



מדינת ישראל
רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון



מדינת ישראל
רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון

ל' בשבט התש"פ
25 בפברואר 2020

חוזר ביטוח 2019-34
סיווג: חיים > טיוטה

יישוב תביעות אובדן כושר עבודה - טיוטה

בתוקף סמכותי לפי סעיף 2(ב) לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981 (להלן - **חוק הפיקוח על הביטוח**), ולאחר התייעצות עם הוועדה המייעצת, אני מורה כדלקמן:

1. כללי

חוזר גופים מוסדיים 2016-9-9 "בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור" (5.7.16) (להלן - **חוזר יישוב תביעות**) מסדיר את נושא יישוב תביעות של גופים מוסדיים.

במהלך השנים האחרונות ערכה רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון ביקורת על הליך בירור ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה בחברות הביטוח. ממצאי הביקורת העלו כי דרך פעולתן של חברות הביטוח במסגרת הליך בירור תביעות אובדן כושר עבודה, המחייב ביצוע הערכה של מצבו הרפואי ויכולתו התעסוקתית של המבוטח, אינו מאוזן ומקשה על מימוש זכויותיו של המבוטח לקבלת פיצוי אשר יהווה תחליף להכנסה מעבודה שהיה יכול לבצע אלמלא התאונה או המחלה שבעקבותיהן נשללה יכולתו להשתכר. בעקבות ממצאי הביקורת עלה הצורך להסדיר את הליך יישוב תביעות אובדן כושר עבודה בחברות הביטוח באופן נפרד ופרטני, זאת נוכח המאפיינים המיוחדים הרלוונטיים לטיפול בתביעות מסוג זה, כפי שעלו במסגרת הביקורת.

מוצע לקבוע בחוזר זה הוראות ליישוב תביעות אובדן כושר עבודה שמטרתן להבטיח הליך יישוב תביעות הוגן, יעיל, שקוף ומקצועי וזאת, בין היתר, באמצעות מודל שיאפשר בירור אובייקטיבי של תביעות אובדן כושר עבודה לטובת מיצוי זכויותיו של המבוטח, זאת בדומה, בין היתר, למודל הקיים כיום בתביעות נכות בקרנות הפנסיה.

2. הגדרות

בחוזר זה -

"**אמצעי דיגיטלי**" - מסרון (SMS), יישומון, דואר אלקטרוני, חשבון אישי מקוון, אתר אינטרנט ייעודי או אתר האינטרנט של חברת הביטוח;

"ועדה רפואית" - ועדה בת שני רופאים שנבחרו על ידי חברת הביטוח באופן אקראי מתוך רשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי, ושאינה כוללת את הרופא המומחה שנתן את חוות הדעת נשוא הערעור; ביקש המבוטח למנות רופא מטעמו, ועדה שתמנה שלושה רופאים שאחד מהם ימונה מטעם המבוטח; **"ועדה רפואית לערעורים"** - ועדה רפואית לענייני חברות ביטוח שמרוכזת על ידי בית חולים בארץ המספק שירותים של ניהול ועדות רפואיות עליונות;

"חוק חוזה ביטוח" - חוק חוזה הביטוח, התשמ"א-1981;

"יכולת תעסוקתית" - יכולתו של המבוטח לעסוק בעיסוקו או בעיסוק סביר אחר המתאים להשכלתו, להכשרתו ולניסיונו, או יכולתו של מבוטח לעסוק בעיסוק כמוגדר בהגדרת מקרה הביטוח בפוליסה שברשות המבוטח, אם נקבעה בפוליסה הגדרה אחרת מהאמור;

"ספק שירותי ייעוץ רפואי" - רופא מומחה שאינו עובד חברת הביטוח, לרבות תאגיד המעניק שירותי ייעוץ רפואי באמצעות רופאים מומחים;

"רופא החברה" - רופא מומחה שהוא עובד חברת הביטוח;

"רופא מומחה" - בעל רישיון לעסוק ברפואה, לפי פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, אשר הינו בעל תואר מומחה לפי תקנות הרופאים (אישור תואר מומחה ובחינות), התשל"ג-1973, המעניק שירותי ייעוץ רפואי הכוללים עריכת חוות דעת במסגרת תביעות ביטוח אובדן כושר עבודה;

"מחוז" - כאמור בהודעה על חלוקת שטחי המדינה למחוזות ולנפות ותיאורי גבולותיהם, מיום 20.3.1957; **"תביעה"** - דרישה מחברת הביטוח למימוש זכויות לפי תנאי פוליסת ביטוח אובדן כושר עבודה.

3. עקרונות ליישוב תביעה בביטוח אובדן כושר עבודה

מבלי לגרוע מהוראות כל דין, חברת ביטוח, סוכן ביטוח, או כל הפועל מטעמם, יבררו ויישבו תביעת אובדן כושר עבודה, לרבות עריכת חוות דעת וחקירה לפי הוראות חוזר זה, בתום לב, בענייניות, ביסודיות, במקצועיות, בשקיפות, בהוגנות ובאופן שיביא ליישוב הגון ומהיר של התביעה ויצמצם, ככל הניתן, את הטרחה של המבוטח.

4. מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות

א. חברת ביטוח תקבע מערכת כללים לבירור וליישוב תביעות (להלן - **מערכת הכללים**) בכפוף להוראות הבאות:

- הכללים יהיו אחידים לכל תביעות אובדן כושר עבודה.
- כלל שייקבע לא יסטה באופן בלתי סביר מהכלל הקבוע בחוזר זה.
- על אף האמור בפסקאות (1) ו-(2), המועדים והתקופות שייקבעו במערכת הכללים לא יעלו על אלו הקבועים בחוזר זה. המועדים והתקופות יוצגו בטבלה נפרדת בהתאם לנספח א' המצורף לחוזר זה (להלן - **טבלת המועדים**).
- מערכת הכללים תחייב את חברת הביטוח בלבד ולא תטיל על המבוטח חיובים כלשהם.
- מערכת הכללים לא תתנה קיומה של חובה של חברת הביטוח במעשה של מבוטח שאינו מחויב על פי פוליסת הביטוח או הדין שמכוחם נובעת החובה, למעט התניית קיומה של החובה בהמצאת מידע או מסמכים.
- לעניין סעיף קטן זה, "חובה של חברת הביטוח" בין חובה הנובעת ממערכת הכללים עצמה ובין חובה הנובעת מפוליסת הביטוח או מכוח הדין.
- לא קבעה חברת הביטוח כלל בנושא המצוין בחוזר זה, או שקבעה כלל שאינו עומד בהוראות החוזר, יחול הכלל הקבוע בחוזר זה.

5. מעמד מערכת הכללים

- א. מערכת הכללים שתקבע חברת הביטוח תחשב כחלק מתנאי פוליסת הביטוח ותחייב את החברה.
- ב. חברת הביטוח תפעל לפי מערכת הכללים, ויראו את הכללים שקבעה חברת הביטוח לפי חוזר זה, כהוראות שניתנו לפי סעיף 2(ב) לחוק הפיקוח על הביטוח לרבות לעניין עיצום כספי.
- ג. חברת ביטוח תשלח לממונה את מערכת הכללים שקבעה בהתאם להוראות סעיף זה תוך 10 ימי עסקים ממועד קביעת מערכת הכללים או ממועד שינויה.
- ד. בסעיף זה, "מערכת הכללים" - מערכת הכללים שקבעה חברת הביטוח כאמור בסעיף 4, לרבות כללים לפי חוזר זה שהוחלו עליה בהתאם להוראות סעיף 4(ב).

6. הכשרת העוסקים ביישוב תביעות

חברת הביטוח תקבע כללים ביחס לכישורים הנדרשים לתפקיד מיישב תביעות אובדן כושר עבודה ואופן הכשרתו, תוך התייחסות, בין השאר, להכרת הוראות הדין הרלוונטיות, נהלי חברת הביטוח ומאפייני הכיסוי הביטוחי לאובדן כושר עבודה בחברת הביטוח.

7. קבלת תביעה לתגמולי ביטוח

- א. פנה מבוטח בקשר להגשת תביעה לחברת ביטוח או לסוכן ביטוח (בסעיף זה - **הפניה**), תמסור לו חברת הביטוח לא יאוחר מיום עסקים אחד מהמועד שבו התקבלה הפניה, את המסמכים הבאים:
- 1) מערכת הכללים של חברת הביטוח;
 - 2) מסמך בו יפורט הליך הטיפול בתביעה לקבלת תגמולי ביטוח, לרבות התייחסות ללוחות הזמנים לטיפול בתביעה בהתאם לנספח א' לחוזר זה;
 - 3) מסמך הנחיות בדבר אופן הפעולה הנדרש מהמבוטח, לרבות פירוט המידע ורשימת המסמכים הנדרשים לטובת הטיפול בתביעה;
 - 4) טופס תביעה לקבלת תגמולי ביטוח לרבות הנחיות לעניין אופן מילוי הטופס.
 - 5) הודעה על תקופת ההתיישנות לפי סעיף 23(א).
- ב. במסגרת הפניה תפרט חברת הביטוח למבוטח את פוליסות אובדן כושר עבודה שבהן הוא מבוטח אצלה ושבאפשרותו להגיש תביעה במסגרתן, תציין בפניו את הפוליסות שיתבעו כתוצאה מתביעתו, ותפנה אותו לאתר האינטרנט המרכזי לאיתור מוצרי הביטוח ('הר הביטוח'), לרבות שליחת קישור באמצעות מסרון.
- ג. לשם ברור תביעה לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה רשאית חברת ביטוח לדרוש את המסמכים הבאים בלבד (להלן - **המסמכים**):
- 1) טופס תביעה לקבלת תגמולי ביטוח;
 - 2) אישורים רפואיים המעידים על מצבו הרפואי הנמצאים ברשותו של המבוטח;
 - 3) טופס ויתור על סודיות רפואית;
 - 4) במקרה של תאונת עבודה במידה והמבוטח פנה למוסד לביטוח לאומי - העתק החלטת המוסד לביטוח לאומי, ככל שיש החלטה;
 - 5) למבוטח שכיר - לכל היותר 12 תלושי שכר אחרונים לפני קרות מקרה הביטוח;
 - 6) למבוטח עצמאי - אישור רואה חשבון על הכנסה שנתית החייבת במס או דו"ח שומה לשנה שקדמה למקרה הביטוח;
 - 7) למבוטח שמקבל קצבה ממבטחים אחרים - אישור על גובה הקצבה והתקופה שאושרה;
 - 8) טופס 101.

ד. חברת ביטוח לא תעכב ולא תפסיק את בירור התביעה בשל אי המצאת המסמכים המפורטים בסעיף קטן (ג)(3) – (ג)(8).

ה. קיבלה חברת ביטוח מסמך בקשר לתביעה מהמבוטח :

1) תמנה חברת הביטוח נציג שירות אשר יהיה איש קשר מטעמה מול המבוטח וילווה את המבוטח לאורך כל הליך הטיפול בתביעה (להלן - **נציג אישי**).

2) הנציג האישי ימסור למבוטח בשיחה טלפונית בתוך שני ימי עסקים ממועד קבלת מסמך בקשר לתביעה את פרטי ההתקשרות הישירים עמו ויודיע לו אם המסמכים הנדרשים התקבלו במלואם ואת מועד קבלתם (להלן - **הודעת קבלת המסמכים**), וככל שלא התקבלו במלואם יפרט את המסמכים החסרים בתביעת המבוטח (להלן - **הודעת השלמת מסמכים**), הודעות כאמור ישלחו למבוטח גם באמצעי דיגיטלי וגם באמצעות הדואר ; על אף האמור, התקבלו המסמכים במלואם, רשאית חברת הביטוח לעדכן את המבוטח באמצעי דיגיטלי ובאמצעות הדואר בלבד ; האמור בסעיף זה יחול בכל פעם שנתקבל מסמך בקשר לתביעה מטעם המבוטח.

לעניין סעיף זה "**פרטי התקשרות**" - לכל הפחות, מספר טלפון וכתובת דואר אלקטרוני.

8. בירור התביעה לתגמולי ביטוח

א. לא יאוחר משני ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים, תפנה חברת הביטוח לגורמים הרלוונטיים, לקבלת כל המידע הנדרש לה לצורך הכרעה בתביעת המבוטח וקביעת יכולתו התעסוקתית של המבוטח, לרבות הזמנת חקירה ואיסוף חומר רפואי.

ב. החלטת רופא החברה באשר ליכולתו התעסוקתית של המבוטח תכלול התייחסות לקביעות הבאות (להלן - **חוות דעת**) :

1) מועד קרות מקרה הביטוח ;

2) האם המבוטח נמצא במצב של אובדן כושר עבודה כהגדרתו בפוליסה מעבר לתקופת המתנה ;

3) האם מקרה הביטוח נגרם מאירוע או מחלה שהוחרגו בהליך החיתום הרפואי, ככל שהיו החרגות בפוליסה ;

4) שיעור אובדן כושר העבודה, לרבות האם מדובר באובדן כושר עבודה מלא או חלקי ;

5) תקופת אובדן כושר העבודה, לרבות האם מדובר באובדן כושר עבודה קבוע או זמני ;

6) אם חלה הרעה או הטבה במצבו הבריאותי של המבוטח, את מועד תחילת ההרעה או ההטבה במצבו הבריאותי ;

7) האם המבוטח נעדר יכולת תעסוקתית ;

8) ככל שהוגשה חוות דעת מומחה מטעם המבוטח, לרבות החלטות של המוסד לביטוח לאומי, תכלול חוות הדעת התייחסות לחוות דעת מטעם המבוטח, וככל שהוחלט לדחות את האמור בחוות הדעת מטעם המבוטח יינתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.

ג. חברת ביטוח תקבע את מועד קרות מקרה הביטוח כמועד שבו בהתאם לכלל המידע הרלוונטי שמצוי ברשותה אירע מקרה הביטוח. מועד קרות הביטוח לא ייקבע כמועד הגשת התביעה אם בהתאם למסמכים שמצויים אצל חברת הביטוח, אירע המקרה הביטוחי קודם למועד זה.

ד. חוות הדעת תיערך באופן מקצועי, תהיה מפורטת ומנומקת ותכלול את שמו, תוארו, השכלתו המקצועית ותפקידו של הרופא, וכן תכלול את רשימת כל המסמכים אשר רופא החברה הסתמך עליהם בעריכת חוות הדעת.

ה. חוות הדעת לא תתייחס במישרין לזכות המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח.

- ו. חוות דעת שביצע רופא החברה לפי סעיף זה תהיה חוות הדעת הקובעת לצורך יישוב תביעת ביטוח או בדן כושר עבודה שהגיש המבוטח.
- ז. מבלי לגרוע מהאמור בסעיף קטן (ו), חברת ביטוח תיישב תביעה על בסיס המידע המעודכן או הרלבנטי ביותר שיש ברשותה.
- ח. לא יאוחר מ-20 יום ממועד הודעת קבלת המסמכים, תודיע חברת הביטוח למבוטח בכתב האם אושרה תביעתו או נדחתה (להלן - **הכרעה בתביעה**) או האם נדרשת התייצבותו בפני רופא החברה לבדיקה רפואית לצורך המשך בירור התביעה.
- ט. במסגרת ההכרעה בתביעה תתבסס חברת הביטוח על האמור בחוות הדעת, וככל שדחתה חברת הביטוח את התביעה בניגוד לאמור בחוות הדעת, תכלול הודעת הדחיה התייחסות לחוות הדעת וינתן הסבר מפורט מדוע שלא לקבל את האמור בה.
- י. חברת הביטוח תצרף להודעה על ההכרעה בתביעה את חוות הדעת ואת כל ההודעות והמסמכים שמסר התובע לחברת הביטוח או לרופא החברה לצורך כתיבת חוות הדעת, וכן כל מסמך נוסף שעליו נסמכת חוות הדעת. כן תכלול בהודעה גילוי דעת בדבר זכותו של המבוטח לערער על החלטת רופא החברה בפני הוועדה הרפואית ועל המועדים הקבועים לכך, וכן על זכאותו למנות רופא מטעמו בוועדה הרפואית שחברת הביטוח תישא בעלויות העסקתו בסכום שיקבע על ידה ושלא יפחת מתקרת העלות המשולמת לרופא בוועדה הרפואית או עלות העסקת הרופא מטעם המבוטח, הנמוך מבניהם.

9. התייצבות לבדיקה רפואית בפני רופא החברה

- א. הנציג האישי יצור קשר עם המבוטח, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים מהמועד שבו הודיעה חברת ביטוח כי נדרשת התייצבות המבוטח לבדיקה רפואית בפני רופא החברה, ויתאם עימו מועד להתייצבות בפני רופא החברה וכן יפרט את דרישות רופא החברה לקראת התייצבות המבוטח בפניו, ככל שיהיו, לרבות המצאת בדיקות, מבדקים ומבחנים. כמו כן, הנציג האישי יסביר למבוטח על זכותו למלווה מטעמו בהתאם להוראות חוק זכויות החולה, התשנ"ו-1996.
- ב. מועד התייצבות המבוטח בפני רופא החברה ייקבע לכל היותר בתוך 10 ימי עסקים ממועד ההודעה כאמור בסעיף קטן (א), אלא אם ביקש המבוטח לדחות את מועד ההתייצבות, ואז יפעל הנציג האישי בתום לב לקביעת מועד חלופי אחר בהקדם.
- ג. רופא החברה יסביר לתובע את תפקידו בקשר לבירור התביעה.
- ד. רופא החברה יתעד במסגרת חוות הדעת כמפורט בסעיף 8(ב), גם את מהלך הבדיקה הרפואית שערך למבוטח.
- ה. לא יאוחר מ-3 ימי עסקים ממועד התייצבות המבוטח לבדיקה בפני רופא החברה, תודיע חברת הביטוח למבוטח על הכרעתה בתביעה. במסגרת ההכרעה בתביעה תתבסס חברת הביטוח על האמור בחוות הדעת, וככל שדחתה חברת הביטוח את התביעה בניגוד לאמור בחוות הדעת, תכלול הודעת הדחיה התייחסות לחוות הדעת וינתן הסבר מפורט מדוע שלא לקבל את האמור בה.
- ו. חברת הביטוח תצרף להודעה על ההכרעה בתביעה את חוות הדעת וכן תכלול בהודעה גילוי דעת בדבר זכותו של המבוטח לערער על החלטת רופא החברה בפני הוועדה הרפואית ועל המועדים הקבועים לכך, וכן על זכאותו למנות רופא מטעמו בוועדה הרפואית שחברת הביטוח תישא בעלויות העסקתו בסכום שיקבע על ידה ושלא יפחת מתקרת העלות המשולמת לרופא בוועדה הרפואית או עלות העסקת הרופא מטעם המבוטח, הנמוך מבניהם.
- ז. לצורך סעיף זה, "**רופא החברה**" – רופא מומחה שהוא עובד חברת הביטוח או רופא מומחה הכלול ברשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי, אשר יבחר על ידי חברת הביטוח באופן אקראי.

10. ערעור לוועדה רפואית

- א. חלק המבוטח על החלטת חברת הביטוח, יהא רשאי להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית, בתוך 90 ימי עסקים ממועד הכרעת החברה בתביעה.
- ב. חברת הביטוח תעביר לוועדה הרפואית את כלל המידע הרפואי שיש בידה, בהקדם האפשרי מהמועד שבו הגיש המבוטח ערעור.
- לעניין זה, "מידע רפואי" - למעט תוצאות חקירה ומידע אודות המבוטח שיש בהן כדי לחוות דעה של חברת הביטוח, או מי מטעמה, בנוגע ליכולתו התעסוקתית של המבוטח.
- ג. הנציג האישי יודיע למבוטח בתוך 3 ימי עסקים ממועד הגשת הערעור על מועד התכנסות הוועדה הרפואית ועל זכאותו להתייצב בפניה ולמנות רופא מטעמו, שחברת הביטוח תישא בעלויות העסקתו, ותפרט את דרישות הוועדה הרפואית לקראת התכנסות הוועדה, ככל שיהיו, לרבות בדיקות, מבדקים ומבחנים.
- ד. מועד התכנסות הוועדה הרפואית ייקבע לכל היותר בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הערעור או ממועד קבלת כלל המסמכים שדרשה הוועדה, אלא אם ביקש המבוטח לדחות את מועד ההתכנסות, ואז ייקבע על ידי הנציג האישי בתום לב מועד חלופי אחר בהקדם.
- ה. הוועדה הרפואית תתעד את עיקרי הדיון שנערך בוועדה, לרבות עובדות שנלקחו בחשבון במסגרת קבלת ההחלטה, ופירוט העמדות השונות שהוצגו בוועדה. לתיעוד תצורף רשימת המסמכים שהוצגו לוועדה.
- ו. סברה הוועדה הרפואית כי דרושה בדיקה רפואית לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולתו התעסוקתית של המבוטח, רשאית הוועדה הרפואית לערוך בדיקה למבוטח, ובלבד שמהלך הבדיקה יצוין ויתועד במסגרת החלטתה.
- ז. חברת הביטוח תודיע למבוטח בתוך 3 ימי עסקים ממועד התכנסות הוועדה הרפואית על החלטת הוועדה הרפואית בתביעה, בצירוף ההחלטה והתיעוד. החלטת הוועדה הרפואית תהיה מפורטת ומנומקת.
- ח. חברת הביטוח תישא בעלויות העסקת הרופא מטעם המבוטח בסכום שיקבע על ידה ושלא יפחת מתקרת העלות המשולמת לרופא בוועדה הרפואית או עלות העסקת הרופא מטעם המבוטח, הנמוך מבניהם, כמפורט בסעיף 13(ג).

11. ערעור לוועדה רפואית לערעורים

- א. חלק המבוטח על קביעת הוועדה הרפואית, יהא רשאי להגיש ערעור על קביעתה לוועדה הרפואית לערעורים, בתוך 90 ימי עסקים ממועד הודעת חברת הביטוח על החלטת הוועדה הרפואית.
- ב. חברת הביטוח תעביר לוועדה הרפואית לערעורים את כלל המידע הרפואי שיש בידה, בהקדם האפשרי מהמועד שבו הגיש המבוטח ערעור.
- לעניין זה, "מידע רפואי" - למעט תוצאות חקירה ומידע אודות המבוטח שיש בהן כדי לחוות דעה של חברת הביטוח, או מי מטעמה, בנוגע ליכולתו התעסוקתית של המבוטח.
- ג. הנציג האישי יודיע למבוטח בתוך 3 ימי עסקים ממועד הגשת הערעור על מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים ועל זכאותו להתייצב בפניה, ותפרט את דרישות הוועדה הרפואית לערעורים לקראת התכנסות הוועדה, ככל שיהיו, לרבות בדיקות, מבדקים ומבחנים.
- ד. מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים ייקבע לכל היותר בתוך 21 ימי עסקים ממועד קבלת הערעור או ממועד קבלת כלל המסמכים שדרשה הוועדה, אלא אם ביקש המבוטח לדחות את מועד ההתכנסות, ואז ייקבע על ידי הנציג האישי בתום לב מועד חלופי אחר בהקדם.

ה. הוועדה הרפואית לערעורים תתעד את עיקרי הדיון שנערך בוועדה, לרבות עובדות שנלקחו בחשבון במסגרת קבלת ההחלטה, ופירוט העמדות השונות שהוצגו בוועדה. לתיעוד תצורף רשימת המסמכים שהוצגו לוועדה.

ו. סברה הוועדה הרפואית לערעורים כי דרושה בדיקה רפואית לצורך קבלת ההחלטה באשר ליכולתו התעסוקתית של המבוטח, רשאית הוועדה הרפואית לערעורים לערוך בדיקה למבוטח, ובלבד שמהלך הבדיקה יצוין ויתועד במסגרת החלטתה.

ז. חברת הביטוח תודיע למבוטח בתוך 3 ימי עסקים ממועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים על החלטת הוועדה הרפואית בתביעה, בצירוף ההחלטה והתיעוד. החלטת הוועדה הרפואית לערעורים תהיה מפורטת ומנומקת.

12. רשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי

א. חברת ביטוח תאפשר לכל ספק שירותי ייעוץ רפואי להיכלל ברשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי (להלן - **רשימת הספקים**) שלה בכפוף לכך שהספק התחייב בכתב לקיים את ההוראות לפי חוזר זה, הרלוונטיות לגביו.

ב. חברת ביטוח תעשה שימוש ברשימת הספקים בחלוקה לפי מחוזות ובפיזור גאוגרפי נאות.

ג. חברת ביטוח תבחר ספק שירותי ייעוץ רפואי מתוך רשימת הספקים באופן אקראי ומחזורי שיבטיח כי לא תהיה בכל עת העדפה כל שהיא בבחירת ספק מסוים על פני ספק אחר.

ד. חברת ביטוח תישא במלוא עלות שכר הטרחה של ספק שירותי ייעוץ רפואי שנבחר אקראית מרשימת הספקים.

ה. חברת ביטוח לא תכלול ברשימת הספקים שלה, ספק -

1) שהחברה שולטת או מחזיקה בו יותר מ-10% מסוג מסוים של אמצעי שליטה;

2) שהוא או בעלי תפקידים המועסקים אצלו מועסקים או מספקים שירותים לחברת הביטוח, למעט אספקת שירות חוות דעת לפי הוראות חוזר זה;

3) שהוא או בעלי תפקידים המועסקים אצלו נושאים בתפקיד בחברת הביטוח.

ו. חברת ביטוח רשאית להוציא ספק מהרשימה, אם מצאה שהספק לא מילא את תפקידו כרופא מומחה ראוי ומקצועי או שחוות הדעת שביצע פגעה או עלולה הייתה לפגוע בכבודו של המבוטח, ואם התקיימו כל אלה:

1) נמסרה לספק הודעה מנומקת על הכוונה להוציאו מהרשימה, לפחות 21 ימי עסקים לפני ההחלטה על הוצאתו מהרשימה;

2) ניתנה לספק הזדמנות נאותה לטעון את טענותיו בפני חברת הביטוח, בטרם ההחלטה בעניין זה;

3) חברת הביטוח תיעדה את הליך הוצאת הספק מהרשימה, לרבות התכתבויות שהתקיימו בין הספק לבין החברה והעבירה את התיעוד לממונה טרם הוצאת הספק.

ז. רשימת הספקים תהיה זמינה לציבור ותפורסם, לכל הפחות, באתר האינטרנט של חברת הביטוח.

13. איסור השפעה על רופא מומחה

א. חברת ביטוח לא תשפיע על שיקול דעתו המקצועי של רופא מומחה ובכלל זה לא תיתן לו הוראות או הנחיות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי.

ב. חברת ביטוח תעביר לרופא מומחה את המידע הרפואי הדרוש לצורך חוות הדעת; לעניין זה, "מידע רפואי" - למעט תוצאות חקירה ומידע אודות המבוטח שיש בהן כדי לחוות דעה של חברת הביטוח, או מי מטעמה, בנוגע ליכולתו התעסוקתית של המבוטח.

- ג. חברת ביטוח תקבע תעריף אחיד לתגמול כל רופא מומחה, לרבות רופא מטעם המבוטח, בהתאם לתחום התמחותו וניסיונו, ובלבד שגובה התגמול אינו תלוי בתוצאות חוות הדעת.
- ד. חברת ביטוח או סוכן ביטוח לא ישלמו או יקבלו עמלה או כל טובת הנאה, בינם לבין הרופא מומחה בקשר עם ההליך ליישוב תביעות המפורט בחוזר זה; האמור בפסקת משנה זו לא יחול לגבי תגמול שניתן לרופא מומחה עבור ביצוע חוות דעת, ובלבד שאינו תלוי בתוצאות חוות הדעת.

14. איסוף חומר רפואי

חברת ביטוח תקבע כללים מנחים לאיסוף החומר הרפואי מתיקו של המבוטח. כללים אלה יתייחסו, בין היתר למצבים שבהם יש לפנות לאיסוף החומר הרפואי.

15. ביצוע חקירה

חברת ביטוח המבקשת לעשות שימוש בחקירה לצורך בירור התביעה של מבוטח, לא תעשה שימוש בחקירה אלא אם מתקיימות הוראות אלה:

- א. חברת ביטוח קבעה כללים שינחו את גורמי המקצוע מטעמה מתי לבצע חקירה; הכללים יתייחסו, בין השאר, למועד ביצוע החקירה, בשים לב למצבו הרפואי או התעסוקתי של מבוטח, לרבות האפשרות כי מצבו יכול להשתנות בשעות שונות של היום; החליטה חברת ביטוח לבצע חקירה, תתעד את החלטתה, בשים לב לכללים שקבעה.
- ב. קיים לחברה יסוד סביר להעריך כי יכולתו התעסוקתית של המבוטח, במועד שבו היא מבקשת לעשות שימוש בחקירה, שונה מזו המתוארת במידע שברשותה.
- ג. החקירה בוצעה בהתאם להוראות חוק חוקרים פרטיים ושירותי שמירה, התשל"ג-1972, ותקנותיו.
- ד. החקירה כללה רק תיעוד של פעולות המבוטח כהווייתם; במהלך החקירה לא יגרום החוקר, או מי מטעמו, למבוטח או למי מטעמו, בכל צורה שהיא, לבצע פעולות.
- ה. דוח המתעד את מהלך החקירה כלל את הפירוט הבא בלבד: מועד ביצוע החקירה ומקומה, אימות שהחקירה מבוצעת אודות המבוטח, תמונות וצילום וידאו הכולל שמע; דוח החקירה לא יכלול מלל אחר הנוגע למבוטח או ליכולתו התעסוקתית.
- ו. חברת ביטוח לא תתנה תשלום לחוקר פרטי המספק לה שירותי חקירה במסגרת בירור תביעה או תקבע את גובהו, בהתאם לתוצאות החקירה.
- ז. חברת ביטוח לא תסתמך בעת דחיית תביעה על דוח חקירה שהגיש לה חוקר פרטי מטעמה אם לצורך בירור התביעה החוקר התחזה לעובד ציבור או לממלא תפקיד מטעם חברה המספקת שירות חיוני.
- ח. חברת הביטוח לא תסתמך על דוח חקירה סמויה שכללה שיחה טלפונית עם המבוטח או עם גורם רלבנטי ותועדה על ידי החוקר באמצעות הקלטה או וידאו, אם לא צורפו קבצי השמע או קבצי הווידאו (הכוללים קבצי שמע) שמתעדים את כל מהלך החקירה ואת עיקרי הממצאים העולים ממנה.
- ט. החליטה חברת הביטוח לדחות את תביעת המבוטח והסתמכה בהחלטתה גם על ממצאים שעלו במסגרת חקירה, תצרף החברה להחלטתה את עיקרי ממצאי דוח החקירה, ותציין גם את מועד ביצוע החקירה ומיקומה וכן תמונה מתוך החקירה ממנה ניתן יהיה לאמת את זהות המבוטח.

16. אישור התביעה והודעה על תשלום תגמולי ביטוח

א. החליטה חברת הביטוח על אישור התביעה ותשלום תגמולי ביטוח, תמסור למבוטח במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - **הודעת תשלום**) שתכלול, בין השאר, התייחסות לגבי העניינים הבאים, ככל שהם רלבנטיים, שיצורפו להודעה:

- 1) שם המבוטח;
- 2) שם הפוליסה ומספרה;
- 3) סכום התשלום הראשון, לרבות פירוט אופן חישוב הסכום לתשלום וכן פירוט אופן חישוב סכום המס שנוכה במקור והוראות הדין שלפיה חושב ונוכה;
- 4) מנגנון עדכון התשלומים;
- 5) המועד הראשון שבשלו זכאי המבוטח לתשלום והמועד הראשון שבו התשלום יבוצע;
- 6) משך התקופה המירבית שבשלה זכאי המבוטח לתשלומים בכפוף להוראות הפוליסה;
- 7) משך התקופה עד לתום תקופת הזכאות ותביעת המשך;
- 8) הכללים להגשת תביעת המשך ומנגנון הארכת תקופת הזכאות לתשלומים;
- 9) הכללים לבדיקת זכאות מחודשת במהלך תקופת הזכאות לתשלומים;
- 10) פירוט בדבר קיזוז תשלומים אחרים שמגיעים למבוטח שלא מחברת הביטוח בשל נסיבות הקשורות לאותה עילת תביעה ושלפי הפוליסה החברה רשאית לקזז אותם מהתשלום;
- 11) פירוט בדבר קיזוז סכומים אחרים שמגיעים לחברת הביטוח מאת המבוטח;
- 12) פירוט בדבר קיזוז מקדמות או סכומים שאינם שניים במחלוקת אם שולמו כאלה;
- 13) הריבית החלה וציון ההוראות החלות לגביה;
- 14) הסכום שנתווסף לתשלום בגין הפרשי הצמדה וריבית;
- 15) סכום התשלום בפיגור וציון ההוראות החלות לגבי הריבית הנגבית בשל הפיגור;
- 16) המועד שבו היו בידי חברת הביטוח כל המידע והמסמכים הדרושים לבירור התביעה.

ב. החליטה חברת הביטוח על תשלום התביעה תוך דחיית חלק מהתביעה לגבי סכומים שנדרשו או חלק מהעילות שנדרשו - תמסור למבוטח במועד התשלום הודעה בכתב (להלן - **הודעת תשלום חלקי**) שבה שני חלקים כמפורט להלן:

- 1) החלק הראשון - בחלק זה יפורטו מרכיביו של התשלום שבו הכירה חברת הביטוח, ויחולו לגביו ההוראות הקבועות בפסקה (א).
- 2) החלק השני - בחלק זה יפורטו הנימוקים העומדים בבסיס החלטתה של חברת הביטוח לדחות חלק מהתביעה, ויחולו לגביו ההוראות הקבועות בסעיף 18.

ג. במסגרת הודעת תשלום חלקי למבוטח תפרט חברת הביטוח את הסדרי התשלום לצורך שמירה על הכיסוי הביטוחי.

ד. חברת הביטוח תשלם למבוטח את תגמולי הביטוח עד ליום ה-3 של כל חודש, בשל החודש הקודם; על אף האמור, חברת הביטוח תעביר למבוטח את התשלום הראשון לאחר אישור התביעה בתוך חמישה עשר יום ממועד הודעה למבוטח על אישור התביעה.

ה. תגמולי הביטוח ישולמו למבוטח באמצעות העברה בנקאית; על אף האמור, תאפשר חברת הביטוח למבוטח לבחור אמצעי תשלום אחר, מבין האמצעים הקיימים בחברת הביטוח, שבו יועברו לו הכספים.

17. הודעת פשרה

- א. חברת הביטוח לא תציע למבוטח הצעת פשרה בלתי סבירה למועד ההצעה.
- ב. הסכימו הצדדים על כוונה להגיע להסדר פשרה - תמסור חברת הביטוח למבוטח הצעת פשרה בכתב (להלן - **הודעת פשרה**), לא יאוחר מ-20 יום ממועד הודעת קבלת המסמכים או ממועד הגשת הערעור, לפי העניין, ותיתן לו זמן סביר לעיין בתנאיה.
- ג. בהודעת הפשרה יפורטו שם המבוטח, שם הפוליסה ומספרה, מקרה הביטוח, הנימוקים שביסוד הפשרה, מרכיבי התשלום שאינם שנויים במחלוקת, ככל שישנם, הסכום שנקבע בפשרה, הסכום לתשלום והפער בין הסכום שנקבע בפשרה ובין הסכום לתשלום, ככל שקיים פער כאמור.
- ד. כל עוד לא אישר המבוטח את הודעת הפשרה בכתב, היא לא תחייב את הצדדים.
- ה. אישר המבוטח את הודעת הפשרה, תפעל החברה לתשלום תגמולי הביטוח בהתאם לאמור בסעיף 16(ד), בשינויים המחויבים.

18. הודעת דחייה

- א. החליטה חברת ביטוח לדחות את תביעת המבוטח, תמסור למבוטח הודעה בכתב (להלן - **הודעת דחייה**) ותנמק את החלטתה. הודעת הדחייה תכלול את שם המבוטח ושם הפוליסה ומספרה.
- ב. נימוקי דחיה יכללו פירוט בדבר העובדות שנלקחו בחשבון במסגרת ההחלטה לדחות את התביעה ואת תנאי הפוליסה, התניה או הסייג שנקבעו במועד ההצטרפות או במועד חידוש הכיסוי הביטוחי, או הוראות הדין, אשר בשלם נדחת התביעה, ככל שהדחייה נסמכת עליהם.
- ג. הודעת דחיה תכלול התייחסות לחוות דעת רופא מומחה שהוגשה מטעם המבוטח, ככל שהוגשה, תוך מתן הסבר מפורט מדוע הוחלט שלא לקבל את האמור בה.
- ד. ככל שההחלטה לדחות את התביעה התבססה על מסמכים כלשהם, לרבות חוות דעת רופא מומחה, חברת הביטוח תצרף אותם להודעת הדחייה ותסמן את החלק במסמך עליו היא מתבססת לצורך החלטתה.
- ה. במסגרת הודעת הדחייה למבוטח תפרט חברת הביטוח את הסדרי התשלום לצורך שמירה על הכיסוי הביטוחי.
- ו. חברת ביטוח לא תדחה תביעה רק מהטעם שגוף מוסדי אחר או המוסד לביטוח לאומי דחה את התביעה הנובעת מאותן נסיבות מבלי שבחנה בעצמה, את הממצאים שעליהם מבוססת התביעה.

19. דחיית תביעה בטענה לאי גילוי

- א. חברת ביטוח לא תדחה תביעה בטענה לאי גילוי רפואי, אם לא צירפה להודעת הדחייה את המסמכים הרפואיים המעידים על הבעיות הרפואיות שמהם סבל המבוטח בטרם הצטרפותו לביטוח אותם לטענת החברה הוא לא גילה.
 - ב. ביקשה חברת ביטוח לדחות את התביעה בטענה לאי גילוי, תפרט במפורש את עילת הדחיה ולא תסתפק בציטוט סעיפי החוק הרלוונטיים.
 - ג. מקום שבו טוענת חברת הביטוח כי המבוטח הפר את חובת הגילוי, על פי סעיף 6(א) לחוק חוזה הביטוח, תצרף להודעת הדחייה את השאלות המפורשות עליהן ענה המבוטח בכתב ותסמן את השאלות עליהן הוא השיב לכאורה תשובה שאינה מלאה וכנה.
 - ד. חברת ביטוח לא תדחה תביעה בטענת אי גילוי:
- 1) אודות מצב רפואי מסוים, אשר לא הוצגה שאלה מפורשת בעניינו, אך המבוטח נשאל אודות סוג מחלות מסוים או מצבים רפואיים מסוימים, שהמצב הרפואי לגביו נטען אי גילוי קשור אליהם,

והוא השיב בחיוב לשאלה או סיפק מידע שנוגע למחלות או למצבים רפואיים שקשורים לאותם מחלות או מצבים רפואיים.

2) אודות מצב רפואי מסוים, אם מבוטח לא השיב לשאלה שנשאל ביחס לאותו מצב רפואי באופן מלא או חלקי, לרבות אי מילוי תשובה בשאלון.

3) אם המידע הרפואי, בעת הצירוף לביטוח, לא נמסר על ידי המבוטח עצמו, למעט מידע שנמסר על ידי מומחה מטעם המבוטח, או על ידי הורה או אפוטרופוס של מבוטח שצורף לביטוח כשהיה קטין או פסול דין.

יובהר כי אין באמור בסעיפים (1) ועד (3) כדי למנוע מחברת ביטוח לטעון אי גילוי בכוונת מרמה. ה. מקום בו טוענת חברת הביטוח כי המבוטח הפר את חובת הגילוי בכוונת מרמה, על פי סעיף 6(ג) לחוק חוזה הביטוח, תפרט ותנמק החברה בהודעת הדחיה את קיומם של התנאים האמורים בסעיף 6(ג) לחוק חוזה ביטוח.

20. דחיית תביעה בשל יכולת המבוטח לעסוק בעיסוק סביר אחר

חברת ביטוח לא תדחה תביעה המתבססת על חוות דעת הקובעת כי יכולתו התעסוקתית של המבוטח לא נפגעה עקב מקרה הביטוח, אלא בהתאם להוראות הבאות:

א. חברת הביטוח תפרט בהודעת הדחייה את העיסוקים הסבירים האחרים שבהם יכול המבוטח לעסוק ותפרט את הזיקה הקיימת בין העיסוק הסביר המוצע לבין עיסוקו של המבוטח לפני קרות מקרה הביטוח, לרבות כיצד העיסוק הסביר המוצע הולם את השכלתו, הכשרתו וניסיונו של המבוטח טרם מקרה הביטוח.

ב. חברת הביטוח לא תדחה את המבוטח בשל עיסוק סביר נדיר, שאינו זמין או שאינו קיים, כך שלא קיים סיכוי סביר למבוטח למצוא עבודה במסגרתו.

ג. חברת הביטוח לא תציע למבוטח עיסוק סביר אחר של ניהול, הדרכה או פיקוח באותו תחום בו עסק המבוטח לפני קרות מקרה הביטוח, אלא אם קיימת אינדיקציה כי המבוטח עסק בניהול, הדרכה או פיקוח באופן משמעותי גם לפני קרות מקרה הביטוח.

21. תום תקופת הזכאות לתגמולי ביטוח ותביעת המשך

א. חברת ביטוח תודיע למבוטח על הגעתו למועד תום תקופת הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה, ותפרט בהודעה את האפשרויות העומדות בפניו להגשת תביעת המשך להארכת תקופת הזכאות. בהודעה כאמור תפרט חברת הביטוח את המסמכים הרפואיים הנדרשים מהמבוטח להגשת תביעת המשך.

ב. הודעה כאמור בסעיף קטן (א) תישלח למבוטח 60 ימים לפני תום תקופת הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה. הייתה תקופת הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח שאושרה על ידי חברת הביטוח קצרה מ-60 ימים או שתקופת הזכאות שנותרה במועד אישור התביעה לקבלת תגמולי ביטוח קצרה מ-60 ימים, תינתן ההודעה לפי סעיף קטן (א) עם אישור התביעה ותשלום תגמולי ביטוח.

ג. יראו בתביעת המשך כתביעה לעניין חוזר זה.

22. בדיקה מחודשת של זכאות

א. חברת ביטוח רשאית לבחון מחדש את זכאותו של מבוטח לקבלת תגמולי ביטוח בהתאם לתנאי הפוליסה, ובלבד שבחינה כאמור תיערך בשל עדות לשינוי במצבו הרפואי של המבוטח.

ב. חברת ביטוח לא תבצע בחינה מחודשת של זכאותו של מבוטח בטרם חלפו 60 יום מההחלטה האחרונה שקיבלה החברה בעניינו של המבוטח.

- ג. חברת ביטוח לא תקטין ולא תפסיק תגמולי ביטוח בעקבות בדיקה מחודשת של זכאות, אלא בהתאם לכללים שנקבעו לכך בפוליסה, ולאחר שהודיעה למבוטח כי בכוונתה להקטין או להפסיק את התשלומים (להלן - **הודעת שינוי**). הודעת שינוי כאמור, תימסר למבוטח לפחות חמישה עשר ימים לפני מועד הקטנת או הפסקת התשלומים, ובכל מקרה לא לפני שממצאי הבדיקה שנעשתה לפי הוראות סעיף קטן (א) הראו כי יש להקטין או להפסיק את התשלומים. למען הסר ספק, אין באמור בפסקה זו כדי לגרוע מזכותה של חברת הביטוח לדרוש השבת סכומים בגין תשלומים ששולמו ביתר טרם המועד האמור.
- ד. הודעת שינוי תכלול את כל הנימוקים המונחים ביסוד החלטת חברת הביטוח להקטין או להפסיק את תשלום תגמולי הביטוח, ויחולו עליה ההוראות לעניין הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה, לפי העניין, בשינויים המחויבים.

23. הודעה בדבר התיישנות תביעה

- א. הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי והודעת דחייה תכלול פסקה אשר בה תצוין בהבלטה מיוחדת תקופת התיישנות התביעה בהתאם להוראות הדין הרלוונטיות, וכן יצוין כי ככלל, הגשת התביעה לחברת הביטוח, אינה עוצרת את מרוץ ההתיישנות וכי רק הגשת תביעה לבית משפט עוצרת את מרוץ ההתיישנות (להלן - **פסקת התיישנות**).
- ב. כל הודעה הנשלחת למבוטח בנוגע לתביעה במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות התביעה תכלול את פסקת ההתיישנות, את מועד קרות מקרה הביטוח וכן יצוין בה כי מרוץ ההתיישנות החל במועד קרות מקרה הביטוח.
- ג. לא כללה חברת הביטוח פסקת התיישנות בהודעה לפי סעיף קטן (א) שנשלחה למבוטח שלא במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות יראוה כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין המועד הראשון שבו היה עליה לתת הודעה ובה פסקת התיישנות לבין המועד שבו ניתנה בפועל הודעה ובה פסקת התיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת חברת הביטוח בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה של חברת הביטוח.
- ד. לא כללה חברת הביטוח פסקת התיישנות בהודעה לפי סעיף קטן (א) שנשלחה למבוטח במהלך השנה שקדמה למועד הצפוי להתיישנות - יראוה כמי שהסכימה שתקופת הזמן שבין מועד שליחת ההודעה הראשונה בשנה האמורה לבין המועד שבו שלחה הודעה שבה כללה פסקת התיישנות ואת מועד ההתיישנות, לא תובא במניין תקופת ההתיישנות. הסכמת חברת הביטוח בפסקה זו, תחול רק לגבי ההפרה הראשונה של חברת הביטוח במהלך השנה שקדמה למועד ההתיישנות.

24. הודעה בעניין זכות השגה על החלטה

- הודעת תשלום, הודעת תשלום חלקי או הודעת דחייה תכלול פסקה המציינת בהבלטה מיוחדת את זכויות המבוטח הבאות:
- א. להגיש ערעור על החלטת רופא החברה והוועדה הרפואית וכן אופן הגשת הערעור והמועדים הרלוונטיים, בהתאם להוראות חוזר זה;
- ב. להגיש השגה על החלטת חברת הביטוח בתביעה בפני הממונה על פניות ציבור של הגוף המוסדי, תוך ציון פרטי הממונה והאופן שבו ניתן לפנות אליו;
- ג. להגיש השגה בכל שלב על החלטת חברת הביטוח בתביעה בפני גורמים נוספים, ובכלל זה בפני ערכאה שיפוטית או בפני הממונה על שוק ההון, ביטוח וחסכון.

25. חוב לחברת הביטוח

חברת הביטוח תברר ותיישב תביעה אף אם קיים למבוטח, בעת הגשת התביעה, חוב לחברת הביטוח, ותהיה רשאית לקזז מתגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח חוב כאמור, והכל בכפוף להוראות הדין שנוגעות לעניין.

26. פרסום, הגשה ומעקב אחר מהלך בירור התביעה

א. חברת הביטוח תציג באתר האינטרנט שלה, באופן זמין ובולט, את מערכת הכללים ואת המסמכים המפורטים בסעיף 7(א).

ב. חברת הביטוח תאפשר למבוטח להגיש את התביעה ומסמכים בקשר אליה, לכל הפחות, באמצעות:

(1) דואר;

(2) פקס;

(3) תיבת מייל ייעודי;

(4) באזור האישי;

(5) מערכת ממוכנת להגשת תביעות, אשר תכלול פירוט מובנה של סט המסמכים או הנתונים

הנדרשים לצורך טיפול בתביעה ואשר באמצעותה יוכל המבוטח לצרף את המסמכים

הנדרשים לצורך המשך הטיפול בתביעה.

ג. חברת ביטוח תאפשר למבוטח לעקוב אחר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה גם באמצעים דיגיטליים.

ד. משלוח הודעות בדבר מהלך בירור התביעה ותוצאותיה על פי הוראות חוזר זה יישלחו למבוטח על ידי

חברת הביטוח גם באמצעי דיגיטלי וגם באמצעות הדואר, אלא אם ביקש המבוטח אחרת.

27. שמירת מידע ומסמכים

א. חברת הביטוח תשמור את כל המידע והמסמכים הנוגעים לתביעה לרבות התכתבויות פנימיות, למשך

תקופה של לפחות שבע שנים ממועד היישוב הסופי של התביעה או מהמועד שבו חדל המבוטח להיות

מבוטח בחברה, לפי המאוחר מבניהם.

ב. חברת ביטוח תשמור ביחס לכל תביעה תקציר הכולל את שם המבוטח, סוג ומהדורת הפוליסה, מספר

הפוליסה, מועד תחילת ביטוח ומועד סוף ביטוח, מספר התביעה, אופן ומועד היישוב הסופי של

התביעה (תשלום, תשלום חלקי, דחייה או פשרה).

בתשלום או בתשלום חלקי - יישמרו גם מועדי וסכומי כלל התשלומים, תקופת התשלום ומנגנון

ההצמדה.

28. מתן העתקים

א. חברת ביטוח תמסור למבוטח, לפי בקשתו, העתק מן הפוליסה, בתוך שלושה ימי עסקים ממועד קבלת

הבקשה.

ב. חברת ביטוח תמסור למבוטח, לפי בקשתו, העתקים בסדר כרונולוגי מכל מסמך אשר המבוטח חתום

עליו, מכל מסמך אשר מסר המבוטח לחברת הביטוח, או מכל מסמך אשר התקבל אצל חברת הביטוח

מכוח הסכמת המבוטח, בתוך שלושה ימי עסקים ממועד קבלת הבקשה.

29. תפקידי הדירקטוריון

- א. דירקטוריון חברת הביטוח יאשר מדיניות ביחס ליישוב תביעות ולמערכת הכללים בחברת הביטוח.
- ב. דירקטוריון חברת הביטוח ידון לפחות פעם בשנתיים במדיניות כאמור.

30. תפקידי ההנהלה

- א. הנהלת חברת הביטוח תאשר את מערכת הכללים ואת טבלת המועדים.
- ב. הנהלת חברת הביטוח תאשר כל שינוי במערכת הכללים, ובטבלת המועדים, לפחות חמישה עשר ימים לפני המועד שבו יכנס השינוי לתוקף.
- ג. הנהלת חברת הביטוח תגיש לדירקטוריון חברת הביטוח, בתוך 30 ימים מתום כל רבעון, דוח אודות התקדמות היערכות חברת הביטוח ליישום הוראות חוזר זה ברבעון שחלף.

31. דיווח שוטף וביקורת תקופתית

- חברת הביטוח תעביר לממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון, אחת לרבעון, דיווח בנוגע לאופן היישוב הסופי של התביעות שהוגשו לחברה במהלך אותה תקופה, לפי הסיווג המפורט להלן:
- א. תביעות שנתקבלה בהם הכרעה בתביעה (סעיפים 8-9 לעיל) –
 - (1) תביעות שאושרו – משך הזמן שחלף ממועד הגשת התביעה ועד לאישורה; שיעור אובדן כושר עבוד שהוכר למבוטח; תקופת הזכאות לתשלום תגמולי ביטוח; האם ניתנה חוות דעת רופא החברה; האם המבוטח הוזמן לבדיקה רפואית; האם ניתנה חוות דעת ספק שירותי ייעוץ רפואי וזהות הספק.
 - (2) בתביעות שנדחו – משך הזמן שחלף ממועד הגשת התביעה ועד לדחייתה, האם ניתנה חוות דעת רופא החברה; האם המבוטח הוזמן לבדיקה רפואית; האם ניתנה חוות דעת ספק שירותי ייעוץ רפואי; עילת הדחייה (רשימה סגורה): אי גילוי, התיישנות, פוליסה לא בתוקף במועד האירוע, תקופת המתנה, חריג כללי (לרבות פירוט החריג), חריג ספציפי (לרבות פירוט החריג), המבוטח יכול לעבוד בעיסוק סביר אחר, חקירה, המבוטח נפטר, המבוטח יכול לעבוד בעיסוקו.
 - ב. תביעות שהוגש בהן ערעור לוועדה הרפואית (סעיף 10 לעיל) – מספר תביעות שאושרו; מספר תביעות שנדחו; משך הזמן ממועד הגשת הערעור ועד למועד התכנסות הוועדה הרפואית; האם נערכה בדיקה פיזית למבוטח; זהות חברי הוועדה הרפואית; האם הוועדה כללה רופא מטעם המבוטח; שיעור אובדן כושר העבודה שהוכר למבוטח; תקופת הזכאות לתשלום תגמולי ביטוח.
 - ג. תביעות שהוגש בהן ערעור לוועדה הרפואית לערעורים (סעיף 11 לעיל) – מספר תביעות שאושרו; מספר תביעות שנדחו; משך הזמן ממועד הגשת הערעור ועד למועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים; מספר המקרים בהם נערכה בדיקה פיזית למבוטח; שיעור אובדן כושר העבודה שהוכר למבוטח; תקופת הזכאות לתשלום תגמולי ביטוח.

32. שמירת דינים

למען הסר ספק, מובהר בזאת כי –

- א. הוראות חוזר זה ומערכת כללים לפי חוזר זה מוסיפות על הוראות כל דין, לרבות ההוראות הקבועות בחוזרים אחרים, ואין בהן כדי לגרוע מהוראות כל דין כאמור;
- ב. אין בהוראות חוזר זה ומערכת כללים לפי חוזר זה כדי לגרוע מזכותו של המבוטח על פי כל דין, ובכלל זה זכותו לתבוע ריבית מיוחדת לפי סעיף 28א לחוק חוזה הביטוח או פיצוי לפי סעיף 108 לחוק הפיקוח על הביטוח.

33. תחולה

- א. הוראות חוזר זה יחולו על כל חברות הביטוח.
- ב. הוראות חוזר זה יחולו על תביעות אובדן כושר עבודה שהתקבלו בחברות הביטוח לאחר מועד התחילה.

34. תחילה

- א. תחילתו של חוזר זה ביום פרסומו.
- ב. על אף האמור בסעיף קטן (א), תחילתו של סעיף 26(ב)(5) ביום 1.1.2021.

ד"ר משה ברקת
הממונה על שוק ההון ביטוח וחיסכון

נספח א' - לוחות זמנים לטיפול בתביעות אובדן כושר עבודה

נושא	סעיף בחוזר	הפעולה	המועד או התקופה הקבועים בחוזר
תביעה לקבלת תגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה	7(א)	מסירת המסמכים הנדרשים בקשר להגשת התביעה	עד יום עסקים אחד מהמועד שבו התקבלה הפנייה
	7(ה)(2)	עדכון המבוטח בשיחה טלפונית על קבלת המסמכים ובקשת מידע נוסף לפי הצורך	עד 2 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	8(א)	פנייה לכל הגורמים הרלוונטיים לקביעת יכולתו התפקודית והתעסוקתית של המבוטח (לרבות חקירה ואיסוף תיק רפואי)	עד 2 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	8(ח)	הודעה בדבר תוצאות מהלך בירור התביעה	עד 20 ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים
	9(א)	פנייה טלפונית למבוטח לצורך קביעת מועד להתייצבות לבדיקה בפני רופא החברה	עד 3 ימי עסקים ממועד ההודעה של החברה על הצורך בהתייצבות לבדיקה רפואית
	9(ב)	מועד התייצבות לבדיקה בפני רופא החברה	עד 10 ימי עסקים ממועד הפניה הטלפונית למבוטח
	9(ה)	מסירת ההכרעה בתביעה לאחר בדיקה רפואית	עד 3 ימי עסקים ממועד התייצבות
ועדה רפואית	10(א)	הגשת ערעור	עד 90 ימים ממועד הכרעת החברה בתביעה
	10(ג)	הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	10(ד)	התכנסות הוועדה הרפואית	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	10(ז)	הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית	עד 3 ימים ממועד ההתכנסות
ועדה רפואית לערעורים	11(א)	הגשת ערעור	עד 90 ימים ממועד הודעת החברה על החלטת הוועדה הרפואית
	11(ג)	הודעה למבוטח על מועד התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 3 ימים ממועד קבלת הערעור
	11(ד)	התכנסות הוועדה הרפואית לערעורים	עד 21 ימים ממועד קבלת הערעור
	11(ז)	הודעה למבוטח על החלטת הוועדה הרפואית לערעורים	עד 3 ימים ממועד ההתכנסות

דברי הסבר

כללי

חוזר גופים מוסדיים 2016-9-9 שעניינו "בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור" (5.7.16) (להלן - **חוזר יישוב תביעות**) מסדיר את נושא יישוב תביעות של גופים מוסדיים.

במהלך השנים האחרונות ערכה רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון (להלן - **הרשות**) ביקורת על הליך בירור ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה בחברות הביטוח. ממצאי הביקורת העלו כי דרך פעולתן של חברות הביטוח במסגרת הליך בירור תביעות אובדן כושר עבודה, המחייב ביצוע הערכה של מצבו הרפואי ויכולתו התעסוקתית של המבוטח, אינו מאוזן ומקשה על מימוש זכויותיו של המבוטח לקבלת פיצוי אשר יהווה תחליף להכנסה מעבודה שהיה יכול לבצע אלמלא התאונה או המחלה שבעקבותיהן נשללה יכולתו להשתכר.

בעקבות ממצאי הביקורת עלה הצורך להסדיר את הליך יישוב תביעות אובדן כושר עבודה בחברות הביטוח באופן נפרד ופרטני, זאת נוכח המאפיינים המיוחדים הרלוונטיים לטיפול בתביעות מסוג זה, כפי שעלו במסגרת הביקורת.

סעיף 3 לחוזר

מוצע לקבוע בסעיף זה את העקרונות המנחים ליישוב תביעות בביטוח אובדן כושר עבודה החלים על חברת ביטוח, סוכן ביטוח או כל הפועל מטעמם במסגרת הליך יישוב התביעה. מטרת סעיף זה להבטיח כי הליך יישוב תביעות אובדן כושר עבודה יהיה מהיר, הגון ויצמצם את טרחתו של המבוטח, ככל הניתן.

סעיפים 4 ו-5 לחוזר

מוצע לקבוע הוראות שיחייבו את חברת הביטוח לקבוע מערכת כללים לבירור ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה, בדומה לקבוע בסעיף 4 לחוזר יישוב תביעות תוך ביצוע ההתאמות הנדרשות, ובשים לב ליתר הוראות החוזר המוצע שעניינו יישוב תביעות אובדן כושר עבודה בלבד. כמו כן, מוצע להסדיר את מעמד מערכת הכללים בדומה לקבוע בסעיף 5 לחוזר יישוב תביעות ולקבוע כי חברת ביטוח תשלח לממונה את מערכת הכללים.

סעיף 6 לחוזר

במסגרת הביקורת שערכה הרשות על הליך בירור ויישוב תביעות אובדן כושר עבודה בחברות הביטוח, נמצא כי לא קיים בכל חברות הביטוח נוהל הקובע את הכישורים הנדרשים לתפקיד מיישב תביעות אובדן כושר עבודה וכן אין נוהל המסדיר את הליך ההכשרה לתפקיד זה. היעדר קביעת נהלים כאמור עשוי להוביל לחוסר מקצועיות והוגנות ביישוב התביעה, להתמשכות הליכי בירור התביעה ולחוסר אחידות בין התביעות שהגישו מבוטחים שונים. לא רק זאת, אלא שנוכח מורכבות הטיפול בתביעות אובדן כושר עבודה, רמת המקצועיות הנדרשת והאחריות הרבה המוטלת על כתפי העוסקים ביישוב תביעות המכריעים בתביעות, ישנה חשיבות מכרעת לקביעת נהלים כאמור. לפיכך מוצע לקבוע כי חברת הביטוח תקבע נהלים ביחס לכישורים הנדרשים לתפקיד מיישב תביעות ולהליך ההכשרה לתפקיד זה.

סעיף 7 לחוזר

מוצע לקבוע הוראות שונות בעניין קבלת תביעה לתגמולי ביטוח אובדן כושר עבודה בחברת הביטוח. בסעיף מפורטים המסמכים שעל חברת הביטוח להעביר למבוטח אשר פנה אליה בקשר להגשת התביעה (לרבות

אם פנה אליה באמצעות הגשת תביעה), את המסמכים שחברת הביטוח יכולה לדרוש מהמבוטח לצורך בירור התביעה וכן לוחות הזמנים הרלוונטיים.

על מנת להבטיח כי הליך יישוב התביעה יהיה מהיר וענייני כאמור בעקרונות המנחים הקבועים בסעיף 3 לחוזר, מוצע לקבוע, בין היתר, כי חברת הביטוח לא תעכב או תפסיק את בירור התביעה בשל אי המצאת מסמכים המפורטים בסעיף קטן (ג)(3) – (ג)(8) אשר אינם נדרשים לצורך בירור התביעה כשלעצמה, אלא רק לאחר אישור התביעה.

כמו כן מוצע לקבוע כי חברת הביטוח תעדכן את המבוטח גם באמצעות הטלפון על קבלת המסמכים במלואם או תבהיר אלו מסמכים חסרים בתביעת המבוטח, וזאת על מנת לייעל ולזרז את הליך קבלת המסמכים על מנת שהחברה תוכל להתחיל את בירור התביעה ויישובה באופן מהיר.

סעיף 8 לחוזר

מוצע לקבוע הוראות שונות בעניין הליך בירור התביעה לתגמולי לביטוח אובדן כושר עבודה בחברת הביטוח, לרבות הסדרת הליך ההתייעצות עם רופא החברה, ואת לוחות הזמנים הרלוונטיים לכך. במסגרת הביקורת שערכה רשות שוק ההון נמצא כי הליך ההתייעצות שעורכת חברת הביטוח עם רופא החברה כחלק מבירור התביעה באשר למצבו הרפואי ויכולתו התעסוקתית של המבוטח, לוקה בחסר ואינו מתועד כיאות באופן שיש בו כדי לפגוע בזכותו של המבוטח להשיג על החלטת החברה בתביעה. בהקשר זה יצוין כי בחינת יכולתו התעסוקתית של המבוטח והכרעה בתביעה על סמך זה, מחייבת התייחסות והכרעה בשאלות רפואיות ותעסוקתיות, ועל כן הליך ההתייעצות עם רופא החברה כחלק משלבי בירור התביעה, הוא הכרחי ובעל חשיבות.

לאור האמור מוצע לקבוע בסעיף זה כחלק מבירור התביעה הליך התייעצות מסודר ומפורט עם רופא החברה, הכולל לוח זמנים קצוב. בנוסף, מוצע לקבוע כי החלטת רופא החברה תתועד במסגרת חוות דעת מפורטת ומנומקת אשר אף תצורף להודעת החברה למבוטח לגבי הכרעתה בתביעה. בנוסף, ככל שלא יהיה בידי רופא החברה להחליט במסגרת חוות דעתו באשר ליכולתו התעסוקתית של המבוטח בהסתמך רק על מסמכי התביעה, מוצע לאפשר לחברה להפנות את המבוטח לבדיקה רפואית לצורך המשך בירור התביעה ככל שנדרש.

עוד מוצע לקבוע כי החלטת החברה האם התביעה אושרה, נדחתה או שנדרשת התייצבות המבוטח לבדיקה רפואית, צריכה להינתן בתוך 20 ימים ממועד הודעה על קבלת מלוא המסמכים. זאת במטרה לייעל ולזרז את יישוב תביעות אובדן כושר עבודה, באופן שיטיב עם המובטחים.

סעיף 9 לחוזר

מוצע להסדיר את הליך ההתייצבות של המבוטח מול רופא החברה לצורך בדיקה רפואית הדרושה להמשך בירור מצבו הרפואי ובחינת יכולתו התעסוקתית לצורך הכרעה בתביעה.

מוצע לקבוע כי המועד להתייצבות לבדיקה בפני רופא החברה יהיה בסמוך למועד הודעת חברת הביטוח למבוטח על הצורך בבדיקתו הרפואית, ולא יאוחר מ- 10 ימים ממועד הפנייה הטלפונית של נציג החברה למבוטח, וזאת על מנת לצמצם את העיכוב במתן ההכרעה בתביעה.

לצורך סעיף זה, ועל מנת להקל על המבוטח, מוצע לקבוע כי את הבדיקה הרפואית יכול לבצע גם רופא מומחה הכלול ברשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי (רשימה של רופאים מומחים בפיזור גיאוגרפי נאות שאינם עובדים של חברת הביטוח) אשר ייבחר באקראי על ידי חברת הביטוח.

סעיף 10 לחוק

במסגרת הביקורת שערכה רשות שוק ההון עלה הצורך בהסדרת הליך ערעור במסגרתו יתאפשר למבוטח להשיג על ההכרעה של חברת הביטוח בתביעתו מול גורם חיצוני ובלתי תלוי, וכן עלה הצורך בקביעת לוחות הזמנים הדרושים לבירור הערעור.

לצורך בקביעת מנגנון ערעור כחלק מהליך יישוב תביעות אובדן כושר עבודה ישנה חשיבות רבה שכן מנגנון זה יבטיח הליך ישוב תביעות הוגן, יעיל, שקוף ומקצועי באמצעות מודל שיאפשר בירור אובייקטיבי של התביעה לטובת מיצוי זכויותיו של המבוטח, זאת בדומה למנגנון הערעור הקיים כיום בתביעות נכות בקרנות הפנסיה.

לאור האמור מוצע לקבוע הוראות שונות בעניין הליך הערעור ואת לוחות הזמנים הרלוונטיים. בין היתר, ועל מנת להבטיח שהליך בירור הערעור ייעשה בתום לב, בהוגנות ויהווה הזדמנות אובייקטיבית לבחינה מחודשת של התביעה, מוצע לקבוע כי הערעור יוגש לוועדה רפואית בלתי תלויה. ועדה זו תהיה מורכבת משני רופאים אשר ייבחרו על ידי חברת ביטוח באופן אקראי מתוך רשימת ספקי שירותי ייעוץ רפואי, אך לא תכלול את הרופא המומחה שנתן את חוות הדעת נשוא הערעור. בנוסף, למבוטח ישנה אפשרות למנות מומחה רפואי מטעמו שיהיה חלק מהוועדה הרפואית אשר חברת הביטוח תישא בעלות העסקתו, בנוסף לשני המומחים שנבחרו על ידי חברת הביטוח.

סעיף 11 לחוק

בהתאם למודל הערעור הקיים כיום בתביעות נכות בקרנות הפנסיה, מוצע לקבוע ערכאת ערעור נוספת – הוועדה הרפואית לערעורים – אליה יוכל המבוטח לפנות על מנת לערער על החלטת הוועדה הרפואית בעניינו. וועדה זו תהיה מרוכזת על ידי בית חולים בארץ המספק שירותים של ניהול וועדות רפואיות עליונות.

סעיף 12 לחוק

מוצע לקבוע חובה על חברת ביטוח לנהל רשימה של ספקי שירותי ייעוץ רפואי. מטרת ניהול רשימת ספקים זו היא יצירת מאגר רחב של רופאים מומחים אובייקטיביים שאינם עובדים של חברת הביטוח, מהם תוכל לבחור חברת הביטוח באופן אקראי רופא מומחה לצורך בירור התביעה או לצורך הוועדה הרפואית. בחירת הרופא מרשימת הספקים תיעשה באופן אקראי ומחזורי שיבטיח כי לא תהיה בכל עת העדפה כל שהיא בבחירת ספק מסוים על פני ספק אחר. הסעיף המוצע קובע מי ספקי השירות שיוכלו להיכלל ברשימה ומי לא, וכן כיצד יכולה חברת הביטוח להוציא ספק מרשימתה ובאילו נסיבות.

סעיף 13 לחוק

מוצע לקבוע הגבלות החלות על חברת ביטוח בקשר עם רופא מומחה. מטרת הוראות אלו למנוע ניגוד עניינים או יצירת תלות כלשהיא בין רופא המומחה לבין חברת הביטוח באופן שיש בו כדי לפגוע בהוגנות ובאובייקטיביות של הליך בירור התביעה.

סעיף 14 לחוק

כחלק מהליך בירור התביעה נדרשת חברת הביטוח לאיסוף מידע רפואי אודות המבוטח. לעיתים הליך איסוף החומר הרפואי אורך זמן רב המעכב את המשך בירור התביעה ומונע הכרעה בה תוך זמן סביר. לאור האמור מוצע לקבוע כי חברת הביטוח תקבע כללים מנחים לאיסוף החומר הרפואי מתיקיו הרפואיים של המבוטח במסגרתם ייקבעו הקריטריונים ו/או המצבים המצדיקים פניה לאיסוף החומר הרפואי.

סעיף 15 לחוזר

כחלק מהליך בירור התביעה משתמשת חברת הביטוח בשירותי חקירה לבדיקת יכולתו התעסוקתית של המבוטח. על מנת לוודא כי החקירה תעשה באופן הגון וענייני, מוצע לקבוע הוראות לעניין אופן ניהול החקירה.

בין היתר מוצע לקבוע כי חברת הביטוח תקבע כללים מנחים לעניין ביצוע חקירה, במסגרתם ייקבעו, בין היתר, גם הקריטריונים או המצבים המצדיקים ביצוע חקירה כאמור. בנוסף, מוצע לקבוע כי במקרה וחברת הביטוח דחתה את תביעת המבוטח בהסתמך על ממצאי החקירה, תצטרך להחלטתה את עיקרי ממצאי דו"ח החקירה ותציין גם את מועד ביצוע החקירה, מיקומה וכן תמונה מתוך החקירה ממנה ניתן יהיה לאמת את זהות המבוטח.

סעיף 16 לחוזר

הסעיף המוצע מפרט את המידע שעל חברת הביטוח לכלול במסגרת הודעת תשלום תגמולי הביטוח בתביעה שאושרה, לרבות במקרה של תשלום חלקי.

עוד מוצע לקבוע בסעיף זה הוראות לעניין אופן תשלום תגמולי הביטוח לידי המבוטח, וכן המועדים בהם על חברת הביטוח לבצע תשלום זה. על מנת להקל על הקושי הכלכלי של המבוטח המצוי באובדן כושר עבודה בשל העדר הכנסות בחודשים שקדמו למועד אישור התביעה, מוצע לקבוע כי התשלום הראשון לאחר אישור התביעה ישולם בתוך 15 ימים ממועד הודעת חברת הביטוח על אישור התביעה. יתר התשלומים השוטפים ישולמו בכל חודש עד ליום ה-3 של אותו חודש, בגין החודש הקודם.

סעיף 17 לחוזר

מוצע לקבוע הוראות לעניין הצעת פשרה בדומה לקבוע בסעיף 8(ד) לחוזר יישוב תביעות. מוצע לקבוע כי חברת ביטוח לא תציע למבוטח הצעת בלתי סבירה, לרבות הצעה שפוגעת במבוטח ביחס למצג העובדתי ולמידע הרפואי הנמצא בידי החברה במועד הגשת הצעה הפשרה. בנוסף, מוצע לקבוע כי חברת הביטוח תוכל למסור למבוטח הודעת פשרה לא יאוחר מ-20 יום ממועד קבלת המסמכים או ממועד הגשת הערעור, לפי העניין.

סעיף 18 לחוזר

הסעיף המוצע מפרט את המידע שעל חברת הביטוח לכלול במסגרת הודעת הדחייה של התביעה. בין היתר מוצע לקבוע את חובתה של החברה לנמק את החלטתה לדחות את התביעה, תוך צירוף כל המסמכים הרלוונטיים, לרבות חוות דעת רופא מומחה, עליהם הסתמכה, וכן תכלול התייחסות לחוות דעת מומחה מטעם המבוטח ככל שהוגשה.

סעיף 19 לחוזר

מוצע לקבוע בסעיף הוראות בעניין השימוש בטענת אי גילוי באופן שאינו פוגע במבוטח ובהתאם לאמור בחוק חוזה ביטוח. בין היתר מוצע להורות לחברת הביטוח, המבקשת לדחות תביעה בטענת אי גילוי רפואי, שתעביר למבוטח את המסמכים הרפואיים המעידים על הבעיות הרפואיות מהן סבל המבוטח בטרם הצטרפותו לביטוח אותם לטענת החברה לא גילה. בנוסף מוצע לקבוע כי חברת הביטוח תצטרך את השאלות המפורשות עליהן לטענת החברה השיב המבוטח בכתב תשובה שאינה מלאה וכנה. במקרה שבו טוענת החברה לאי גילוי במרמה, תפרט ותנמק חברת הביטוח במסגרת הודעת הדחייה את קיומם של התנאים האמורים בסעיף 6(ג) לחוק חוזה ביטוח.

סעיף 20 לחוזר

מוצע לקבוע הוראות לגבי חברת הביטוח המבקשת לדחות תביעה בשל הטענה כי יכולתו התעסוקתית של המבוטח לא נפגעה עקב מקרה הביטוח.

במסגרת הביקורת שערכה הרשות לגבי תביעות שנדחו בטענה שהמבוטח יכול להמשיך לעסוק ב"עיסוק סביר אחר", נמצא כי בחינת יכולתו התעסוקתית של המבוטח בתביעות אלו לוקה בחסר ואינה מביאה לידי ביטוי את הצורך להתאים את ה"עיסוק הסביר האחר" לניסיון, להכשרה ולהשכלה של המבוטח לפני קרות מקרה הביטוח, באופן שעולה בקנה אחד עם מכלול ההקשרים התעסוקתיים של המבוטח ומהווה עיסוק חלופי שווה ערך לעיסוקו הקודם. הדבר מעלה חשש לפגיעה בתכלית הסוציאלית של הגדרת מקרה הביטוח העומדת בבסיס קיומה של פוליסת אובדן כושר עבודה המהווה חלק הכנסה למקרה בו נפגעה יכולתו של המבוטח לעבוד.

לאור האמור נמצא שיש צורך לקבוע במסגרת חוזר זה "כללי אצבע" נוספים שיסייעו לבחינת יכולתו התעסוקתית של המבוטח.

לפיכך מוצע לקבוע, בין היתר, כי חברת הביטוח לא תוכל להציע למבוטח עיסוק סביר נדיר שאינו זמין או אינו קיים, כך שלמבוטח לא קיים סיכוי סביר למצוא עבודה במסגרתו. כמו כן מוצע לקבוע כי חברת הביטוח לא תציע למבוטח עיסוק סביר אחר של ניהול, פיקוח או הדרכה באותו תחום בו עסק המבוטח לפני קרות מקרה הביטוח, אלא אם קיימת אינדיקציה כי המבוטח עסק בניהול, פיקוח או הדרכה באופן משמעותי גם לפני קרות מקרה הביטוח.

סעיף 21 לחוזר

בהתאם למודל הקיים בתביעות נכות בקרנות הפנסיה, מוצע לקבוע בסעיף זה הוראות בעניין הגשת תביעת המשך בתום תקופת הזכאות לתגמולי ביטוח, ואת החובות המוטלות על חברת הביטוח כלפי המבוטח בקשר לכך. בין היתר מוצע לקבוע כי חברת הביטוח תשלח למבוטח הודעה על הגעתו למועד תום תקופת הזכאות לקבלת תגמולי ביטוח 60 יום לפני תום תקופת הזכאות לתגמולי ביטוח, ואף תפרט בהודעה זו את האפשרויות העומדות בפניו להגיש תביעת המשך להארכת תקופת הזכאות. למען הסר ספק, גם על תביעת ההמשך יחולו הוראות חוזר זה.

סעיף 22 לחוזר

מוצע לקבוע הוראות לעניין בדיקת זכאות מחודשת בדומה לקבוע בסעיף 8(ט) לחוזר יישוב תביעות תוך ביצוע ההתאמות הנדרשות. במסגרת הסעיף מוצע להגביל את זכותה של חברת הביטוח לבחון מחדש את זכאותו של המבוטח לקבלת תגמולי ביטוח, כך שבחינה כאמור תיערך רק בשל עדות לשינוי במצבו הרפואי של המבוטח. כמו כן, מוצע לקבוע כי חברת ביטוח לא תוכל לבצע בחינה מחודשת של זכאותו של המבוטח בטרם חלפו 60 ימים מההחלטה האחרונה של חברת הביטוח בעניינו. כל זאת נועד להקל על המבוטח ולמנוע מחברת הביטוח לזמנו לבדיקות רפואית בתדירות גבוהה ושלא לצורך.

סעיף 23 לחוזר

מוצע לקבוע הוראות בעניין חובת חברת הביטוח ליידע את המבוטח על תקופת התיישנות התביעה, בהתאם להוראות סעיף 8(ז) לחוזר יישוב תביעות. זאת על מנת לשקף ולהבהיר למבוטח את סד הזמנים הקיים בכדי שיוכל למצות את זכותו להגיש תביעה כדין.

סעיף 24 לחוזר

מוצע לקבוע הוראות בעניין חובת חברת הביטוח ליידע את המבוטח על אפשרויות העומדות בפניו להשיג או לערער על ההכרעה בתביעה, בהתאם להוראות סעיף 8(ח) לחוזר יישוב תביעות. זאת על מנת להבהיר למבוטח את האפשרויות העומדות בפניו למיצוי זכויותיו. יובהר, כי אין באפשרות המבוטח להגיש ערעור על החלטת רופא החברה והוועדה הרפואית בכדי לפגוע בזכותו של המבוטח להגיש תביעה בפני ערכאה שיפוטית או פניית ציבור לממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון בכל שלב ובכפוף לכל דין.

סעיף 25 לחוזר

מוצע לקבוע, בהתאם להוראות סעיף 5 לנספח ב' לחוזר יישוב תביעות, כי חברת הביטוח לא תוכל לעכב בירור ויישוב תביעה אף אם קיים למבוטח, במועד הגשת התביעה, חוב לחברת הביטוח. ואולם, חברת הביטוח תהיה רשאית לקזז מתגמולי הביטוח להם יהיה זכאי המבוטח חוב כאמור, והכל בכפוף להוראות הדין.

סעיף 26 לחוזר

מוצע לקבוע כי חלה על חברת הביטוח חובה לפרסם באופן זמין ובולט, באתר האינטרנט שלה את המסמכים הרלוונטיים להגשת תביעה לאובדן כושר עבודה, כמפורט בסעיף 7(א) לחוזר, וזאת על מנת לאפשר למבוטח לקבל את מלוא המידע הדרוש בקשר עם הגשת תביעה באופן נגיש וזמין. בנוסף על מנת לייעל את הליך הגשת התביעה מחד ולצמצם את הטרחה של המבוטח מאידך, מוצע לקבוע כי חברת הביטוח תאפשר הגשת תביעה באופנים שונים, לרבות ה"אזור האישי" של המבוטח באתר האינטרנט של החברה. בהתאם לכך אף מוצע כי בעוד שנה ממועד פרסומו של חוזר זה תאפשר חברת הביטוח גם הגשת תביעה באפן דיגיטלי באמצעות מערכת ממוכנת להגשת תביעות. עוד מוצע לקבוע כי חברת הביטוח תאפשר למבוטח לעקוב אחרי מהלך בירור התביעה ותוצאותיה גם באמצעים דיגיטליים, על מנת שהמבוטח יכול לקבל מידע באשר לסטטוס התביעה שהגיש באופן נגיש וזמין.

סעיף 27 לחוזר

מוצע לפרט את המידע והמסמכים בקשר לתביעה שעל חברת הביטוח לשמור למשך תקופה של שבע שנים ממועד היישוב הסופי של התביעה או מהמועד בו חדל המבוטח להיות מבוטח בחברה, בהתאם לקבוע בסעיף 9 לחוזר יישוב תביעות.

סעיף 28 לחוזר

מוצע לקבוע הוראות לעניין חובתה של חברת הביטוח למסור למבוטח, לפי בקשתו, העתקים מהפוליסה או ממסכים אחרים שביקש, בהתאם לקבוע בסעיף 8(טו) לחוזר יישוב תביעות. במסגרת הסעיף מוצע לקצר את לוחות הזמנים למסירת ההעתקים לשלושה ימים, על מנת להתאים ללוחות הזמנים הקבועים בחוזר זה.

סעיף 29 לחוזר

מוצע להטיל חובה על דירקטוריון חברת הביטוח לאשר מדיניות ביחס ליישוב תביעות אובדן כושר עבודה ולמערכת הכללים, בהתאם לקבוע בסעיף 10 לחוזר יישוב תביעות.

סעיף 30 לחוזר

מוצע לקבוע הוראות החלות על הנהלת חברת הביטוח בנוגע לאישור מערכת הכללים וטבלת המועדים בהתאם לקבוע בסעיף 11 לחוזר יישוב תביעות.

סעיף 31 לחוזר

במסגרת הביקורת שערכה הרשות נמצאו ליקויים בהליך יישוב תביעות אובדן כושר עבודה. ליקויים אלו מעלים את הצורך בהליכי בקרה ופיקוח על אופן יישום הוראות החוזר המוצע. לפיכך מוצע לקבוע כי חברת הביטוח תעביר דיווח שוטף לרשות שיכלול מידע ונתונים רלוונטיים בנוגע לאופן יישוב הסופי של התביעות שהוגשו לחברה במהלך אותה תקופה.

סעיף 32 לחוזר

מוצע לקבוע כי אין באמור בחוזר זה כדי לגרוע מהוראות כל דין, לרבות הוראות הקבועות בהוראות חוזרים אחרים. בהקשר זה יצוין כי חוזר יישוב תביעות תוקן כך שהוא לא יחול על תביעות אובדן כושר עבודה.