
- (ג) במקרה של דחיית תביעה או דחיית ערעור על בסיס רפואי, תשלח חברת הביטוח למבוטח הודעה מנומקת וחתומה על ידי רופא שיניים.

5.1.10. ביטוח עובדים זרים

סימן א': ביטוח בריאות לעובדים זרים - הודעה למבוטח¹⁰⁹

- (א) על חברת ביטוח למסור למבוטח הודעה בכל מקרה שבו ניתנה חוות דעת של רופא מומחה מטעם חברת הביטוח אשר מתייחסת לבעיה רפואית הנובעת ממצב רפואי קודם, אי כשירות לעבודה או ייצוב מצבו הרפואי של המבוטח.
- (ב) חברת ביטוח תצרף להודעה את חוות הדעת של הרופא המומחה מטעמו.
- (ג) בהודעה יצוין כי למבוטח קיימת הזכות לקבל חוות דעת נגדית מרופא מומחה לפי בחירתו. כן יפורט בהודעה כי על חוות הדעת הנגדית כאמור להימסר לחברת ביטוח תוך 21 ימים מיום שהמבוטח קיבל את חוות דעת הרופא המומחה מטעם חברת הביטוח.
- (ד) בהודעה יצוין כי עלות חוות הדעת הנגדית של הרופא המומחה מטעמו של המבוטח היא על חשבון חברת הביטוח כאמור בסעיף 9(א)(2) לצו.
- (ה) ההודעה תימסר למבוטח בשפה העברית ובשפה האנגלית.
- (ו) רשימת הארגונים שתצורף להודעה תעמוד בכל התנאים הבאים:
- (1) הרשימה תכלול לפחות שני ארגונים, ובלבד שעיסוק מרכזי של אחד מהם לפחות הוא סיוע לעובדים זרים.
 - (2) חברת ביטוח לא תכלול ברשימה ארגון, אם מתקיימים בינה לבין אותו ארגון קשרים עסקיים העלולים ליצור מצב של ניגוד עניינים פוטנציאלי.
 - (3) ברשימה יצוינו הפרטים הבאים לגבי כל אחד מהארגונים: שם הארגון, כתובת, מספר טלפון, מספר פקס ודואר אלקטרוני אם ישנו.

¹⁰⁷ מקור: מתוך חוזר 2012-1-4 "ביטוח שיניים" (מיום 18.6.2012) (סעיף 3(ב), 3(ד)-(ה), 4, 5) – מועד תחילה 1.10.2012;

¹⁰⁸ על אף האמור בהערת שולים 100, מועד תחילתה של פסקה (ג) ביום 1 בינואר 2013;

¹⁰⁹ מקור: מתוך חוזר 2005-1-19 "ביטוח בריאות לעובדים זרים - הודעה למבוטח" (מיום 18.4.2005) (סעיפים 6-1) – מועד תחילה 1.7.2005

(4) חברת ביטוח תכלול כל ארגון המבקש להיכלל ברשימה ובלבד שהארגון עומד בתנאי שפורט בפסקת משנה (ו)(2).

5.1.11. הוצאות רפואיות אחרות

5.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט

5.2.1. הוראות לכלל הענפים

5.2.2. ביטוח תאונות אישיות

5.2.3. ביטוח ניתוחים

5.2.4. ביטוח תרופות

5.2.5. ביטוח השתלות

5.2.6. ביטוח סיעודי

¹¹⁰ ¹¹¹ ¹¹² סימן א': תכנית לביטוח סיעודי

(א) חברת ביטוח תצרף לטופס הגשת תביעה לקבלת גמלת סיעוד, את הכללים לקבלת גמלת סיעוד, כמפורט בפסקה (א), בסימן (א) [שבסעיף קטן 4.2.6](#).

5.2.7. ביטוח מחלות קשות

5.2.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

5.2.9. ביטוח שיניים

5.2.10. ביטוח עובדים זרים

¹¹⁰ **מקור:** מתוך חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" (מיום 29.8.2013) (סעיף 12) – מועד תחילה 1.6.2014. הוראות פסקאות (א) עד (ד) בפסקה (א) בסימן (א) בסעיף קטן 4.2.6 ופסקה (א) בסימן זה, יחולו גם על תכנית הכוללת כיסוי לביטוח סיעודי אשר שווקה או חודשה החל מיום 1 בספטמבר 2003, ובלבד שזו בתוקף במועד התחילה. על אף האמור, לגבי תכניות הכוללות כיסוי לביטוח סיעודי שחברת ביטוח הפסיקה לשווקן, חברת ביטוח תהיה רשאית לפרט מידע כנדרש בפסקה (א) בסימן (א) בסעיף קטן 4.2.6 ולהציג קישור למדריך לצרכן כנדרש בפסקה (ב) בסימן (א) בסעיף קטן 4.2.6, באתר האינטרנט שלה, במקום נגיש באתר בו קיים מידע אודות ביטוח סיעודי, ולא בצד כל תכנית. על אף האמור, הוראות פסקאות (א) ו-(ב), לא יחולו על תכנית שלא חלה על חברת הביטוח חובה להציגה באתר האינטרנט שלה".

¹¹¹ ראו הוראות הממונה על שוק ההון "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-7, מיום 19.12.2012. שבוטלו ביום 1.6.2014 (בהוראות הממונה על שוק ההון מיום 29.8.2013 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2013-1-5). מועד תחילתן היה 1.1.2013;
¹¹² ראו הוראות הממונה על שוק ההון, "ביטוח סיעודי - פרט" – 2002/6, מיום 30.4.2002. מועד תחילתן 1.5.2003, ומועד ביטולן 28.3.2012 (הוראות הממונה על שוק ההון מיום 28.3.2012 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-1);

5.2.11. הוצאות רפואיות אחרות

5.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי

5.3.1. הוראות לכלל הענפים

5.3.2. ביטוח תאונות אישיות

5.3.3. ביטוח ניתוחים

5.3.4. ביטוח תרופות

5.3.5. ביטוח השתלות

5.3.6. ביטוח סיעודי

א. ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים

על שיווק או חידוש פוליסה קבוצתית לביטוח סיעודי שבה קופת חולים הינה בעלת הפוליסה לגבי חבריה, יחולו הוראות סימן (א) [שבסעיף קטן 4.2.6.](#)

ב. ביטוח סיעודי קבוצתי שאינו לחברי קופות חולים

ymשיכו לחול הוראות חוזר ביטוח 2003/9 "הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי" וחוזר ביטוח 2009-1-18 "ביטוח סיעודי קבוצתי".

5.3.7. ביטוח מחלות קשות

5.3.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

5.3.9. ביטוח שיניים

5.3.10. ביטוח עובדים זרים

5.3.11. הוצאות רפואיות אחרות

6. הוראות בעת ביטול חוזה ביטוח בריאות

6.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות

6.1.1. הוראות לכלל הענפים

6.1.2. ביטוח תאונות אישיות

6.1.3. ביטוח ניתוחים

6.1.4. ביטוח תרופות

6.1.5. ביטוח השתלות

6.1.6. ביטוח סיעודי

6.1.7. ביטוח מחלות קשות

6.1.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

6.1.9. ביטוח שיניים

6.1.10. ביטוח עובדים זרים

6.1.11. הוצאות רפואיות אחרות

6.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט

6.2.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א: אי תלות בין כיסויים בביטוח בריאות פרט¹¹³

(1) ביטול הביטוח

(א) חברת ביטוח תאפשר למבוטח שרכש פוליסה הכוללת מספר תכניות, לבטל כל אחת מהתכניות בכל עת, מבלי להתנות את הביטול האמור בביטול אחת או יותר מהתכניות האחרות שנרכשו יחד עם אותה תכנית; בוטלה תכנית כאמור, ביטולה לא יגרום לביטול הנחה בתכנית אחרת. לעניין זה "ביטול הנחה" – למעט במקרה של ביטול של מחיר מופחת שניתן בשל רכש של מספר תכניות בסיס, כאמור בפסקת משנה (א)(4) בסימן (א) [בסעיף קטן 3.1.6](#) לעיל שהממונה על שוק ההון לא התנגד לו כאמור באותו סעיף.

¹¹³ מקור: מתוך חוזר 2015-1-20 "אי תלות בין כיסויים בביטוח בריאות פרט" (מיום 1.4.2015) (סעיפים 5-2) – מועד תחילה: פוליסות שישוקו החל מיום 1 בפברואר 2016.

(ב) על אף האמור בפסקת משנה (א) לעיל, הותר שיווק של תכנית נוספת מסוימת רק יחד עם תכנית בסיס מסוימת, ובוטלה אותה תכנית בסיס תבוטל גם התכנית הנוספת שהותרה לשיווק יחד עמה.

(ג) על אף האמור בפסקת משנה (א) לעיל, בוטלו כל תכניות הבסיס לגבי מבוטח מסוים, יבוטלו גם התכניות הנוספות שנלוו למי מתכניות הבסיס כאמור.

6.2.2. ביטוח תאונות אישיות

6.2.3. ביטוח ניתוחים

6.2.4. ביטוח תרופות

6.2.5. ביטוח השתלות

6.2.6. ביטוח סיעודי

6.2.7. ביטוח מחלות קשות

6.2.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

6.2.9. ביטוח שיניים

6.2.10. ביטוח עובדים זרים

6.2.11. הוצאות רפואיות אחרות

6.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי

6.3.1. הוראות לכלל הענפים

6.3.2. ביטוח תאונות אישיות

6.3.3. ביטוח ניתוחים

6.3.4. ביטוח תרופות

6.3.5. ביטוח השתלות

6.3.6. ביטוח סיעודי**א. ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים****ב. ביטוח סיעודי קבוצתי שאינו לחברי קופות חולים**

ימשיכו לחול הוראות חוזר ביטוח 2003/9 "הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי" וחוזר ביטוח 2009-1-18 "ביטוח סיעודי קבוצתי".

6.3.7. ביטוח מחלות קשות**6.3.8. ביטוח נסיעות לחו"ל****6.3.9. ביטוח שיניים****6.3.10. ביטוח עובדים זרים****6.3.11. הוצאות רפואיות אחרות**

נספחים

נספח 6.3.1.1 - דוגמה לחישובי החשיפה

מבוטח בגיל X ממין זכר רוכש יחידת ביטוח אחת.

תאריך תחילת הביטוח: 1.4.2000.

תקופת אכשרה: 3 חודשים.

תאריך סיום הביטוח: 31.5.2002.

נקבל חשיפות עבור שנת חיתום 2000 כדלקמן:

סך יחידות חשיפה עבור <u>תביעות</u> לשנת חיתום 2000, מבוטחים ממין זכר				
גיל	שנת נזק			סה"כ חשיפה
	2000	2001	2002	
X	0.50	0.25		0.75
X+1		0.75	0.25	1.00
X+2			0.17	0.17
סה"כ	0.50	1	0.42	1.92

סך יחידות חשיפה עבור <u>הפרמיות</u> לשנת חיתום 2000, מבוטחים ממין זכר				
גיל	שנת נזק			סה"כ חשיפה
	2000	2001	2002	
X	0.75	0.25		1.00
X+1		0.75	0.25	1.00
X+2			0.17	0.17
סה"כ	0.75	1	0.42	2.17

נספח 6.3.1.2 - דוגמה לקביעת תאריך תחילת הביטוח עבור המבוטח

מבוטח ראשי רוכש פוליסה בסיסית של ניתוחים בתאריך 1.7.1995.

בתאריך 1.10.1996 הוא מוסיף לפוליסה כיסוי אמבולטורי.

בתאריך 1.4.1997 המבוטח מצרף את בת זוגו לפוליסה הבסיסית ולכיסוי האמבולטורי.

בתאריך 1.10.1998 שניהם רוכשים כיסוי נוסף של רפואה אלטרנטיבית.

בתאריך 1.1.2000 מצטרף ילד לפוליסה לכל הביטוחים (ניתוחים, אמבולטורי, אלטרנטיבי).

שנת חיתום	תאריך תחילת הביטוח עבור המבוטח	תאריך הצטרפות המבוטח	תאריך תחילת הנספח	תאריך תחילת הפוליסה	מבוטח	ביטוח
1995	1.7.1995	1.7.1995	1.7.1995	1.7.1995	ראשי	ניתוחים
1997	1.4.1997	1.4.1997	1.7.1995	1.7.1995	בת זוג	ניתוחים
2000	1.1.2000	1.1.2000	1.7.1995	1.7.1995	ילד	ניתוחים
1996	1.10.1996	1.7.1995	1.10.1996	1.7.1995	ראשי	אמבולטורי
1997	1.4.1997	1.4.1997	1.10.1996	1.7.1995	בן זוג	אמבולטורי
2000	1.1.2000	1.1.2000	1.10.1996	1.7.1995	ילד	אמבולטורי
1998	1.10.1998	1.7.1995	1.10.1998	1.7.1995	ראשי	אלטרנטיבי
1998	1.10.1998	1.4.1997	1.10.1998	1.7.1995	בת זוג	אלטרנטיבי
2000	1.1.2000	1.1.2000	1.10.1998	1.7.1995	ילד	אלטרנטיבי

אם החברה מבקשת תיקון תעריף לביטוח ניתוחים יש להתייחס בהתאם לתאריכי תחילת הביטוח עבור המבוטח לפי ביטוח הניתוחים. אם החברה מבקשת לתקן תעריף של הביטוח לרפואה האלטרנטיבית יש להתייחס לתאריך תחילת הביטוח עבור המבוטח לפי הביטוח של רפואה אלטרנטיבית וכך הלאה.

נספח 6.3.3.1 - גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות

1. חלק א': ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה.
2. חלק ב': ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם כגון ביטוח ניתוחים, מחלות קשות, אובדן כושר עבודה וביטוח שיניים, לרבות התייחסות לממשק עם סל הבסיס, שב"ן או ביטוחים אחרים על פי העניין.

1. חלק א':

- לכל פוליסה יוצג לוח 1 המרכז את הנתונים הבאים על פוליסת הביטוח:
- אופן מילוי הלוח:
- (1) שם הפוליסה: שם כל פוליסה בסיסית ופירוט הסעיפים שלהלן עבור כל נספח לפוליסה.
 - (2) הכיסויים בפוליסה: רשימת הכיסויים העיקריים בפוליסה.
 - (3) משך תקופת הביטוח: בשנים, או גיל סיום.
 - (4) תנאים לחידוש אוטומטי: ככל שקיימים.
 - (5) תקופת אכשרה: יש לציין אם קיימת, לפי הכיסויים השונים.
 - (6) תקופת המתנה: יש לציין אם קיימת, לפי הכיסויים השונים.
 - (7) השתתפות עצמית: פירוט השתתפות עצמית עבור הכיסויים.
 - (8) שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח: המועד שממנו והלאה ניתן לבצע שינויים והתנאים לכך.
 - (9) שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח: המועד שממנו והלאה ניתן לבצע שינויים והתנאים לכך.
 - (10) גובה הפרמיה: פירוט מחיר הפוליסה הבסיסית ומחיר הנספחים בנפרד.
 - (11) מבנה הפרמיה: קבועה או משתנה. אם משתנה, פירוט סקאלת הפרמיה בכל הגילאים.
 - (12) תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח: פירוט החזר פרמיה במקרה ביטול על ידי המבוטח.
 - (13) תנאי ביטול הפוליסה ע"י חברת הביטוח: פירוט התנאים לפיהם רשאית חברת הביטוח לבטל את הפוליסה.
 - (14) החרגה בגין מצב רפואי קיים: הגדרה מהו מצב רפואי קיים בעת ההצטרפות לביטוח ובתום תהליך החיתום, פירוט הכיסויים המוחרגים בגינו.
 - (15) סייגים לחבות חברת הביטוח: הפניה לסעיפי הסייגים וההחרגות בפוליסה.

בפוליסה לביטוח סיעודי יתווספו הנתונים הבאים:

- (16) הגדרת מקרה הביטוח: מספר ADL's ואלצהיימר.
- (17) משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח: בחודשים או בשנים.
- (18) סוג תגמולי הביטוח: פיצוי או שיפוי.
- (19) סכום הביטוח: תקרה/ גובה הסכום החודשי.
- (20) תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית: פירוט סכום הביטוח החודשי כתקרה או סכום קבוע והאם נדרשת קבלה.
- (21) שחרור מתשלום פרמיה בקרות מקרה הביטוח: קיים/ לא קיים.

- (22) סקאלת הפרמיה : פירוט סקאלת הפרמיה ע"פ כל הגילאים.
- (23) זכויות המבוטח בגין העלאת פרמיה : ערכי סילוק והחזר פרמיה.
- (24) ערך מסולק : האם קיים ערך מסולק בפוליסה ובאילו תנאים.
- (25) תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח : פירוט הסכומים לפי גיל המבוטח.
- (26) קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים : פירוט האם ניתן לקזז מתגמולי הביטוח במקרה של כיסוי חופף בחברות ביטוח אחרות.

חלק א': לוח 1 - ריכוז פרטים כלליים על הפוליסה ונספחיה

נושא	סעיף	תנאים
כללי	1. שם הפוליסה	
	2. הכיסויים בפוליסה	
	3. משך תקופת הביטוח	
	4. תנאים לחידוש אוטומטי	
	5. תקופת אכשרה	
	6. תקופת המתנה	
	7. השתתפות עצמית	
שינוי תנאים	8. שינוי תנאי הפוליסה במהלך תקופת הביטוח	
פרמיות	9. גובה הפרמיה	
	10. מבנה הפרמיה	
	11. שינוי הפרמיה במהלך תקופת הביטוח	
תנאי ביטול	12. תנאי ביטול הפוליסה ע"י המבוטח	
	13. תנאי ביטול הפוליסה ע"י חברת הביטוח	
חריגים	14. החרגה בגין מצב רפואי קיים	
	15. סייגים לחבות חברת הביטוח	
תוספות לביטוח סיעודי	16. הגדרת מקרה הביטוח	
	17. משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח	
	18. סוג תגמולי הביטוח	
	19. סכום הביטוח	
	20. תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית	

	21. שחרור מתשלום פרמיה	
	22. סקאלת הפרמיה	
	23. זכויות המבוטח בגין העלאת פרמיה	
	24. ערך מסולק	
	25. תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח.	
	26. קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים	

2. חלק ב':

עבור כל פוליסה יוצג לוח 2 המרכז את תמצית הכיסויים. העמודות המופיעות בלוח מתייחסות לכיסויים ספציפיים על פי העניין. בעמודה ב' יש לפרט את תאור הכיסוי בהתאם למפורט בלוח 2. בעמודה ד' יש לפרט את הגוף המאשר כגון רופא חברת הביטוח, מנהל מחלקה וכד'. להלן הסבר לאופן מילוי עמודות ה' ו-ו': עמודה ה': ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן (רובד ביטוח):

יש למלא את העמודה עפ"י האפשרויות להלן:

- ביטוח תחליפי
- ביטוח משלים
- ביטוח מוסף

יש להוסיף את ההגדרות שלהלן בצמוד ללוח של חלק ב':

בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:

- ביטוח תחליפי – ביטוח פרטי המהווה תחליף לשירותים הניתנים בסל הבריאות הציבורי ו/או השב"ן (שירותי בריאות נוספים בקופות החולים). בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח ללא תלות בזכויות המגיעות ברבדים הבסיסיים (מהשקל הראשון).
- ביטוח משלים – ביטוח פרטי אשר על פיו ישולמו תגמולי ביטוח שהם מעל ומעבר לסל הבסיס ו/או השב"ן. כלומר, ישולמו תגמולים שהם הפרש שבין ההוצאות בפועל להוצאות המגיעות מסל הבסיס ו/או השב"ן.
- ביטוח מוסף – ביטוח פרטי הכולל שירותים שאינם כלולים בסל הבסיס ו/או השב"ן. בביטוח זה ישולמו תגמולי הביטוח מהשקל הראשון.

יצוין כי ההגדרות האמורות תקפות ליום פרסומן.

עמודה ו': קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים

האם ניתן לקזז מתגמולי הביטוח במקרה של כיסוי חופף בחברות ביטוח אחרות. יש לציין כן/לא

חלק ב': לוח 2 - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

א	ב	ג	ד	ה	ו
פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור חברת הביטוח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיוז תגמולים מביטוח אחר
ניתוח					
הניתוחים המכוסים	במקרה ומדובר בפוליסה לניתוחים נבחרים, יש לציין האם קיים כיסוי עפ"י רשימת ניתוחים או כיסוי לכל הניתוחים.				
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל	יצוין בארץ ו/או בחו"ל				
פיצוי בגין ניתוח בבית חולים ציבורי	באילו תנאים ושיעור הפיצוי				
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם חברת הביטוח	לציין אם קיים				

השתלה וטיפול מיוחד					
תקרת תגמולי הביטוח	האם יש תקרה, ומהי				
גמלת החלמה בעקבות השתלה	גובה הגמלה ומשך הכיסוי				

התייעצות עם רופא מומחה	תקרת כיסוי ומספר התייעצויות				
------------------------	-----------------------------	--	--	--	--

בדיקות					

פרקים נוספים					
רפואה משלימה	תקרת כיסוי וסכום השתתפות עצמית				
תרופות	הגדרת התרופות הנכללות, תקרה כיסוי וסכום ההשתתפות העצמית				
שירותים אמבולטוריים	טיפולים ובדיקות במסגרת הפרק, כולל תקרת תגמולי הביטוח.				
אחר					

מחלות קשות:

א	ב
פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר
פירוט המחלות קשות	פירוט סכומי הפיצוי המחלות
מגבלה לגבי פטירה לאחר מועד גילוי המחלה	פירוט מספר הימים מגילוי המחלה המוגדר במקרה הביטוח

ביטוחי נכות, לרבות אבדן כושר עבודה :

א	ב
סעיפים לפירוט	דברי הסבר
קיום כיסוי לזמן המילואים ו/או עקב פעולת טרור	פרט כן/ לא והפנה לסעיף המתאים בפוליסה
שחרור מתשלום פרמיה	קיומו או העדרו של שחרור מתשלום פרמיה בקרות מקרה הביטוח
קיצוץ או השתתפות בתשלומי הביטוח	פירוט הגורמים שלגבי תשלומיהם קיים קיצוץ או השתתפות - קרן פנסיה, ביטוח לאומי, ו/או כל מקום אחר וכן לציין בצמוד לגורם "כן/ לא/ אופציונלי לבחירת המבוטח". בתום תהליך ההצטרפות תובהר האופציה שנרכשה.
פיצוי אכ"ע חלקי	יצוין "כן/ לא/ אופציונלי לבחירת המבוטח". בתום תהליך ההצטרפות תובהר האופציה שנרכשה.
קביעת נכות צמיתה	משך הזמן ממועד קרות מקרה הביטוח שאחריו תחשב הנכות כצמיתה
אופן קביעת אחוז הנכות	הגורם הקובע את הנכות, במקרים המצויינים בטבלת הנכויות ובמקרים שאינם מצויים בטבלה

ביטוח שיניים:

א	ב	ג	ד
פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי – גבול אחריות חברת הביטוח	צורך באישור חברת הביטוח מראש

		במקרה שהטיפול מוגבל למרפאות ו/או רופאי הסכם יש לציין זאת מפורשות.	כיסויים במסגרת מרפאות ורופאים שבהסכם
		האם נדרש שטר ביטחון ועל איזה סכום	שטר ביטחון
		משך האחריות לטיפול המשך לאחר תום הביטוח	אחריות לטיפול המשך

נספח 6.3.3.1 א - שאלון החלפה/שינוי בפוליסה – פוליסות לביטוח בריאות

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל את המידע הנחוץ לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בידיך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף?
כן / לא

במקרה והתשובה היא כן –
כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות ריידרים שבתוקף:

(1) עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסתיימו בכל דרך אחרת -
כן / לא

(2) כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי התכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים, בסכומי הביטוח או בפרמיה -
כן / לא

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות (1) עד (2) מחייבת את הסוכן להמציא לך **מסמך השוואה** כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף:
כן / לא

תאריך: _____ חתימת הסוכן: _____
חתימת הסוכנות: _____

נספח ב.6.3.3.1 - מסמך ההשוואה – פוליסות לביטוח בריאות

הנך שוקל רכישת פוליסת ביטוח בריאות חדשה תוך אפשרות ביטול פוליסת ביטוח הבריאות שברשותך. לידעתך, שינוי שכזה, עשוי לדרוש ייעוץ מקצועי, שכן ייתכן שאין זה משרת את מיטב האינטרס שלך לבצע את השינוי. אולם, ייתכן ושינוי שכזה יטיב עימך. לאור האמור, דורש הממונה על שוק ההון להציג בפניך **מסמך השוואה** בו יוצגו בפניך עיקרי היתרונות והחסרונות של העסקה הכוללת לגביך.

המידע המפורט במסמך זה נתקבל מ/ או מבוסס על: (יש לסמן X במקום המתאים)

[] חברת ביטוח קיימת

[] הערכות (במקרה וחברת הביטוח הקיימת לא סיפקה את המידע המלא או בזמן הנקוב)

חלק 1:

הנחיות לסוכן הביטוח:

ההחלפה תתבטא בעיקר ב – :

סעיף	פוליסה שבתוקף	פוליסה חדשה
הכיסויים/הגדרת מקרה הביטוח שבפוליסה		
סכום הביטוח		
החרגה בגין מצב רפואי קודם ושינויים במצב בריאות המבוטח		
תקופת אכשרה	עברה/לא עברה	תקופה בת _ חודשים/לא קיימת
משך תקופת הביטוח		
סך הכל גובה הפרמיה		
אחר		

לאחר שבדקתי את מסמך ההשוואה להלן היתרונות, החסרונות ופרטים נוספים לגבי ההחלפה:

1. יתרונות הפוליסה החדשה: _____

2. חסרונות הפוליסה החדשה: _____

3. היתרונות של המשך פוליסת הביטוח שבתוקף ללא שינוי הם: _____

רח' קפלן 1 ירושלים 91950 ת.ד. 3100 טל': 02-5317111 פקס': 02-5695342

4. קיימים / לא קיימים שינויים במצב בריאות המבוטח אשר עלולים להשפיע על תנאי הקבלה לביטוח באופן הבא: _____

5. הסיבות העיקריות להמלצה על החלפת פוליסת ביטוח שבתוקף הן: _____

6. הסיבות העיקריות להמלצה על החלפת הנספחים (רייזרים) לפוליסה שבתוקף הן: _____

תאריך: _____ חתימת הסוכן: _____

חלק 2:הצהרת הסוכן:

אני סוכן הביטוח החתום מטה מילאתי מסמך השוואה זה באופן אישי והנני מאשר שהוא נכון למיטב ידיעתי ושיקול דעתי המקצועי. וזאת לאחר שבדקתי את ההשלכות של מצב רפואי קודם או תקופות אכשרה.
() אני ממליץ על ביצוע ההחלפה, מהסיבות הבאות:

() אני ממליץ שלא לבצע את ההחלפה, מהסיבות הבאות:

תאריך: _____ שם הסוכן וסוכנות הביטוח: _____ מס. רשיון: _____
 חתימת הסוכן וסוכנות הביטוח: _____

למבוטח:

עניין היטב במסמך ההשוואה, הכולל את תמצית ההשוואה האמורה.
 זכותך, תוך ששים ימים מקבלת פוליסת ביטוח בריאות חדשה, בתנאי שלא קרה מקרה הביטוח, לבטלה והינך זכאי להחזיר לקדמותם את כל פוליסות ביטוח הבריאות המקוריות שביטלת, סילקת או שינית במסגרת עסקת ההחלפה וזאת רטרואקטיבית ממועד ביטולן.

חשוב: אין לראות בזכות זו החזרה לקדמותם או שיחזור פוליסת ביטוח הבריאות שלך לאותו מצב כאילו לא הוחלפו מעולם. עלולות להיות תוצאות להחזרה או לשחזור פוליסת ביטוח הבריאות שלך. כללים אלה עלולים לחייב תשלום הן של פרמיה והן של ריבית. מכל מקום, לא תהיה חייב במילוי הצהרת בריאות לזכאות לביטוח, ולא יחולו עליך תקופות אכשרה/המתנה חדשות.

הנני מאשר בזאת שקראתי את "מסמך ההשוואה" דלעיל והנני מבקש לבצע את השינויים הבאים בפוליסות המפורטות להלן:

מספר פוליסה	סוג שינוי	מועד שינוי	הערות

תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____

נספח ג.6.3.3.1 - ייפוי כח לשם קבלת מידע בגין ביטוחים על שמי אצלכם

בעקבות כניסתו לתוקף של "חוזר החלפת פוליסות בביטוח חיים ובריאות" – (להלן "החוזר"), לפיו נדרש כי יוכן עבורי, אם יהיה צורך בכך, מסמך השוואה כמתחייב מהוראות החוזר הנ"ל, הנני מר/גב' _____ ת.ז. _____ מייפה את כוחו של סוכן הביטוח/סוכנות תאגיד/חברת הביטוח לפי העניין _____ ת.ז.ח.פ.ח.צ. _____ לצורך קבלת המידע הנדרש על פוליסות ביטוח על שמי בחברתכם ככל שהדבר מתחייב מהחוזר הנ"ל.

אבקש כי המידע יועבר למיופה הכח בצורה ובפירוט הנדרש בחוזר.

פרטי הסוכן/סוכנות תאגיד/חברת הביטוח להעברת המידע:

שם:

כתובת למשלוח דואר:

טלפון:

פקס:

דואר אלקטרוני:

פרטי המבוטח:

כתובת למשלוח דואר:

טלפון:

חתימת המבוטח

חתימת הסוכן/סוכנות תאגיד/חברת ביטוח

תאריך

נספח 6.3.3.1.ד – טופס אחיד להמצאת נתונים לשם מילוי מסמך השוואה

לכבוד
שם המבוטח/סוכן הביטוח/סוכנות תאגיד/חברת הביטוח

רצ"ב דו"ח מצב ביטוח בהתאם לחוזר החלפת פוליסות ביטוח חיים ובריאות

• **פוליסות ביטוח חיים והנספחים המצורפים להן:**

שם המבוטח	
סוג הפוליסה (עדיף, מעורב, תוכניות ינואר 2004 וכו')	
אופן משיכה בסוף תקופה	
מספר פוליסה	
תאריך תחילת הביטוח	
תנאי השקעה (יש לציין משתתף או מובטח תוך ציון ריבית)	
סוג קצבה (קצבה מובטחת לתקופה של 120 חודשים וכו')	
מקדם לכל 10,000 ש"ח	
פרמיה כוללת שנתית לשנה זו (בעדיף יש להבחין בין פרמיה לביטוח בסיסי ולחיסכון טהור)	
פרמיה חודשית אחרונה ששולמה לפוליסה (בעדיף יש להבחין בין פרמיה לביטוח בסיסי ולחיסכון טהור)	
מסלול הביטוח ב"עדיף":	
א. מסלול בסיסי (תוך ציון % המסלול כגון 72/28 וכו')	
ב. סכום ביטוח קבוע/צמוד למדד (יש לציין את גובה סכום הביטוח)	
ג. מספר משכורות (יש לציין מספר משכורות)	
ד. אחוז קבוע לחיסכון (יש לציין את אחוז החיסכון)	
חיסכון צפוי לתום תקופה	
קצבה צפויה לתום תקופה	
כיסויים ביטוחיים בש"ח (עבור כל כיסוי בצירוף הפרמיה, מבנה הפרמיה, הגדרת הכיסוי, תוספות רפואיות והחרגות)	
ערך פדיון בש"ח למשיכה מיידית	
ערך מסולק בש"ח	
קנס בגין משיכת הכספים בש"ח	
מס' שנים לקבלת הבונוס בתוכנית וגודלו	

בתוכנית ביטוח לעובדים יש לצרף את הפרטים הבאים:

ב. חלוקת השכר המבוטח האחרון בש"ח בין התוכניות השונות, תגמולי עובד, מעביד ומרכיב הפיצויים

משכורת לתנאים פנסיוניים: _____

סוג	שכר מבוטח	מעביד	סה"כ	עובד	סה"כ עובד
-----	-----------	-------	------	------	-----------

רח' קפלן 1 ירושלים 91950 ת.ד. 3100 טל': 02-5317111 פקס': 02-5695342

תוכנית	בתוכנית	פיצויים	תגמולים	א.כ.ע (*)	מעביד	תגמולים	ומעביד
קצבה							
הון							
סה"כ							

יש למלא את הנתונים בטבלה בש"ח.

(*)- יש למלא כאשר הכיסוי נרכש מחוץ להפרשות לפי הפרמיה החודשית האחרונה

• **פוליסות ביטוח בריאות והנספחים המצורפים להן**

חברת הביטוח הקיימת תמציא נתונים על פי הטבלה הנדרשת בנספח ד' בחלק ה - 1 לגבי פוליסה שבתוקף, תחת סעיף אחר יבואו נתונים כגון: מבנה הפרמיה, תוספות רפואיות, החרגות וערך מסולק בש"ח.

נספח 6.3.3.2 - גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי

חלק א'

- (1) יתווסף סעיף "שם בעל הפוליסה".
- (2) בסעיף 3, "משך תקופת הביטוח", יצוין מועד פקיעת ההסכם.
- (3) בנוסף, בסעיף 3 יתווסף סעיף "המשכיות" ובו יפורטו זכויות המבוטח במקרה של פקיעת ההסכם או עזיבתו את הקבוצה.
- (4) בסעיף 10, "גובה הפרמיה", יפורט גובה הפרמיה למבוטח במקרה שהמבוטח משלם את הפרמיה או חלקה.

חלק ב'

ללא שינוי.

מדינת ישראל
משרד האוצר- אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון
נספח 6.3.4.1 - דוח שנתי למבוטח

חלק א' - פרטים בסיסיים, נתונים אישיים ונתונים כספיים

(1) פרטים בסיסיים ונתונים אישיים :

שם חברת הביטוח : _____
 שם סוכן הביטוח : _____
 שם בעל הפוליסה : _____
 תאריך הפקת הדוח : _____
 שנת הדוח : _____
 שם פרטי : _____
 שם משפחה : _____
 מספר תעודת זהות : _____

(2) לוח 1- פירוט הפוליסות והכיסויים :

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'	ז'	ח'	ט'	י'	יא'	יב'	יג'	יד'	טו'	טז'	יז'
שם פוליסה	מספר פוליסה	סוג פוליסה	סטטוס פוליסה	תאריך תחילת תקופת הביטוח	תאריך תום תקופת הביטוח	סכום ביטוח מירבי של הפוליסה	פירוט כיסויים עיקריים	סכום ביטוח מירבי עיקרי הכיסויים	סוג תגמולי הביטוח	תוספות חיתומיות	החרגות בגין מצב רפואי מסויים למבוטח מסויים	מבנה הפרמיה	אופן הצמדת סכום הביטוח במהלך תקופת הביטוח	אופן הצמדת סכום הביטוח אחר קרות מקרה הביטוח	השתתפות עצמית	פרמיה שנתית
רח'	קפלן	1	ירושלים	91950	ת.ד.	3100	טל':	02-5317111	פקס':	02-5695342						

לוח 2 - פירוט הפרמיות ששולמו במהלך שנת הדיווח (עבור כל פוליסה בנפרד):

ריכוז חודשי של תשלומי פרמיה לשנה המדווחת:

שם הפוליסה:	
חודש	תשלום
ינואר	
פברואר	
מרץ	
אפריל	
מאי	
יוני	
יולי	
אוגוסט	
ספטמבר	
אוקטובר	
נובמבר	
דצמבר	
סה"כ	

לוח 3 - פירוט הנחה / החזר פרמיה בגין היעדר תביעות:

מספר הפוליסה	שם הפוליסה	הנחה/החזר פרמיה (בונוס) בגין היעדר תביעות	מועד תוקף ההנחה/החזר הפרמיה

רח' קפלן 1 ירושלים 91950 ת.ד. 3100 טל': 02-5317111 פקס': 02-5695342

(3) עדכון מוטבים :

ניתן לקבוע או לשנות מוטבים בכתובת הבאה : _____ .

(4) פירוט תגמולי הביטוח ששולמו במהלך שנת הדיווח :

לידיעתך, קיימת אפשרות לקבל על פי דרישתך פירוט תגמולי הביטוח ששולמו לך בשנה האחרונה.

חלק ב' - שינויים בפוליסות הביטוח של המבוטח

מספר הפוליסה	שם הפוליסה	עיקר השינוי	שיעור השינוי בפרמיה	סכום השינוי בש"ח בפרמיה

חלק ג' - ספח לעדכון פרטים אישייםחלק ד' - מילון מושגים

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון
נספח 6.3.4.2 - הנחיות בדבר אופן עריכת הדוח השנתי

מרכיבי הדוח ומשמעותם:

הדוח השנתי למבוטח בביטוח בריאות מחולק ל-4 חלקים עיקריים:

חלק א' - פרטים בסיסיים, נתונים אישיים ונתונים כספיים;

חלק ב' - שינויים בפוליסות הביטוח של המבוטח;

חלק ג' - ספח לעדכון פרטים אישיים;

חלק ד' - מילון מושגים.

חלק א' - פרטים בסיסיים, נתונים אישיים ונתונים כספיים:

(1) פרטים בסיסיים ונתונים אישיים:

- שם חברת הביטוח וסוכן הביטוח;
- שם בעל הפוליסה שהתקשר עם חברת ביטוח בחוזה לביטוח בריאות לקבוצת מבוטחים (דוגמת מעביד וספק שירות) - יצוין רק בפוליסות קבוצתיות;
- תאריך הפקת הדוח והשנה אליה מתייחס הדוח;
- פירוט הנתונים האישיים של המבוטח: שם משפחה, שם פרטי, מספר תעודת זהות - בפוליסות ביטוח קבוצתיות בהן הליך החיתום לא כלל קביעת תוספות חיתומיות או פירוט החרגות בגין מצב רפואי מסויים למבוטח מסויים, רשאית חברת הביטוח לא לכלול את פירוט הנתונים האישיים של המבוטח בחלק זה.

(2) נתוני הפוליסות:

בחלק זה יפורטו נתוני הפוליסות בהתאם ללוחות 1 עד 3 שב"נספח דוח שנתי למבוטח". אם קיימים בלוחות סעיפים שאינם רלבנטיים לכיסוי הביטוחי הנמכר על ידי חברת הביטוח, יש לציין בלוח "לא רלבנטי".

לוח 1 - פירוט הפוליסות והכיסויים:

- (א) שם הפוליסה - שם כל פוליסה בסיסית, נספח לפוליסה, כתבי שירות והרחבות (כל אחד מהם בשורה נפרדת).
- (ב) מספר פוליסה - מספר הפוליסה המופיע אצל חברת הביטוח.
- (ג) סוג הפוליסה (כגון: הוצאות רפואיות, סיעוד, תאונות אישיות, שיניים ומחלות קשות).
- (ד) סטטוס הפוליסה (כגון: פעילה, מסולקת ומבוטלת).
- (ה) תאריך תחילת תקופת הביטוח.
- (ו) תאריך תום תקופת הביטוח.
- (ז) סכום ביטוח מירבי של הפוליסה - יש לציין את גבולות אחריות חברת הביטוח לפוליסה, אם קיימים כאלה. סכום הביטוח יוצג לאחר הצמדתו (בהתאם לסוג ההצמדה בפוליסה) נכון ליום האחרון של השנה בגינה נשלח הדיווח בהתאם לתנאי הפוליסה.

(ח) פירוט כיסויים עיקריים - בסעיף זה יפורטו עיקרי הכיסויים עבור כל פוליסה:

(1) בפוליסות לביטוח הוצאות רפואיות:

עבור הכיסוי לניתוחים יצוין, בין היתר, האם מדובר בכיסוי מ'השקל הראשון' או שמדובר בכיסוי הנותן השלמה לכיסוי הניתן בשב"ן, האם קיים כיסוי לניתוח פרטי בארץ או כיסוי לניתוח פרטי בחו"ל (מעבר להוצאות המשלמות בגין ניתוח בארץ), האם קיים כיסוי לכל הניתוחים או שקיימת רשימה סגורה של ניתוחים, וכן האם קיים פיצוי בגין ביצוע ניתוח באמצעות קופת חולים. עבור הכיסוי להשתלות וטיפולים מיוחדים יצוין, בין היתר, האם קיים כיסוי לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בארץ או בחו"ל.

עבור הכיסוי לתרופות יפורטו, בין היתר, התרופות הנכללות בכיסוי הביטוחי (כגון תרופות שאינן כלולות בסל, תרופות הכלולות בסל אך להתוויה שונה, OFF LABEL). כמו כן, יצוין האם קיים כיסוי לתרופה חליפית.

(2) בפוליסות לביטוח סיעודי: יצוין, בין היתר, קיומו של כיסוי במוסד סיעודי או בבית המבוטח, ככל שיש אבחנה ביניהם. בנוסף, יצוין האם מדובר בכיסוי סיעודי הנותן השלמה לכיסוי הניתן במסגרת פוליסת סיעוד אחרת (דוגמת ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות החולים) או בפוליסה שהכיסוי בה בלתי תלוי בפוליסות אחרות.

(3) בפוליסות לביטוח מחלות קשות: יצוין, בין היתר, מספר המחלות קשות, או מספר הקבוצות שלפיהן מחולקות המחלות הקשות שבגין ישולמו תגמולי ביטוח, במסגרת הכיסוי הביטוחי. בנוסף, יצוין האם קיים כיסוי למקרה ביטוח שני בפוליסה.

(4) בפוליסות לביטוח תאונות אישיות: יפורטו, בין היתר, עיקרי הכיסויים בפוליסה, לרבות כיסוי בגין מקרים של מוות, נכות ואבדן כושר עבודה.

(ט) סכום ביטוח מירבי עבור עיקרי הכיסויים - יצוינו סכום ביטוח או גבולות אחריות חברת הביטוח בגין עיקרי הכיסויים, אם קיימים כאלה. סכום הביטוח יוצג לאחר הצמדתו (בהתאם לסוג ההצמדה בפוליסה) נכון ליום האחרון של השנה בגינה נשלח הדיווח בהתאם לתנאי הפוליסה.

(י) סוג תגמולי הביטוח - יצוין האם תגמולי הביטוח הם מסוג שיפוי, פיצוי או מתן שירות בפועל. (יא) תוספות חיתומיות - עבור כל מבוטח לציין האם קיימות או לא קיימות. אם קיימות, יש לפרט את שיעורן.

(יב) החרגות בגין מצב רפואי מסויים למבוטח מסויים - עבור כל מבוטח לציין האם קיימות או לא קיימות. אם קיימות החרגות, יש לפרטן.

(יג) מבנה הפרמיה - קבועה או משתנה.

(יד) אופן הצמדת סכום הביטוח במהלך תקופת הביטוח - יצוין סוג ההצמדה בפוליסה במהלך תקופת הביטוח (לרבות מדד המחירים לצרכן, מט"ח ותיק משתתף ברווחים).

(טו) אופן הצמדת סכום הביטוח אחרי קרות מקרה הביטוח - יצוין סוג ההצמדה בפוליסה אחרי קרות מקרה הביטוח (לרבות מדד המחירים לצרכן, מט"ח ותיק משתתף ברווחים). סעיף זה יוצג רק לגבי פוליסות בהן ההצמדה משתנה לאחר קרות מקרה הביטוח.

(טז) השתתפות עצמית - פירוט השתתפות עצמית, אם קיימת. אם ההשתתפות העצמית נקובה כסכום כספי, יש להציגה לאחר הצמדתה (בהתאם לסוג ההצמדה בפוליסה) נכון ליום האחרון של השנה בגינה נשלח הדיווח בהתאם לתנאי הפוליסה.

(יז) פרמיה שנתית - סך כל התשלומים במהלך שנת הדיווח בגין כל פוליסה (פוליסה בסיסית ונספחיה) בערכם הנומינלי. בפוליסה לביטוח קבוצתי שבה תשלום הפרמיה נעשה באמצעות בעל הפוליסה (לרבות

בנסיבות של גבייה מרוכזת מהמבוטחים), יוצג פירוט של סך הפרמיה השנתית שבה מחויב כל מבוטח, במהלך שנת הדיווח, על פי תנאי הפוליסה.

לוח 2 - פירוט הפרמיות ששולמו במהלך שנת הדיווח (עבור כל פוליסה בנפרד):

בלוח זה יוצג פירוט חודשי של הפרמיות בערכים נומינליים אשר שולמו במהלך שנת הדיווח. בפוליסה לביטוח קבוצתי שבה תשלום הפרמיה נעשה באמצעות בעל הפוליסה (לרבות בנסיבות של גבייה מרוכזת מהמבוטחים), יוצג פירוט של טבלת הפרמיות שבהן מחויבים המבוטחים על פי תנאי הפוליסה, במקום הפרמיות ששולמו בפועל במהלך שנת הדיווח.

לוח 3 - פירוט הנחה / החזר פרמיה בגין היעדר תביעות:

בלוח זה יפורטו הפוליסות הכוללות הנחה / החזר פרמיה (בנוסף) בגין היעדר תביעות.

(3) עדכון מוטבים:

תצוין כתובת חברת הביטוח בה ניתן לקבוע או לשנות מוטבים.

(4) פירוט תגמולי הביטוח ששולמו במהלך שנת הדיווח:

תובא בפני המבוטח האפשרות לקבלת פירוט תגמולי הביטוח ששולמו לו בשנת הדיווח, על פי דרישתו.

חלק ב' - שינויים בפוליסות הביטוח של המבוטח:

בלוח המצוי בחלק זה יפורטו שינויים שנעשו במהלך השנה בתנאי הפוליסות או בפרמיה של המבוטח. שינוי בתנאי הפוליסות ייחשב שינוי בתנאי הפוליסה/נספח/הרחבה, הגדלה או הקטנה של סכום ביטוח וכיוצ"ב. במקרה של שינוי בתנאי הפוליסה יפורט מספר הסעיף בפוליסה ועיקרו של השינוי. במקרה של שינוי בפרמיה יפורטו שיעור השינוי בפרמיה וסכום השינוי הנומינלי בפרמיה; לענין זה "שינוי בפרמיה" - למעט שינוי שחל בפרמיה בשל הצמדתה (דוגמת הצמדה למדד המחירים לצרכן, למט"ח או לתיק משתתף ברווחים) ולמעט שינוי בפרמיה עקב מעבר בין קבוצות גיל שפורט בתנאי הפוליסה. חברת הביטוח רשאית שלא לכלול בחלק זה פירוט של שינויים כאמור, אם נמסרה למבוטח הודעה בכתב בדבר אותם שינויים, במועד שקדם למועד הדיווח השנתי.

חלק ג' - ספח לעדכון פרטים אישיים:

בחלק זה יפורטו פרטיו האישיים של המבוטח, כפי שהם רשומים אצל חברת הביטוח, באופן שבו המבוטח יוכל לעדכן או לתקן, במידת הצורך, את פרטיו ולשלוח את הספח המעודכן למשרדי חברת הביטוח.

חברת ביטוח תציין בחלק זה לפחות את הפרטים הבאים:

- פרטים אישיים של המבוטח - מס' תעודת זהות, שם משפחה, שם פרטי, תאריך לידה, מין, מצב משפחתי;
- כתובת מגורים - ישוב, רחוב, מס' בית, מיקוד, ת"ד, מס' טלפון;
- עבור פוליסות לביטוח תאונות אישיות - מקום העבודה ופרטים נוספים עפ"י הצורך.

בפוליסות ביטוח קבוצתיות בהן הליך החיתום לא כלל קביעת תוספות חיתומיות או פירוט החרגות בגין מצב רפואי מסויים למבוטח מסויים, רשאית חברת הביטוח לא לכלול בדיווח למבוטח ספח לעדכון פרטים אישיים.

חלק ד' - מילון מושגים :

חברת הביטוח תציג הגדרות של סוגי הביטוח השכיחים וכן הסברים על המושגים המופיעים בדוח, ככל שאלו רלוונטיים למוצרים שהוא מוכר.

מילון המושגים יצורף לדיווח השנתי ויכלול לפחות את המושגים הבאים :

חוק חוזה הביטוח התשמ"א-1981, חוק ביטוח בריאות ממלכתי התשנ"ד-1994, סל שירותי הבריאות, טופס 17, תכנית לשירותי בריאות נוספים (שב"ן), פיצוי, שיפוי, כיסוי ביטוחי מ'השקל הראשון', כיסוי ביטוחי משלים שב"ן, תקופת אכשרה, תקופת המתנה, תקופת ביטוח, תקופת תשלום תגמולי ביטוח, פרמיה קבועה, פרמיה משתנה, סוג הצמדה, סכום ביטוח, סכום ביטוח מירבי, ערך מסולק, פוליסה משתתפת ברווחי תיק השקעות, בונוס/מאלוס, בונוס בגין היעדר תביעות, יתרת בונוס מצטברת, גיל כניסה, גיל תביעה, מצב רפואי קודם/קיים, תוספת חיתומית, החרגה רפואית, ADL.

בנוסף יצוין, במסגרת מודגשת, כי ייתכנו שינויים בכיסויים הניתנים במסגרת סל הבסיס או תכניות השב"ן אשר עשויים להשפיע על הפוליסה שברשות המבוטח (ככל שעומדת לחברת הביטוח הזכות לערוך שינויים בהיקף הכיסוי הביטוחי של המבוטח כתוצאה משינויים בסל הבסיס או בתכניות השב"ן).

בראש או בסיום דף ההסברים יופיע "סעיף הסתייגות" בנוסח הבא :

"ההסבר בהודעה זו אודות מושגים שונים הוא לצורך מידע כללי לקורא ואינו בא במקום הגדרתם בפוליסה. המשמעות של המושגים אשר מחייבת את חברת הביטוח היא זו המובאת בתנאי הפוליסה".

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

נספח 6.3.4.3 - מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי

לוח 1 - מידע בגין תביעות המשולמות כתשלום חד-פעמי :

שנה	גיל	סוג תביעה	מספר התביעות שהוגשו במהלך תקופת הביטוח				סך תביעות ששולמו (בש"ח)
			תביעות שאושרו	תביעות שנדחו	תביעות בברור	סך הכל	

לוח 2 - מידע בגין תביעות המשולמות כתשלום עיתי :

שנה	גיל	סוג תביעה	מספר התביעות שהוגשו במהלך תקופת הביטוח						סך תביעות ששולמו (בש"ח)	
			תביעות שאושרו		תביעות שנדחו	תביעות בברור	סך הכל	בגין תביעות בתשלום	בגין תביעות שאושרו והסתיימו	סך הכל
			תביעות בתשלום	תביעות שאושרו והסתיימו						

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון
נספח 6.3.4.4 - עדכונים בהגדרות של מחלות בתכניות לביטוח מחלות
קשות

נספח א' מציג עדכונים שיש לערוך בהגדרת מחלות קשות המכוסות בתכניות לביטוח מחלות קשות.
הנספח כולל הגדרות למחלות קשות שפרסם הממונה על שוק ההון בשנת 2003 הנפוצות בתכניות ביטוח קיימות.
עבור כל הגדרה מתוארים השינויים שיש לערוך בה.

(א) שם המחלה הקשה: אי ספיקת כבד פולמיננטית (Fulminant Hepatic Failure)

הגדרה רוחת - אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

- (1) הקטנה חדה בנפח הכבד ;
- (2) נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה ;
- (3) ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7 ;
- (4) צהבת, מעמיקה ;
- (5) אנצפלופטיה כבדית ;
- (6) דמום בלתי נשלט ;
- (7) אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטור-רנאלית.

הסיבות לעדכון : בהתאם להגדרה העדכנית של האיגוד האמריקאי לחקר מחלות כבד (AASLD) ניתן לאבחן את המחלה הקשה כבר עם הופעת רק חלק מהתסמינים האמורים בהגדרה.
העדכון שיש לערוך : אין לכלול בהגדרה דרישה לסימנים המופיעים בסעיפים 5 עד 7 כתנאי לקיום המחלה הקשה.

(ב) שם המחלה הקשה: אי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure)

הגדרה רוחת: חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאליזה או לדיאליזה תוך צפקית (פריטונאלית), או לצורך בהשתלת כליה.
הסיבות לעדכון : תוכן ההגדרה מתייחס לאי ספיקת כליות סופנית (End Stage Renal Failure) בעוד שם המחלה הקשה מתייחס לאי ספיקת כליות כרונית (Chronic Renal Failure).
העדכון שיש לערוך : יש להתאים בין שם המחלה הקשה בכותרת ההגדרה לבין תוכן ההגדרה. לכן, המחלה הקשה תקרא "אי ספיקת כליות סופנית - End Stage Renal Failure".

(ג) שם המחלה הקשה: אנמיה אפלסטית (Aplastic Anemia)

הגדרה רוחת: כשל של מוח העצם המאובחן כאנמיה אפלסטית והמתבטא באנמיה, נויטרופניה וטרומבוציטופניה המצריכים לפחות אחד מהטיפולים הבאים:

- (1) עירוי מוצרי דם ;
- (2) מתן חומרים / תרופות המעודדים צמיחת מוח עצם ;
- (3) מתן חומרים / תרופות המדכאים את המערכת החיסונית (אימונו-סופרסיביים) ;

(4) השתלת מוח עצם.

הסיבות לעדכון: הגדרה זו מעניקה כיסוי רק לחולים המוגדרים כ-SEVERE AA ונזקקים לאחד מהטיפולים המופיעים בהגדרה.

העדכון שיש לערוך: יש להתאים בין שם המחלה הקשה בכותרת ההגדרה לבין תוכן ההגדרה. לכן המחלה הקשה תקרא "אנמיה אפלסטית חמורה - Severe Aplastic Anemia".

(ד) שם המחלה הקשה: גידול שפיר של המוח (Benign Brain Tumor)

הגדרה רווחת: תהליך שפיר תופס מקום במוח, הדורש ניתוח להוצאתו או במידה ואינו ניתן לניתוח, גורם לנזק נוירולוגי קבוע המסכן את חיי המבוטח, ובתנאי שאושר על ידי בדיקת MRI או CT. הכיסוי אינו כולל ציסטות, גרנולומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים, המטומות וגידולי יותרת המוח וקרומי המוח. הסיבות לעדכון: גידולי מוח שפירים כוללים מנינגיומות (קרומי מוח), גידולים של בלוטת יותרת המוח ושואנומות וסטיבולריות, המהווים יחד למעלה מ-90% מכלל הגידולים השפירים של המוח. עדכון שיש לערוך: ההגדרה למחלה הקשה לא תחריג מכיסוי את גידולי יותרת המוח וקרומי המוח.

(ה) שם המחלה הקשה: התקף לב חריף (Acute Coronary Syndrome)

הגדרה רווחת: נמק של חלק משריר הלב כתוצאה מהיצרות או מחסימה בכלי דם כלילי המגבילה את אספקת הדם לאותו חלק.

האבחנה חייבת להיתמך ע"י כל שלושת הקריטריונים הבאים במצטבר:

(1) כאבי חזה אופייניים;

(2) שינויים חדשים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם;

(3) עלייה ברמת האנזימים של שריר הלב לערכים פתולוגיים.

למען הסר ספק מובהר כי תעוקת חזה (אנגינה פקטוריס) אינה מכוסה.

הסיבות לעדכון: הגדרה זו מתנה את האבחנה של התקף לב בשלושה קריטריונים שנדרשים להתקיים במצטבר. בחלוף השנים, השתנתה הגישה להגדרת אוטם תוך הסתמכות כמעט בלעדית על הבדיקות הביוכימיות כבסיס לאבחנת התקף לב. לאור זאת, ההגדרה הקיימת המחייבת את קיומם של שלושת הקריטריונים האמורים במצטבר מצריכה עדכון.

בנוסף כותרת הכיסוי אינה משקפת את תוכן הכיסוי כפי שמופיע בתוכן ההגדרה.

העדכון שיש לערוך: אבחנה של אוטם חריף בשריר הלב תיתמך בבדיקה ביוכימית, לפיה הייתה עליה

באנזימי שריר הלב או עליה בטרופונין לרמה של 1 ng/ml או רמה גבוהה יותר, או בכל דרך אחרת שתחליף בעתיד את הבדיקות הביוכימיות האמורות, המבוצעות בבתי החולים. יהיה ניתן לדרוש בנוסף לבדיקות הביוכימיות כאמור קיומה של אחת משתי האינדיקציות הבאות: כאבי חזה אופייניים או שינויים בא.ק.ג. האופייניים לאוטם.

כמו כן, יש להתאים בין שם המחלה הקשה בכותרת ההגדרה לבין תוכן ההגדרה.

(ו) שם המחלה הקשה: טרשת נפוצה (Multiple Sclerosis)

הגדרה רווחת: דמיאלינציה במוח או בחוט השדרה הגורמת לחסר נוירולוגי הנמשך לפחות שישה חודשים.

האבחנה תקבע על ידי עדות קלינית ליותר מאירוע בודד של דמיאלינציה (פגיעה במעטפות המיאלין)

במערכת העצבים המרכזית (מוח, חוט שדרה, עצב אופטי), אשר נמשך לפחות 24 שעות, בהפרש של יותר

מחודש בין אירוע לאירוע, והוכחה בבדיקת MRI למספר מוקדי פגיעה בחומר הלבן במערכת העצבים המרכזית. האבחנה תקבע על ידי נוירולוג מומחה.

סיבות לעדכון: בהגדרה זו קיימת התניה שבה למטופל קיים חסר נוירולוגי הנמשך לפחות שישה חודשים, ואולם כיום האבחנה למחלה הקשה קיימת גם אם קיים חסר נוירולוגי לתקופה קצרה משישה חודשים.

העדכון שיש לערוך: ההגדרה למחלה לא תחריג מכיסוי חולים שאובחנה בהם המחלה הקשה עם חסר נוירולוגי הנמשך חודשיים.

(ז) שם המחלה הקשה: מחלת ריאות כרונית (Chronic Lung Disease)

הגדרה רווחת: מחלת ריאות סופנית המאופיינת באופן קבוע על ידי שני הקריטריונים הבאים:

1. נפח FEV1 של פחות מ- 1 ליטר או מתחת ל- 30% מהצפוי לפי מין וגובה ו/או הפחתה קבועה בנפח הנשימה לדקה (MVV) מתחת ל- 50% או פחות מ- 35 ליטר לדקה או המצריכה טיפול בחמצן או סיוע נשימתי תומך;
2. הפחתה קבועה בלחץ החמצן העורקי מתחת ל- 55 מ"מ"כ ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ"כ.

סיבות לעדכון: מחלת ריאות כרונית נחלקת לשני סוגים - מחלת ריאות כרונית חסימתית ומחלת ריאות כרונית רסטריקטיבית. תוכן ההגדרה מתייחס למחלת ריאות כרונית חסימתית.

העדכון שיש לערוך: יש להתאים בין שם המחלה הקשה בכותרת ההגדרה לבין תוכן ההגדרה. לכן, המחלה הקשה תקרא "מחלת ריאות חסימתית כרונית - Chronic Obstructive Pulmonary Disease".

(ח) שם המחלה הקשה: ניתוח החלפה או תיקון מסתמי לב (Surgery for Valve Replacement or Repair)

הגדרה רווחת: ניתוח לב פתוח לשם תיקון או החלפה כירורגית של אחד או יותר ממסתמי הלב במסתם מלאכותי.

הסיבות לעדכון: כותרת ההגדרה מציגה כיסוי לתיקון או החלפה של מסתמי לב בעוד תוכן ההגדרה מתנה את הכיסוי בניתוח לב פתוח. בנוסף, עם התקדמות הרפואה ניתן לבצע פרוצדורה זו גם בדרך אחרת, מבלי לבצע ניתוח לב פתוח.

העדכון שיש לערוך: יש להתאים בין שם המחלה הקשה בכותרת ההגדרה לבין תוכן ההגדרה. לכן, המחלה הקשה תקרא "ניתוח לב פתוח להחלפה או לתיקון מסתמי לב - Open Heart Surgery for Valve Replacement or Repair".

(ט) שם המחלה הקשה: ניתוח אבי העורקים (Aorta)

הגדרה רווחת: ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן.

הסיבות לעדכון: עם התקדמות הרפואה מקובל היום לבצע חלק גדול מהניתוחים באבי העורקים באמצעות פרוצדורה של צנתור, ולא בהכרח באמצעות ניתוח. לפיכך, הגדרה שלא מכסה גם צינתור מחריגה חלק גדול של המקרים ועל כן יש לעדכנה.

העדכון שיש לערוך: ההגדרה למחלה הקשה לא תחריג מכיסוי חולים בהם מתבצע ניתוח אבי העורקים. בנוסף יכללו מקרים בהם הפרוצדורה מבוצעת באמצעות צנתור אם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר.

(י) שם המחלה הקשה: סרטן (Cancer)

הגדרה רווחת: נוכחות גידול של תאים ממאירים הגדלים באופן בלתי מבוקר וחודרים ומתפשטים לרקמות הסביבה או לרקמות אחרות.

מחלת הסרטן תכלול לויקמיה, לימפומה ומחלת הודג'קין.

מקרה הביטוח אינו כולל:

(1) גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם

CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים;

(2) מלנומה ממאירה דרגה A1 (1 מ"מ) לפי סיווג ה-AJCC לשנת 2002;

(3) מחלות עור מסוג:

(1) Hyperkeratosis ו-Basal Cell Carcinoma;

(2) מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

(4) מחלות סרטניות בנוכחות מחלת ה-AIDS;

(5) סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי

Gleason Score עד ל-6 (כולל);

(6) לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L.).

הסיבות לעדכון: הגדרת המחלה הקשה התעדכנה עם השנים בהתאם להגדרות רפואיות, וכיום חריגים שבסעיפים 2 ו-6 אינם מעודכנים, מאחר שהם כוללים סוגי סרטן נפוצים וחמורים שהמבוטח מצפה לקבל כיסוי בעבורם. כמו כן החרג בסעיף 4 הינו גורף וכולל את כל סוגי הסרטן, לרבות סוגי סרטן בהם אין קשר ישיר למחלת ה-AIDS. בנוסף, קיימים סוגי סרטן נוספים שאינם נחשבים למקרים קשים ושכיחים של המחלה הקשה, שיתכן שאין חובה לכלול אותם בהגדרה.

העדכון שיש לערוך: ההגדרה למחלה הקשה יכולה לכלול את החריגים הבאים בלבד:

(1) גידולים המאובחנים כשינויים ממאירים של Carcinoma in Situ, כולל דיספלזיה של צוואר הרחם

CIN1, CIN2, CIN3 או גידולים המאובחנים בהיסטולוגיה כטרום ממאירים;

(2) מלנומה ממאירה בעובי פחות מ-0.75 מ"מ, עם פחות ממיטוזה אחת לממ"ר וללא אולצרציות (התכייבויות);

(3) מחלות עור מסוג:

(1) Hyperkeratosis ו-Basal Cell Carcinoma;

(2) מחלות עור מסוג Squamous Cell Carcinoma אלא אם כן התפשטו לאיברים אחרים.

(4) מחלות סרטניות מסוג סרקומה ע"ש קפושי בנוכחות מחלת ה-AIDS;

(5) סרטן הערמונית המאובחן בהיסטולוגיה עד ל-TNM Classification T2 No Mo (כולל) או לפי

Gleason Score עד ל-6 (כולל);

(6) לויקמיה לימפוציטית כרונית (C.L.L.) עם ספירה של פחות מ-10,000 B cell lymphocytes מ"ל ובלבד

שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;

(7) סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;

(8) פוליפים במעי או בכיס השתן שאינם מחייבים פעולה רפואית מעבר לכריתה מקומית;

(9) גמופתיה מוקדמת MGUS ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;

(10) T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה

בשלב בו הגיעה ל-T CELL LY.

(יא) שם המחלה הקשה: פגיעה מוחית (Brain Damage)

הגדרה רווחת: פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח.

לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

הסיבות לעדכון: הגדרה זו מעניקה כיסוי לפגיעה מוחית כתוצאה מתאונה בלבד ולא לפגיעה מוחית מכל סיבה שהיא.

העדכון שיש לערוך: יש להתאים בין שם המחלה הקשה בכותרת ההגדרה לבין תוכן ההגדרה. לכן, המחלה הקשה תקרא "פגיעה מוחית מתאונה - Brain Damage By Accident".

(יב) שם המחלה הקשה: פרקינסון (Parkinson's Disease)

הגדרה רווחת: האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות על ידי סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו על ידי נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה הקשה צריכה להתבטא בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, ניידות, כהגדרתן בסעיף קטן 2.1.5. מצבים אלה חייבים להיות מתועדים רפואית לפחות למשך 3 חודשים.

הסיבות לעדכון: עם התקדמות הרפואה מחקרים מראים כי מרגע שמחלה קשה זו אובחנה בחולה אין שיפור במצב המחלה הקשה, ולכן הדרישה לתקופת המתנה של לפחות 3 חודשים מתייתרת.

העדכון שיש לערוך: הגדרת המחלה הקשה לא תכלול תקופת המתנה.

(יג) שם המחלה הקשה: שבץ מוחי (CVA)

הגדרה רווחת: כל אירוע מוחי (צרברוסקולרי), המתבטא בהפרעות נוירולוגיות או חוסר נוירולוגי, הנמשכים מעל 24 שעות והכולל נמק של רקמת מוח, דימום מוחי, חסימה או תסחיף ממקור חוץ מוחי ועדות לנזק נוירולוגי קבוע ובלתי הפיך הנתמך בשינויים בבדיקת CT או MRI הנמשך לפחות 8 שבועות והנקבע על ידי נוירולוג מומחה. כל זאת להוציא אי ספיקה ורטברו-בזילרית ו - TIA.

הסיבות לעדכון: ההגדרה הקיימת מחריגה את כל אירועי השבץ המוחי הנובעים מהעורקים העורפיים ומהווים כ-20% מכלל אירועי השבץ המוחי.

העדכון שיש לערוך: ההגדרה למחלה הקשה לא תחריג מכיסוי מבוטחים שאובחנה בהם אי ספיקה ורטברו-בזילרית.

(יד) שם המחלה הקשה: תסמונת הכשל החיסוני הנרכש (AIDS)

הגדרה רווחת: נוכחות של נגיף HIV בגופו של מבוטח, שנגרמה באופן בלעדי על ידי עירוי דם אשר ניתן לאחר תחילת הביטוח.

הסיבות לעדכון: ההגדרה הנוכחית כוללת כיסוי אם המבוטח נושא את הנגיף כתוצאה מעירוי דם. כיום, נשאות של הנגיף כתוצאה מנסיבות אלה הינה נדירה. בנוסף ההגדרה אינה מבחינה בין נשאות בלבד לבין התפרצות המחלה הקשה.

העדכון שיש לערוך: על ההגדרה לכלול כיסוי בכל מקרה שהמבוטח חלה במחלה הקשה, ללא קשר לנסיבות שגרמו לנוכחות הנגיף.

נספח 6.3.4.5 - הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה

הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי

עם תקופת המתנה בת (חברת ביטוח תציין את משך תקופת ההמתנה)

אני מודעת/ת לכך כי במהלך כל תקופת ההמתנה (חברת ביטוח תציין את משך תקופת ההמתנה), שתחילתה במועד קרות מקרה הביטוח, לא אהיה זכאית לקבל תגמולי ביטוח מכוחה של פוליסה זו. כלומר חברת הביטוח תתחיל לשלם לי תגמולי ביטוח רק לאחר שאהיה במצב סיעודי במשך (חברת ביטוח תציין את משך תקופת ההמתנה).

החלטתי כי אני מעוניין/מעוניינת לרכוש כיסוי זה.

שם המבוטח/ת: _____

מספר זהות: _____

חתימת המבוטח/ת: _____

עמדות הממונה על שוק ההון

עמדה מס' 1

כיסוי ביטוחי לתרופות מצילות חיים ומאריכות חיים במסגרת תכניות לביטוח בריאות קבוצתי לחברי קופות החולים - הבהרה

בהתאם לתיקון מספר 38 לחוק ביטוח בריאות ממלכתי, אשר במסגרתו תוקן סעיף לחוק האמור כך שתכניות לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים ("תכניות השב"ן") לא יכללו תרופות מצילות חיים ותרופות מאריכות חיים.

לאור התכליות העומדות בבסיס הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי, ובפרט בתיקון לסעיף 10 לחוק, יובהר כי הממונה על שוק ההון לא יאשר תכניות לכיסוי ביטוחי לתרופות מצילות חיים ומאריכות חיים במסגרת ביטוח קבוצתי לחברי קופות החולים, וזאת בין היתר מהטעמים המפורטים להלן:

(1) עקרון מרכזי העומד ביסוד חוק ביטוח בריאות ממלכתי הוא קביעת בסיס שירותים אחיד לכלל המבוטחים, אשר יינתנו על ידי קופות החולים. העקרונות העומדים בבסיס הוראות חוק ביטוח בריאות מביאים לתחרות בין הקופות על טיב השירות, כלומר על איכות סל השירותים והתרופות הבסיסי שבאחריות קופות החולים ועל והיקפו.

כך, התקשרות של קופת חולים עם חברת ביטוח לשם מתן כיסוי ביטוחי קבוצתי לחברי קופות החולים עבור תרופות מאריכות חיים ומצילות חיים עלולה להביא לכך שהתחרות בין הקופות לא תהיה עוד על סל השירותים הבסיסי - לא על איכותו ולא על היקף השירותים הניתנים בו, אלא על איכות והיקף השירותים הניתנים במסגרת הביטוח הקבוצתי. הסטת מרכז הכובד לעבר הביטוחים הקבוצתיים הפרטיים לחברי קופות החולים אינה עולה בקנה אחד עם החובות המוטלים על קופות החולים לפי חוק ביטוח בריאות ועם התפקידים שיעד להן חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

(2) זאת ועוד, ניהול תכניות ביטוח בריאות מתחרות עלול להוביל למצב של ניגוד עניינים, שכן בהחלטות של קופות החולים לענין איכות השירותים הניתנים במסגרת סל השירותים הבסיסי ישולבו שיקולים זרים הנוגעים להיקף ולמתכונת הביטוח הקבוצתי שהן מפעילות כ"בעל פוליסה".

(3) בנוסף, מתן כיסוי ביטוחי במסגרת ביטוח קבוצתי עלול להביא לחסמי מעבר בין הקופות (בין השאר בשל העדר רציפות בזכויות במעבר בין תכניות הביטוח השונות).

(4) על אופן מתן השירותים בידי קופות החולים חלים עקרונות והוראות ברורים, אשר נשענים על מאפיינים ציבוריים מובהקים. לעומת זאת, מתן כיסוי ביטוחי בידי חברת ביטוח לחלק ממבוטחי הקופה, ומידת המעורבות העמוקה של קופת החולים במתן אותם שירותים (הגדרתם של השירותים, קביעת תנאי הכיסוי שייכללו בפוליסת הביטוח, מעורבות בקביעת גובה הפרמיה לקבוצות משנה שונות, הגדרת התנאים המוקדמים לכיסוי הביטוחי, אופן סילוק התביעות ופיקוח על פעילותה של חברת הביטוח וכיו"ב) - עלולים להוביל "לנטישת" המסלול הציבורי בכל הנוגע לכיסוי לתרופות שנכללות בסל השירותים הבסיסי (ולמצער -

להפחתה משמעותית של מידת המעורבות בו) ולהעמקת פעילותה של קופת החולים במסלול שהיא אינה אמורה לגלות בו כל מעורבות שהיא.

(5) חוק ביטוח בריאות ממלכתי קובע שוויון בהספקת שירותי הבריאות הבסיסיים לכלל התושבים. שוויון זה נמדד בקיומו של רובד בסיסי הניתן על ידי קופות החולים באופן אחיד לכל, ללא כל הבחנה בין המבוטחים (לרבות הבחנה מטעמי מין, גיל ומצב רפואי). ביטוח בריאות קבוצתי הכולל כיסוי ביטוחי לתרופות מאריכות חיים ומצילות חיים ייצור שתי רמות של שירותים באמצעות הגורמים הציבוריים האמונים על השוויון בשירותי הבריאות הבסיסיים (היינו קופות החולים) ויפגע בעקרון השוויון העומד אף הוא בבסיס הוראות חוק ביטוח בריאות ממלכתי.

(6) בנוסף, בדרך זו תוכל הקופה גם להביא לסינון מבוטחים, שכן הקופה תפעל למעשה להטבת מצבה של קבוצת מבוטחים מוגדרת (שנכללת בביטוח הקבוצתי), ובנוסף עיקר "המשיכה" שלה תהיה ביחס למי שיכול להרשות לעצמו לשלם את דמי הביטוח בביטוחי הבריאות הקבוצתיים.

לאור האמור לעיל, הממונה על שוק ההון לא יאשר תכניות לביטוח בריאות קבוצתי לחברי קופות החולים, אשר כוללות כיסוי ביטוחי לתרופות מצילות חיים ומאריכות חיים. [ע] ¹¹⁴

¹¹⁴ מקור: מכתב הבהרה שח. 2008-2975. פורסם ביום ה-12 בפברואר 2008

עמדה מס' 2

ביטול פוליסה לביטוח תאונות אישיות - הבהרה

בעקבות פניות למשרדנו בדבר פוליסות לביטוח מפני תאונות אישיות הכוללות תנאי בפוליסה המאפשר לחברת ביטוח לבטלה, מכל סיבה בהודעה מראש שתימסר למבוטח, אבקש להבהיר כדלקמן:

לעמדת הממונה על שוק ההון, הקניית וודאות למבוטח למשך תקופת הביטוח שנקבעה בפוליסה הוא עקרון יסודי בחוזה ביטוח, שלו חשיבות יתרה בענייננו. תנאי בפוליסה המאפשר לחברת ביטוח לבטל את הפוליסה מכל עילה שהיא אינו עולה בקנה אחד עם עקרון חשוב זה. טובתו של מבוטח נפגעת במיוחד בנסיבות בהן ביטול פוליסה במהלך תקופת הביטוח עלול להסב לו נזקים, בשל הצורך למצוא חברת ביטוח חלופית לתקופה שנוותר עד למועד תום תקופת הביטוח או בנסיבות בהן ביטול פוליסה באמצע התקופה מהווה שיקול חיתומי אצל חברות ביטוח אחרות.

כמו כן, בהוראות לעניין ביטול חוזה ביטוח שנקבעו בחוק חוזה ביטוח, ביחס לביטוח תאונה, מחלה ונכות, נקבע כי חברת ביטוח אינה רשאית לבטל חוזה לביטוח תאונה מחלה ונכות בשל החמרה בסיכון (אי החלת הוראות סעיפים 17-19 לחוק על ביטוח כאמור). לאור אמירתו הברורה של המחוקק, שלא לאפשר ביטול חוזה לביטוח תאונה מחלה ונכות אפילו בנסיבות של החמרה בסיכון, ברי, מקל וחומר, כי לא ניתן לבטל פוליסה כאמור מכל סיבה שהיא.

לאור האמור, מובהר בזאת כי אין לכלול בפוליסות לביטוח תאונות אישיות תנאי שלפיו חברת ביטוח רשאית לבטל את הפוליסה במהלך תקופת הביטוח מכל סיבה שהיא, למעט העילות הקבועות בחוק חוזה ביטוח. [ע] ¹¹⁵

¹¹⁵ מקור: מכתב הבהרה שח. 2011-29477. פורסם ביום ה-7 באוגוסט 2011

עמדה מס' 3

פוליסות פרט הכוללות כיסוי לניתוחים בישראל בפרמיה קבועה - הבהרה

בעקבות פניות לממונה על שוק ההון בנושא מכירת פוליסות פרט הכוללות כיסוי לניתוחים בישראל בפרמיה שאינה משתנה לאורך תקופת הביטוח (להלן - **פרמיה קבועה**), ושאינן כוללות פיצוי למבוטח במקרה של ביטול הפוליסה, יובהר כי לפי עמדת הממונה על שוק ההון, על פוליסת פרט לביטוח ניתוחים בפרמיה קבועה לכלול פיצוי בגין עודף פרמיות בפוליסה מבוטלת, ששילם מבוטח מעבר לעלות הביטוח עד למועד הביטול. פיצוי זה יכול להיות, למשל, בדרך של מתן תקופת ביטוח נוספת ללא תשלום תוך מתן זכות לחידוש הביטוח אצל אותה חברת ביטוח (ברות ביטוח).

בפוליסות כאמור, במקרה של ביטול הפוליסה, על חברת ביטוח לתת פיצוי למבוטח, אשר גובהו יחושב כך שהביטול לא ייצר רווח עודף לחברת ביטוח. כמו כן, אם חברת ביטוח מציעה יותר מסוג פיצוי אחד, עליה לאפשר למבוטח לבחור את סוג הפיצוי במועד ביטול הפוליסה.

לאור האמור, מובהר בזאת כי הממונה על שוק ההון לא יאשר פוליסות פרט לביטוח ניתוחים בישראל בפרמיה קבועה שלא יכללו פיצוי כמתואר לעיל, והחל מיום 1 בנובמבר 2011 אין לשווק פוליסות כאמור. [ע] ¹¹⁶

¹¹⁶ מקור: מכתב הבהרה שח. 2011-29994. פורסם ביום ה-7 באוגוסט 2011

עמדה מס' 4

מתן כיסוי ביטוחי לתרופות במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים - הבהרה

יובהר כי כיסוי ביטוחי המקנה שיפוי בגין ביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים, בארץ או בחו"ל, המבוצעים באופן פרטי, יכלול, בין היתר, כיסוי לתרופות, לרבות כיסוי לתרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, אשר נעשה בהן שימוש במהלך ולשם ביצוע הפרוצדורות האמורות, לרבות במהלך אשפוז הנלווה לביצוען, ועל פי קביעתו של הרופא המבצע.

לעניין זה, "סל שירותי הבריאות" - כאמור בחוק ביטוח בריאות ממלכתי [ע] ¹¹⁷

¹¹⁷ מקור: מכתב הבהרה 2008-1-6 פורסם ביום ה-21 ביולי 2008

עמדה מס' 5

הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי

במקרים אלו, נמצא שישנן חברות שבוחנות את יכולתו של המבוטח לבצע את כל אחת מפעולות המשנה, כאשר הניקוד הסופי ביחס לפעולה עצמה ניתן על דרך של שקלול יכולת המבוטח ביחס לכל אחת מפעולות המשנה, וכך, הבחינה האם המבוטח מסוגל לבצע בכוחות עצמו את הפעולה, נעשית שלא באופן תכליתי.

התכלית שבבסיס שיטת קביעת הזכאות על דרך של בחינת ADL, היא לבחון האם מבוטח מסוגל, או לא, לבצע בכוחות עצמו את פעולות תפקודי היום-יום. לשם כך, החוזר קבע מבחן מהותי, שקיבל גם ביטוי כמותי בסוגריים, לאמור: "(לפחות 50% מהפעולה)". מאליו מובן, כי לא היתה כל כוונה שהמבחן המהותי יהפוך למבחן של תחשיב מספרי דווקני בלבד, המחשב "50% מביצוע הפעולה". חלוקה לתתי פעולות משנה ותחשיב דווקני על פיהן, עשוי לרוקן מתוכן את המבחן המהותי של יכולת ביצוע הפעולה. ככל שפעולה, מבחינה מהותית, אינה ניתנת לביצוע על ידי מבוטח, לא יתכן כי ייקבע על ידי חברת הביטוח כי ניתן לבצע לפחות 50% ממנה.

להמחשת האמור, להלן מספר דוגמאות -

ביחס לפעולה "לקום ולשכב" - יש לבחון האם מבוטח מסוגל לבצע חלק מהותי (לפחות 50%) מהפעולה "לקום ולשכב", מבלי לחלק, באופן דווקני את הפעולה לתתי פעולות, למשל חלוקה של תת פעולה לקום משכיבה לישיבה ולתת פעולה - לקום מישיבה לעמידה. כך למשל, אם מבוטח מסוגל בכוחות עצמו לקום משכיבה לישיבה, אך אינו מסוגל לעבור מישיבה לעמידה, הרי שלא ניתן לקבוע שהוא מסוגל לבצע את החלק המהותי (לפחות 50%) מהפעולה "לקום ולשכב" כולה.

ביחס לפעולה "להתלבש ולהתפשט" - יש לבחון האם מבוטח מסוגל לבצע חלק מהותי (לפחות 50%), מהפעולה "להתלבש ולהתפשט" מבלי לחלק, באופן דווקני את הפעולה לתתי פעולות, למשל חלוקה לפי פלגי גוף או לפי צדדים בגוף. כך למשל, אם מבוטח מסוגל ללבוש ולפשוט פריט לבוש שיכסה את פלג גופו העליון בכוחות עצמו, אך אינו מסוגל ללבוש פריט לבוש שיכסה את פלג גופו התחתון, הרי שלא ניתן לקבוע שהוא מסוגל לבצע את החלק המהותי (לפחות 50%) מהפעולה "להתלבש ולהתפשט" כולה.

ביחס לפעולה "להתרחץ" - יש לבחון האם מבוטח מסוגל לבצע חלק מהותי (לפחות 50%), מהפעולה "להתרחץ" מבלי לחלק, באופן דווקני, את הפעולה לתתי פעולות, למשל חלוקה לפי פלגי גוף, או לפי צדדים בגוף. כך למשל, אם מבוטח מסוגל לרחוץ את פלג גופו העליון בכוחות עצמו, אך אינו מסוגל לרחוץ את פלג גופו התחתון, הרי שלא ניתן לקבוע שהוא מסוגל לבצע את החלק המהותי (לפחות 50%) מהפעולה "להתרחץ" כולה.

לאור האמור הריני להבהיר כי בעת יישוב תביעות, חברת ביטוח נדרשת לבחון האם מבוטח מסוגל לבצע בכוחות עצמו חלק מהותי מהפעולה, כך שהבחינה תיעשה לפי הפרשנות התכליתית שתוארה. [ע] ¹¹⁸.

¹¹⁸ מקור: מכתב הבהרה שח. 2015-2776. פורסם ביום ה-25 בינואר 2015