

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

4.....	הגדרות
8.....	חובות חברת ביטוח טרם השקת תכנית ביטוח בריאות והוראות לתכנית ביטוח בריאות ולפוליסת ביטוח בריאות
8.....	1. הנהגת תכנית ביטוח בריאות או שינוי תכנית ביטוח בריאות
8.....	1.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי)
14.....	1.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט
20.....	1.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי
25.....	2. הוראות לתכנית ולפוליסת ביטוח בריאות (תנאים בפוליסת ביטוח בריאות)
25.....	2.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי)
36.....	2.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט
38.....	2.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי
32.....	חובות חברת ביטוח בעת התקשרות עם מבוטח בפוליסת ביטוח בריאות
42.....	3. הוראות בעת התקשרות עם מבוטח בפוליסת ביטוח בריאות
42.....	3.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי)
47.....	3.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט
52.....	3.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי
55.....	חובות חברת ביטוח בתקופת תוקפה של פוליסת ביטוח בריאות
55.....	4. הוראות בתקופת תוקפו של חוזה ביטוח בריאות
55.....	4.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי)
60.....	4.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט
69.....	4.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי
73.....	חובות חברת ביטוח בעת טיפול בתביעה ובעת ביטול פוליסת ביטוח בריאות
73.....	5. הוראות בעת טיפול בתביעה בחוזה ביטוח בריאות
73.....	5.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי)
81.....	5.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט
81.....	5.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי
83.....	6. הוראות בעת ביטול חוזה ביטוח בריאות
83.....	6.1. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות
83.....	6.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט
84.....	6.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי
86.....	נספחים
86.....	נספח 6.3.1.1 - דוגמה לחישובי החשיפה
87.....	נספח 6.3.1.2 - דוגמה לקביעת תאריך תחילת הביטוח עבור המבוטח
88.....	נספח 6.3.3.1 - גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות
92.....	נספח א.6.3.3.1 - שאלון החלפה/שינוי בפוליסה – פוליסות לביטוח בריאות
93.....	נספח ב.6.3.3.1 - מסמך ההשוואה – פוליסות לביטוח בריאות
96.....	נספח ג.6.3.3.1 - יפוי כח לשם קבלת מידע בגין ביטוחים על שמי אצלכם
97.....	נספח ד.6.3.3.1 - טופס אחיד להמצאת נתונים לשם מילוי מסמך ההשוואה
99.....	נספח 6.3.3.2 - גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי
105.....	נספח 6.3.4.1 - דוח שנתי למבוטח

נספח 6.3.4.2 - הנחיות בדבר אופן עריכת הדוח השנתי	111
נספח 6.3.4.3 - מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי	112
נספח 6.3.4.4 - עדכונים בהגדרות של מחלות בתכניות לביטוח מחלות קשות	113
נספח 6.3.4.5 - הצהרה בנוגע לרכישת פוליסה לביטוח סיעודי עם תקופת המתנה	118
עמדות הממונה על שוק ההון	122
עמדה מס' 1	128
כיסוי ביטוחי לתרופות מצילות חיים ומאריכות חיים במסגרת תכניות לביטוח בריאות קבוצתי לחברי קופות החולים - הבהרה	128
עמדה מס' 2	130
ביטול פוליסה לביטוח תאונות אישיות - הבהרה	130
עמדה מס' 3	131
פוליסות פרט הכוללות כיסוי לניתוחים בישראל בפרמיה קבועה - הבהרה	131
עמדה מס' 4	132
מתן כיסוי ביטוחי לתרופות במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים - הבהרה	132
עמדה מס' 5	133

הגדרות

מונח	הגדרה
אמצעי דיגיטלי	כתובת דואר אלקטרוני או מסרון למספר טלפון נייד, ככל שמספר הטלפון הנייד מקבל הודעות טקסט;
בגיר	מבוטח שהגיע לגיל בגרות בהתאם להוראות הפוליסה או שהגיע לגיל 25 המוקדם מביניהם
ביטוח סיעודי לחברי קופ"ח²	כהגדרתו בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;
ביטוח סיעודי קבוצתי³	ביטוח שעורך בעל פוליסה עבור חבריו, למעט בעל פוליסה שהוא קופת חולים;
בן משפחה קרוב⁴	לרבות בן או בת זוג של מבוטח, הוריו, ילדיו, אחיו, סבו, סבתו, נכדיו;
גבול אחריות⁵	סכום הכיסוי המקסימלי אותו מתחייבת חברת ביטוח לשלם למבוטח בקרות מקרה ביטוח בהתאם לתנאי הביטוח;
גורם משווק⁶	סוכן ביטוח המשווק ביטוח או חברת ביטוח המשווקת ביטוח ללא מעורבות סוכן ביטוח;
הצטרפות לראשונה לביטוח⁷	הצטרפות מבוטח לביטוח סיעודי קבוצתי כלשהו, ששווק לראשונה או חודש לראשונה אחרי 1 בספטמבר 2017, אשר החל ממנה הוא מבוטח ברצף;
השתלה⁸	כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2022;
זכות המשכיות לפוליסת פרט	כמשמעותה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;

² מקור: מתוך חוזר 416-2015 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 ביטוח סיעודי" שתחילתו על תוכניות שישווקו החל מיום 1 ינואר 2019 על תוכניות שישווקו החל;

³ מקור: מתוך חוזר 8-2017 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1 עד 6 - תיקונים לגבי ביטוח סיעודי" (מיום 21.5.2017) שתחילתו ביום 1 בספטמבר 2017;

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

⁵ מקור: מתוך חוזר 26-2016 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 3 ו-4 - ביטוח נסיעות לחו"ל (מיום 1.1.2017);

⁶ מקור: מתוך חוזר 9-2022 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות (מיום 28.3.2022); תחילה - 1 באוקטובר 2023

⁷ מקור: מתוך חוזר 8-2017 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1 עד 6 - תיקונים לגבי ביטוח סיעודי" (מיום 21.5.2017) תחילה - 1 בספטמבר 2017;

⁸ מקור: מתוך חוזר 9-2022 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות (מיום 28.3.2022); תחילה - 1 באוקטובר 2023

חבילה ⁹	מספר תכניות לביטוח בריאות המשווקות ביחד.
חשבון אישי מקוון	חשבון פרטי של מבוטח באתר האינטרנט של גוף מוסדי שבו מקבל הלקוח שירותי אחזור מידע, בהתאם להוראות חוזר ביטוח 6-1-2016, בנושא "אחזור מידע אישי", מיום 23 במאי 2016 ;
כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' ¹⁰	כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל ;
כיסוי ביטוחי משלים שב"ן ¹¹	תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תכנית שמתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים ;
מבטח ראשי	מי שהתקשר עם מבטח בחוזה ביטוח עבורו וגם עבור משפחתו
מבטח זכאי	כהגדרתו בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015 ;
מחלה קשה ¹²	מחלה קשה, אירוע רפואי חמור או פרוצדורה רפואית משמעותית, שנהוג לכסותם בביטוח מסוג מחלות קשות ;
מצב רפואי קודם בביטוח נסיעות לחו"ל ¹³	מחלה שבשלה היה המבוטח בטיפול או בהשגחה בעת צאתו לחוץ לארץ או במשך ששת החדשים שקדמו לצאתו, ולמעט כאשר קבלת הטיפול היתה מטרת הנסיעה ;
משפחה גרעינית ¹⁴	בן או בת זוג של מבוטח וילדי כל אחד מהם ;
ניתוח	כהגדרתו בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל), התשפ"ב-2022 ;
סל טיפולים ¹⁵	לעניין ביטוחי שיניים -

⁹ מקור : חוזר 19-1-2015 "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט" ;

¹⁰ מקור : חוזר 6-1-2007 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" ;

¹¹ מקור : חוזר 6-1-2007 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" ;

¹² מקור : חוזר 6-1-2013 " עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות" ;

¹³ 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) ;

¹⁴ 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) ;

¹⁵ חוזר 4-1-2012 "ביטוח 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);	
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;	עלייה או שינוי בדמי הביטוח¹⁶
סכום הביטוח שבתוקף לאחר הפסקת תשלומי הפרמיה, הנגזר מהרזרבה שנצברה למבוטח מסוים;	ערך מסולק¹⁷
סכום כספי שהמבוטח זכאי לו בעת ביטול הפוליסה, הנגזר מהרזרבה שנצברה לזכותו באותו מועד;	ערך פדיון¹⁸
פוליסת ביטוח בריאות כמשמעותה בסעיף (א) שבסימן א' בפרק 1.1.1 א - הוראות לחלק מהענפים;	פוליסת בריאות בסיסית¹⁹
פוליסת ביטוח בריאות המרחיבה את הכיסוי של אחת מהתכניות המרכיבות את הרובד הראשון, השני או החמישי כמשמעותם בסעיפים (א), (ב) ו- (ה) שבסימן א' בפרק 1.1.1 א - הוראות לחלק מהענפים;	פוליסת הרחבה²⁰
אחת מתכניות הביטוח המפורטות בסעיף (ד) שבסימן א' בפרק 1.1.1 א - הוראות לחלק מהענפים;	פוליסת בריאות נוספת
כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;	פוליסה מזכה אחרונה
כמשמעותה בסעיף 11(א) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;	פוליסת המשך
פעולות יומיומיות (Activities of Daily Living) המפורטות בפסקת משנה (א)(1) בסעיף קטן 2.1.6;	פעולות ADL²¹

¹⁶ מקור: חוזר 2015-1-19 "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט";

¹⁷ חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי";

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

¹⁹ מקור: מתוך חוזר 2022-1-9 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות (מיום 28.3.2022); תחילה - 1 באוקטובר 2023

²⁰ מקור: מתוך חוזר 2022-1-14 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות (מיום 20.9.2022); תחילה - 1 באוקטובר 2023

²¹ מקור: חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי";

פרמיה מוגדלת²²	פרמיה המשתנה לאורך תקופת הביטוח לפי גיל המבוטח, כאשר שיעור השינוי בפרמיה בין שנים עוקבות אינו עולה על 4%, טרם הצמדתה למדד;
פרמיה קבועה²³	פרמיה שאינה משתנה לאורך תקופת הביטוח לפי גיל המבוטח, למעט שינוי הנובע מהצמדתה למדד;
קרן המבוטחים	כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;
רובד בסיסי²⁴	כהגדרתו בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;
רובד מורחב	כהגדרתו בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;
רצף ביטוחי²⁵	צירוף לביטוח ללא בחינה מחדשת של מצב רפואי וללא תקופת אכשרה;
שתל	כהגדרתו בתקנות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לניתוחים וטיפול מוחליפי ניתוח בישראל), התשע"ה-2015;
תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך נקוב²⁶	תקרת שיפוי או תשלום פיצוי בגין מקרה ביטוח המכוסה בתכנית ביטוח, אשר אינם נקובים בסכום כספי;
תכנית ביטוח²⁷	תכנית ביטוח שלאחר שעמדה בהוראות הנדרשות לצורך כך לפי סעיף 40 לחוק הפיקוח על הביטוח, חברת ביטוח רשאית להנהיגה כתכנית בפני עצמה;
תוספת סכום ביטוח²⁸	כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;
תקופת תשלום תגמולי ביטוח²⁹	מספר השנים שנקבע בפוליסה לתשלום תגמולי ביטוח;

²² מקור: חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי";

²³ מקור: חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי";

²⁴ מקור: חוזר 2020-1-14 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 - ביטוח סיעודי";

²⁵ מקור: חוזר 2013-1-6 "עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות";

²⁶ מקור: חוזר 2011-1-2 "פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות";

²⁷ מקור: מתוך חוזר 2022-1-9 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות (מיום 28.3.2022); תחילה - 1 באוקטובר 2023

²⁸ מקור: חוזר 2020-1-14 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 - ביטוח סיעודי";

²⁹ 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. הוראות לכלל תכניות ביטוח בריאות (פרט וקבוצתי)

1.1.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': ביטול תקבולים לחברת ביטוח שאינם חלק מדמי ביטוח³⁰

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.

סימן ב' - אופן מסירת מידע למבוטח בביטוח בריאות

(1) חברת ביטוח תאפשר לכל מועמד לביטוח בגיר לבחור אם לקבל מסמך גילוי נאות, דף פרטי ביטוח ואת הדוח השנתי (להלן - **מסמכי הדיווח**), בדואר אלקטרוני בליווי מסרון לטלפון הנייד או באמצעות הדואר בליווי מסרון לטלפון הנייד; חברת ביטוח תאפשר למבוטח לשנות את בחירתו, בכל עת, באמצעות לכל הפחות אחד מהאמצעים הבאים: טופס ידני, דואר אלקטרוני, חשבון אישי מקוון, מסרון או שיחה טלפונית.

- א. לא בחר המבוטח באחת מן הדרכים כאמור בסעיף קטן (1), ככל שקיים ברשות חברת הביטוח מספר טלפון נייד של המבוטח אשר מקבל הודעות טקסט, מסמכי הדיווח יישלחו למבוטח באמצעות מסרון, שיפנה לקישור ישיר למסמכי הדיווח, וזאת ללא דרישת זיהוי פרט למספר תעודת זהות של המבוטח, וכן צירוף קישור לחשבונו האישי המקוון.
- ב. לא היה ברשות חברת הביטוח מספר טלפון נייד של המבוטח, ככל שקיימת ברשות חברת הביטוח כתובת דואר אלקטרוני של המבוטח, יישלח למבוטח קישור ישיר למסמכי הדיווח באמצעות דואר אלקטרוני וזאת ללא דרישת זיהוי פרט למספר תעודת זהות של המבוטח, וכן קישור לחשבונו האישי המקוון.
- ג. לא היה ברשות חברת הביטוח מספר טלפון נייד אשר מקבל הודעות טקסט או כתובת דואר אלקטרוני של המבוטח כאמור לעיל, תשלח חברת הביטוח את מסמכי הדיווח למבוטח באמצעות הדואר.

³⁰ **מקור:** מתוך חוזר 13-1-2006 "ביטול תקבולים למבוטח שאינם חלק מפרמיית ביטוח" (מיום 28.9.2006) (סעיף 2) – מועד תחילה: פוליסות שנמכרו או חודשו החל מיום 1.2.2007;

- (2) בחר מבוטח לקבל את מסמכי הדיווח בדואר אלקטרוני, שליחת מסמכי הדיווח תתבצע בסביבה מאובטחת בהתאם להוראות הדין המתעדכנות בעניין זה מעת לעת, באחת מהדרכים הבאות:
- א. שליחת הודעה בדואר אלקטרוני הכוללת קישור ישיר למסמכי הדיווח, וזאת ללא דרישת זיהוי פרט למספר תעודת זהות של המבוטח, וכן קישור לעמוד הכניסה לחשבון האישי המקוון של המבוטח באתר האינטרנט של חברת הביטוח.
- ב. שליחת הודעה בדואר אלקטרוני הכוללת את מסמכי הדיווח.
- (3) שליחת מסמכי הדיווח באמצעות מסרון תהיה עם הפניה בקישור ישיר למסמכי הדיווח, וזאת ללא דרישת זיהוי פרט למספר תעודת זהות של המבוטח, וכן צירוף קישור לחשבון האישי המקוון.
- (4) שלחה חברת ביטוח את מסמכי הדיווח וקיבלה הודעה כי מסמכי הדיווח לא הגיעו ליעדם, תיצור החברה קשר עם המבוטח ותשלח לו את מסמכי הדיווח בשנית בהתאם לכתובת המתוקנת שמסר.
- (5) לגבי משלוח דוח שנתי:
- א. במשלוח באמצעות מסרון יצוין "מבוטח יקר, בקישור המצורף תוכל לראות את הדוח השנתי שלך בביטוח הבריאות בחברת _____ לשנת _____ (קישור ישיר למסמכי הדיווח, ללא דרישת זיהוי פרט למספר תעודת זהות של המבוטח), באפשרותך לקבל מידע ומסמכים נוספים בחשבון האישי המקוון בקישור הבא _____".
- ב. במשלוח בדואר ובדואר אלקטרוני, כותרת הדואר/המעטפה תהיה "דוח שנתי למבוטח בביטוח בריאות לשנת _____".
- (6) שלחה חברת ביטוח למבוטח דוח שנתי באמצעות דואר אלקטרוני או באמצעות הדואר, תשלח לו מסרון שבו יצוין:
- "מבוטח יקר, לתשומת ליבך נשלח לביתך/לדואר האלקטרוני שלך דוח שנתי בביטוח בריאות מטעם _____ (שם חברת הביטוח) לשנת _____. לנוחותך, ניתן לראותו בקישור הבא _____ (קישור ישיר למסמכי הדיווח ללא דרישת זיהוי פרט למספר תעודת זהות של המבוטח) וכן לקבל מידע ומסמכים נוספים בחשבון האישי המקוון בקישור הבא _____".
- (7) חברת ביטוח תתעד את בחירת המבוטח לגבי אופן קבלת מסמכי הדיווח, את שליחתם אל המבוטח ואת שליחת המסרון כאמור בסעיף זה; לעניין זה, "תיעוד" - באמצעות טופס ידני, שיחה מוקלטת, מסרון, דואר אלקטרוני או חשבון האישי המקוון.
- (8) בשליחת מסמכי הדיווח, אין לצרף כל מידע, הודעה או פרסום, ובכלל זה על גבי הדוח, המעטפה או כרופה לה, למעט מידע שניתנה הוראה מפורשת לצרפו באישור הממונה.
- (9) הגיע מבוטח לגיל בגרות בהתאם להגדרות הפוליסה או שהגיע לגיל 25, המוקדם מביניהם, תפנה חברת ביטוח בהתאם להוראות אלה:

- א. קיימת ברשות חברת הביטוח כתובת דואר אלקטרוני או מספר טלפון נייד של המבוטח שהגיע לגיל בגרות, כאמור, תפנה אליו החברה, בהתאם להוראות סעיף (1).
- ב. לא קיימים ברשות חברת הביטוח פרטי התקשרות כאמור בסעיף קטן (א), תפנה חברת הביטוח למבוטח הראשי בבקשה לקבלת פרטי ההתקשרות עם המבוטח שהגיע לגיל בגרות; קיבלה חברת ביטוח את פרטי ההתקשרות כאמור, תפנה אליו החברה, בהתאם להוראות סעיף זה.

1.1.1 א. הוראות לחלק מהענפים³¹

סימן א': מבנה ביטוח בריאות³²

מבנה ביטוח הבריאות יכלול חמישה רבדים :

(א) רובד ראשון - פוליסת בריאות בסיסית תכלול את תכניות הביטוח הבאות :

(1) השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל;

(2) תרופות מחוץ לסל;

(3) ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בחו"ל.

(ב) רובד שני - אחת מתכניות ניתוחים וטיפולים מחליפי הניתוח בישראל הבאות (להלן -

פוליסת ניתוחים בישראל):

(1) משלים שב"ן עם השתתפות עצמית של 5,000 ש"ח, ככל שהניתוח או הטיפול מחליף

הניתוח מתבצע באמצעות המבטח;

(2) משלים שב"ן, ללא השתתפות עצמית;

(3) שקל ראשון, ללא השתתפות עצמית.

(ג) רובד שלישי - פוליסת הרחבה, אשר תכלול הרחבה לאחת או יותר מתכניות הביטוח ברובד

הראשון, השני או החמישי

(ד) רובד רביעי - תכניות הביטוח האמבולטורי הבאות :

(1) ייעוץ ובדיקות;

(2) אבחון רפואי מהיר;

(3) ייעוץ, בדיקות ואבחון רפואי מהיר;

³¹ הוראות פרק זה יחולו על ביטוח ניתוחים, השתלות, תרופות, מחלות קשות והוצאות רפואיות אחרות
³² מקור: מתוך חוזר ביטוח 2023-1-2 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3 ו-4 - עריכת תכנית לביטוח בריאות" (מיום 7.2.23) תחילה - 1 באוקטובר 2023

- (4) אשפוז בית ;
- (5) טיפולים בטכנולוגיות מתקדמות ואביזרים רפואיים ;
- (6) ליווי רפואי וטיפולים אגב אירוע רפואי משמעותי כגון ניתוח, אשפוז או מחלה קשה ;
- (7) כל תכנית ביטוח שאישר הממונה מראש ובכתב.
- (ה) רובד חמישי - פוליסת מחלות קשות.

1.1.2. ביטוח תאונות אישיות

1.1.3. ביטוח ניתוחים

1.1.4. ביטוח תרופות

1.1.5. ביטוח השתלות

1.1.6. ביטוח סיעודי

1.1.7. ביטוח מחלות קשות

1.1.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

סימן א': הוראות לניסוח תכנית ביטוח נסיעות לחו"ל ואופן שיווקה³³

(א) התאמת סכומי הביטוח ליעד הנסיעה

חברת ביטוח תתאים את גבולות האחריות המוצעים בתכנית ביטוח לעלות הצפויה למבוטח בקרות 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 :

(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 ;

³³ 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) ;

(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."

1.1.9. 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^{34 35} -

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.

³⁴ מקור: מתוך חוזר 2002/10 "נספח אקטוארי בביטוחי בריאות" (מיום 3.10.2002) (סעיפים 1-3) תחילה - 3 באוקטובר 2002; ³⁵ חל על כל ביטוחי מחלות ואשפוז

(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, תצטרף 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.

(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 שיוק 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 (אפשרה, 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 הביטוח 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.

סימן ב': שינוי תעריפים בביטוח הוצאות רפואיות פרט³⁶

א. מבטח רשאי להנהיג שינוי בדמי הביטוח מבלי להודיע על כך מראש לממונה בהתקיים כל התנאים הבאים :

1. שיעור הנזק (LR) המחושב לאורך 5 שנים הקודמות ליום החישוב בתכנית המבוקשת הוא מעל 80% או לחלופין שיעור הנזק (LR) המחושב לאורך 3 שנים הקודמות ליום החישוב בתכנית המבוקשת הוא מעל 85% ; על אף האמור, לגבי חברת ביטוח שנתח השוק שלה בתחום ההוצאות הרפואיות נמוך מ-6%, שיעור הנזק בתכנית הוא מעל 75% ו-80% בהתאמה (להלן ביחד "שיעור הנזק הקובע").

בסעיף זה, "נתח שוק" - היחס שבין סך דמי הביטוח שגבתה חברת הביטוח בשנת הכספים הקודמת בעד פוליסות ביטוח ובין סך דמי הביטוח שגבו כלל חברות הביטוח באותה שנה בעד פוליסות ביטוח בתחום ההוצאות הרפואיות בהתאם לפרסומי הרשות במסגרת דוח הממונה השנתי.

2. החברה דיווחה לממונה כאשר שיעור הנזק בתכנית הגיע ל-70%.

3. השינוי בפרמיות מאושרת נטו ישקף עליה שתוביל לרמת שיעור הנזק הקובע.

ב. הנהיגה חברת ביטוח שינוי בדמי הביטוח כאמור בסעיף קטן (א), תגיש החברה לממונה, תוך שלושה ימים ממועד עדכון הפרמיה את המסמכים הבאים :

1. הצהרה של האקטואר הממונה של החברה לפיה ששיעור הנזק בתכנית גבוה משיעור הנזק הקובע ;

2. הנתונים המרכיבים של שיעור הנזק שמבוססים על המחקרים האקטואריים המעודכנים ביותר שבהם נעשה שימוש לקביעת שיעורי התחלואה בחישובי עתודות הביטוח על בסיס הערכה מיטבית (Estimate Best) ;

³⁶ מקור : מתוך חוזר 13-1-2022 " תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרק 1 - עדכון תעריפים בפוליסות בריאות מתעדכנות" (מיום 20.9.2022) תחילה - 20 בספטמבר 2022 ;

3. טבלת סיכום של הכנסות "פרמיות מאושרות נטו", לכל אחת מחמש השנים האחרונות בחלוקה לפי גיל ומין ;
4. טבלת סיכום של "סך התביעות" לכל אחת מחמש השנים האחרונות בחלוקה לגיל ומין ;
5. יתרות פתיחה וסגירה של עתודות תלויות ועתודות IBNR לכל אחת מחמש השנים האחרונות ;
6. חישוב של שיעור ה LR המחושב לאורך 5 שנים הקודמות ליום החישוב ;
7. שיעור העלאת הפרמיות נטו הנדרש לצורך ייצוב התכנית על שיעור הנזק הקובע.
- ג. חברת ביטוח רשאית להציע למבוטחים להפחית את גובה עליית הפרמיה באמצעות הגדלת ההשתתפות העצמית או הפחתת כיסוי, בכפוף לאישור מראש ובכתב של הממונה.
- ד. לעניין סימן זה :
 - "שינוי בעתודה לתביעות תלויות" - ההפרש בין עתודה לתביעות תלויות בסוף התקופה לבין עתודה לתביעות תלויות בתחילת התקופה.
 - "שינוי בעתודה לתביעות IBNR" - ההפרש בין עתודה לתביעות IBNR בסוף התקופה לבין עתודה לתביעות IBNR בתחילת התקופה.
 - "שיעור הנזק (L.R)" - היחס שבין סך התביעות לפרמיות מאושרות נטו :
 - א. "סך התביעות" במונה - תביעות ששולמו + שינוי בעתודה לתביעות תלויות + שינוי בעתודה לתביעות I.B.N.R.
 - ב. "פרמיות מאושרות נטו" במכנה - פרמיית ספר מואשרת ועוד תוספות חיתומיות בניכוי ההנחה שאושרו על ידי הממונה בהליך אישור המוצר.
 - "תביעות ששולמו" - תביעות ששולמו במהלך התקופה שהוגדרה לחישוב.
 - "תביעות תלויות" - תביעות שאירעו אך טרם שולמו למבוטח במלואן.
 - "I.B.N.R" - תביעות שאירעו אך טרם דווחו למבטח.

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. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי

1.3.1. הוראות לכלל הענפים

1.3.2. ביטוח תאונות אישיות

1.3.3. ביטוח ניתוחים

1.3.4. 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)³⁷.

1.3.5. ביטוח השתלות

1.3.6. ביטוח סיעודי

א. ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים³⁸

"סימן א': הוראות לעריכת תכנית לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח"

חברת ביטוח המנהלת תכנית לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח תנהל את סיכוני הביטוח בתקופת ההתקשרות עם קופת החולים וכן תנהל קרנות מבוטחים. ברובד הבסיסי התכנית תתבסס על מודל אקטוארי של קופת החולים שיבוסס על אומדן מיטבי ("Best Estimate"), שתכליתו איזון ארוך טווח בין דמי הביטוח המתקבלים מהמבוטחים לבין עלות הסיכון הביטוחי של המבוטחים, ברובד המורחב התכנית תתבסס על הפרמטרים לתמחור המוצגים בנספח 6.3.4.7 לחוזר זה, והכל בהתאם להוראות אלה:

(א) השתתפות חברת ביטוח בסיכון ביטוחי – במשך תקופת הביטוח, חברת ביטוח תישא בסיכון הביטוחי הגלום בתכנית בשיעור שלא יפחת מ-20% ברובד הבסיסי, לעניין זה, "סיכון ביטוחי" – הפער שבין ערך התביעות בפועל של תכנית הביטוח לבין ערך התביעות הצפוי, כפי שנקבע בהסכם בין החברה לקופת חולים לגבי מבוטחים שהיו מבוטחים בביטוח ביום חתימת ההסכם. נמחק.

³⁷ מקור: מכתב הבהרה שה. 2008-2975 מ-12 בפברואר 2008;

³⁸ מקור: מתוך חוזר ביטוח 11-1-2023 "תיקון החוזר המאוחד - שער 6 פרק 3 - ביטוח סיעודי" (מיום 4.12.23)

(ב) ניהול ותפעול קרנות המבוטחים -

(1) חברת ביטוח וקופת חולים יחתמו על הסכמים שונים לקרנות המבוטחים השונות, הסכם לקרן המבוטחים לכיסוי ברובד הבסיסי והסכם לקרן המבוטחים לכיסוי ברובד המורחב (להלן - ההסכם).

(2) בכל הסכם בין חברת ביטוח לבין קופת חולים, ייקבעו הסכומים שיועברו לקרנות המבוטחים מתוך סך דמי הביטוח שישולמו בעד כלל המבוטחים בתכנית.

(3) הפרמיות ינוהלו באופן הבא:

(א) הפרמיה המשולמת לרובד המורחב תשמש לבניית קרן נפרדת לתשלום תביעות המבוטחים ברובד זה (להלן - **קרן הרובד המורחב**).

(ב) הפרמיה המשולמת בגין תוספת סכום הביטוח לרובד הבסיסי ותוספת סכום ביטוח לרובד המורחב תשוך לקרן הרובד המורחב.

(ג) הפרמיה עבור שני הרבדים תקבע על בסיס ההנחה שמדובר בקרנות נפרדות, הפרמיה עבור הרובד המורחב תקבע בהתאם להנחות כפי שמופיעות בנספח 6.3.4.7 לחוזר זה.

(4) על אף האמור בסעיפים (3)(א) ו-(3)(ב), הממונה רשאי לאשר, כל עוד מצא שיש הצדקה לכך, כי הפרמיה המשולמות לקרן הרובד המורחב תשוך לקרן הרובד הבסיסי תחת העקרונות הבאים:

(א) חברת הביטוח תקיים רישום נפרד עבור כלל הפעולות שנעשו בגין הרובד המורחב ותוספת סכום ביטוח, ובכלל זה פרמיות שיתקבלו, עודפי גביה, תשלומי תביעות והפרשה לעתודות.

(ב) לצורך חישוב גובה הפרמיות, יראו כאילו מדובר בשתי קרנות נפרדות.

(ג) חברת ביטוח תערוך מידי רבעון חישוב אקטוארי; הצביעה תחזית קרן המבוטחים הנצברת בגין הרובד המורחב, בהתבסס על אומדן מיטבי של החברה, על גירעון, תגיש החברה לאישור הממונה חלופות אפשריות לפעולות אשר מביאות לתחזית שאינה בגירעון בהתבסס על אומדן מיטבי של החברה.

(5) חברת ביטוח תשקיע את כספי קרנות המבוטחים במהלך תקופת ההתקשרות בינה לבין קופת חולים, במסגרת התחייבויות תלויות התשואה שלה ובמסלול השקעות נפרד, בכפוף להוראות שנקבעו בהיתר שנתן הממונה ובכללם אי דרישה לשליחת דיווח למבוטח.

(6) ועדת השקעות תלויות תשואה תדון באופן ניהול ההשקעות של קרנות המבוטחים בהתאם למאפייני ההתחייבויות על פי המודל האקטוארי ובשים לב לגיל המבוטחים.

(7) לא יזקפו לקרנות המבוטחים הכנסות והוצאות שאינן מנויות מטה ובלבד שנקבעו מראש בהסכם בין החברה לקופת חולים:

(א) סכומים מדמי הביטוח שיקבעו כאמור בפסקה (1) לעיל, בתוספת התאמות אקטואריות בשל מבוטחים שמצטרפים או שעוזבים את התכנית.

(ב) סכומים בגין רווחים או הפסדים ביטוחיים שייקבעו בהתאם לחלוקת הסיכון לפי סעיף (א).

(ג) סכומים בגין רווחי השקעה או הפסדי השקעה בגין נכסי קרנות המבוטחים.

(ד) עלות מימוש פוליסות המשך כמפורט בסעיף 12 להוראות.

(ה) דמי ניהול בשל ניהול הקרנות.

(ו) העברות מקרנות מבוטחים של קופה אחת לקרנות מבוטחים של קופה אחרת לפי סעיף 15 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015 (בפרק זה – **ההוראות**), במקרה של מעבר מבוטחים כמפורט בסעיף 12 להוראות.

(ז) הכנסות והוצאות אחרות בכפוף לאישור מראש של הממונה.

(ג) אופן ההתקשרות ותקופת ההתקשרות בין חברת ביטוח לבין קופת חולים - חברת ביטוח לא תתקשר בהסכם עם קופת חולים לצורך עריכת תכנית לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח אם לא נבחרה על ידי קופת החולים לאחר הליך תחרותי שנערך על ידי קופת חולים; תקופת ההסכם האמור לא תעלה על 8 שנים (לרבות מימוש אופציות לחידוש והארכת הביטוח), למעט אם אישר הממונה התקשרות בתנאים שונים מאלה המנויים בסעיף זה או לתקופת התקשרות שעולה על 8 שנים; על אף האמור, אישור הממונה כי חברת קופת חולים מסוימת זכאים להצטרף לרובד המורחב בביטוח סיעודי לחברי קופ"ח אחרת, כאמור בסעיף 3(א) להוראות, תתקשר חברת הביטוח עם קופת החולים האחרת שאישר הממונה.

(ד) רציפות בטיפול בתביעות - חברת ביטוח תתחייב לטפל, בסיומה של תקופת ההתקשרות בין חברת הביטוח לקופה, בתביעות שבתשלום, בתביעות תלויות, לרבות תביעות שאירעו במהלך תקופת הביטוח אצל החברה וטרם דווחו לה, ובתביעות שהוגשו בהתאם לקבוע בסעיף 13 להוראות, למעט אם אישר הממונה אחרת; התחייבות חברת הביטוח כאמור תיקבע בהסכם ההתקשרות עם קופת החולים.

(ה) חברת ביטוח לא תתקשר ביותר מהסכם אחד לעריכת ביטוח סיעודי לחברי קופ"ח או לחלק מחברי קופת חולים, אם סך מספר המבוטחים אותם היא מבטחת בהסכם אחד או יותר כאמור עולה על 50% ממספר המבוטחים בכלל ההסכמים הקיימים לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח, בהסתמך על המידע הקיים אצל הממונה בעניין זה במועד ההתקשרות, אלא אם אישר הממונה אחרת ובתנאים שאישר.

(ו) עלות מימוש פוליסות המשך - על קרנות המבוטחים תושת עלות מימוש פוליסות המשך במקרה של אי חידוש הביטוח לכלל המבוטחים או לחלקם כמפורט בסעיף 12 להוראות; חברת ביטוח תפרט בהסכם בינה לבין קופת החולים את אופן חישוב עלות מימוש פוליסות המשך שייקבע כי התקופה שבה ניתן לערוך תחשיבים לצורך חישוב עלות מימוש פוליסות המשך לא תעלה על 5 שנים ממועד אי חידוש הביטוח וכי בסוף התקופה האמורה תיקבע עלות מימוש פוליסות המשך באופן סופי; לעניין זה, "עלות מימוש פוליסות המשך" - הפער שבין עלות התביעות בפוליסות המשך לבין עלות התביעות לחברת הביטוח, כפי שצפתה חברת הביטוח במועד אי חידוש הפוליסה, למצטרפים חדשים בפוליסות לביטוח סיעודי פרט דומות הנהוגות אצלה, במועד אי חידוש הפוליסה.

"סימן ב': פניית חברת ביטוח למבוטח זכאי

(א) חברת ביטוח בפוליסה מזכה אחרונה תשלח הודעה למבוטח זכאי באותה פוליסה לפחות 30 ימים לפני מועד תום תקופת הביטוח בפוליסה כאמור, אך לא יותר מ- 60 ימים לפני המועד האמור, או תוך 60 ימים ממועד כניסתו לתוקף של ההוראות, המאוחר מביניהם. ההודעה תכלול את זכותו להצטרף לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח בקופת החולים שבה הוא רשום, תוך פירוט תנאי הזכאות להצטרף בהתאם למפורט בסעיף 3(ב) להוראות (להלן - **הודעת זכאות**); הודעת הזכאות תכלול אישור שהמבוטח בוטח בפוליסה מזכה אחרונה במועד אי חידוש הביטוח לכלל המבוטחים בפוליסה.

(ב) חברת ביטוח בפוליסה מזכה אחרונה תשלח לבעל פוליסה של פוליסה מזכה אחרונה, הודעה על זכאות המבוטחים הזכאים להצטרף לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח, ויפורטו בה הפרטים המפורטים בהודעת הזכאות. ההודעה תישלח לפחות 30 ימים לפני מועד תום תקופת הביטוח בפוליסה המזכה האחרונה אך לא יותר מ- 60 ימים לפני המועד האמור, או תוך 60 ימים ממועד כניסתו לתוקף של ההוראות, המאוחר מביניהם.

(ג) חברת ביטוח תתעד את כל ההודעות למבוטח זכאי ולבעל הפוליסה לפי סימן זה שנשלחו לפי סימן זה, ותעבירן לממונה לפי דרישה; לעניין זה, תרשומת פנימית לא תחשב כתיעוד.

ב. ביטוח סיעודי קבוצתי שאינו לחברי קופות חולים

חודשה פוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי אצל חברת ביטוח חדשה³⁹ -

- (א) תעביר חברת הביטוח הקודמת את הפרמיה המיועדת לכיסוי סיכון עתידי, שנצברה עבור כל מבוטח ששולמה מראש בפוליסה האמורה, לחברת הביטוח החדשה;
- (ב) תקבע חברת הביטוח החדשה את התנאים, כאמור בסעיף 2.3.6 פסקת משנה (ב)(2), בהתחשב בפרמיה שהועברה אליה כאמור עבור כל מבוטח.

1.3.7. ביטוח מחלות קשות

1.3.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

סימן א': ביטוח נסיעות לחו"ל קבוצתי לחברי קופות חולים וללקוחות סוכנויות נסיעות⁴⁰

- (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:

³⁹ מקור: מתוך חוזר 2017-1-8 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1 עד 6 - תיקונים לגבי ביטוח סיעודי" (מיום 21.5.2017) תחילה - ביום 1 בספטמבר 2017;

⁴⁰ 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 חווי ביטוח שנכרתו או חודשו טרם מועד זה.

(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 מפוקח").

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 מפוקח, לרבות ניתוב שיחות טלפוניות וקישור לאתר האינטרנט שלו, בהתקיים כל אלה :

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

1.3.10. ביטוח עובדים זרים

1.3.11. 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 בריאות⁴¹

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.

2.1.2. ביטוח תאונות אישיות

סימן א': תכנית לביטוח תאונות אישיות⁴²

(א) תכנית לביטוח תאונות אישיות המוצעת על ידי חברת ביטוח תכלול -

1. רובד ביטוחי ראשון הכולל את כל הכיסויים הבאים:

(א) מוות;

(ב) נכות צמיתה;

(ג) שברים וכוויות;

(ד) ימי אשפוז;

2. למרות האמור בסעיף קטן (1)(א) –

(א) התגלה אגב הליך צירוף לביטוח תאונות אישיות פרט כי קיים ברשות המועמד לביטוח ביטוח חיים - סיכון בלבד, לא תכלול תכנית ביטוח תאונות אישיות כיסוי מוות, אלא אם אישר המועמד לביטוח כי הוא מעוניין בכיסוי זה אחרי שהובהר לו על ידי חברת הביטוח שקיים ברשותו ביטוח חיים - סיכון בלבד.

(ב) מבטח או סוכן ביטוח רשאים לשווק למבוטח לאחר שוודאו שאין לו שארים, במסגרת הליך התאמת הצרכים, תכנית ביטוח תאונות אישיות שלא כוללת כיסוי מוות.

3. למרות האמור בסעיף קטן (1)(ב) - התגלה אגב הליך צירוף לביטוח תאונות אישיות פרט כי קיים ברשות המועמד לביטוח ביטוח נכות מתאונה לא תכלול תכנית ביטוח תאונות אישיות כיסוי לנכות צמיתה, אלא אם אישר המועמד לביטוח כי הוא מעוניין בכיסוי זה אחרי שהובהר לו על ידי חברת הביטוח שקיים ברשותו ביטוח בגין נכות מתאונה.

4. חברת ביטוח תהיה רשאית להציע כיסויים נוספים מעבר לרובד הביטוחי הראשון באישור הממונה.

5. חברת ביטוח לא תכלול כיסוי בגין תאונה עבור אחד או יותר מהכיסויים המפורטים בסעיפים קטנים 1(א)-(ה) אלא בפוליסת תאונות אישיות שתכלול את כל הכיסויים שצוינו בסעיף קטן (1)(א).

⁴¹ 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;

⁴² מקור: מתוך חוזר ביטוח 6-2021-1 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 2, 3 ו-4 - ביטוח תאונות אישיות" (מיום 25.4.2021) תחילה - 1 במאי 2021;

6. על אף האמור בסעיפים קטנים (א)(1) ו-(א)(4) -

(א) חברת ביטוח רשאית לכלול בהרחבה לביטוח בריאות קבוצתי ובפוליסה ייעודית לביטוח כלי רכב חשמליים, רובד ביטוחי לביטוח תאונות אישיות בכפוף להוראות סעיפים קטנים (1) ו-(2).

(ב) חברת ביטוח רשאית לשווק תכנית הכוללת כיסוי לביטוח מוות מתאונה בלבד או לכיסוי נכות מתאונה בלבד. תכנית כאמור תיקרא "מוות מתאונה" או "נכות מתאונה", לפי העניין, ויחולו עליהם ההוראות חוזר זה.

(ב) הכיסויים בביטוח תאונות אישיות יעמדו בהוראות הבאות:

1. מוות

כיסוי למוות שנגרם כתוצאה מתאונה לא יכלול תנאי המתנה את הכיסוי הביטוחי בכך שהמוות נגרם תוך שלוש שנים או פחות ממועד התאונה.

2. נכות

(א) אחוזי הנכות המזכים בפיצוי יקבעו על ידי רופא מומחה על פי הוראות תקנה 11 לתקנות הביטוח הלאומי (קביעת דרגת נכות לנפגעי עבודה), תשט"ז-1956.

(ב) גובה הפיצוי יחושב כמכפלה ישירה של אחוז הנכות המזכה שנקבע למבוטח, כאמור בפסקה (א), בסכום הביטוח המלא, בין אם מדובר במקרה ביטוח אחד או יותר.

(ג) תכנית לביטוח לא תכלול תנאי שמבדיל בין אופן חישוב גובה הפיצוי שיינתן למבוטח שהתקבל לביטוח כשהוא בעל נכות לבין מבוטח שהתקבל לביטוח ללא נכות; על אף האמור, חברת ביטוח רשאית לכלול תנאי לפיו אופן חישוב גובה הפיצוי לא יכלול נכות שנקבעה באותו איבר טרם ההצטרפות לביטוח.

(ד) תכנית לביטוח לא תכלול תנאי אשר מתנה את הכיסוי הביטוחי בכך שהנכות נגרמה או התגבשה תוך שלוש שנים או פחות ממועד התאונה.

(ה) תכנית לביטוח לא תכלול תנאי לפיו לא יינתן פיצוי בגין נכות שנגרמה עקב טיפול רפואי; על אף האמור, חברת ביטוח רשאית לכלול בתכנית ביטוח החרגה של נכות שנגרמה כתוצאה מהטיפול רפואי, בתנאי שהמבוטח היה מודע לסיכון הספציפי ממנו נגרמה הנכות, טרם הטיפול הרפואי.

(ו) תכנית לביטוח לא תכלול תנאי לפיו לא יינתן פיצוי בגין צלקת אסתטית.

(ז) תכנית ביטוח הכוללת תנאי לפיו לא יינתן פיצוי בגין נכות נפשית, תכלול תנאי אשר מאפשר כיסוי לנכות נפשית שנגרמה אגב תאונה שגרמה גם לנכות צמיתה פיזית של לפחות 15% המכוסה בפוליסה.

(ח) תכנית ביטוח לא תכלול כיסוי רק לנכות שנגרמה כתוצאה מקטיעת איבר ותכסה גם נכות תפקודית.

(ט) תכנית לביטוח תכלול פיצוי בגין כל שיעור נכות מתאונה.

(י) תכנית לביטוח הכוללת תנאי לפיו שיעור נכות שנקבע על ידי הביטוח הלאומי תשמש גם לצורך קביעת הנכות בתכנית, לא תעכב את תשלומי תגמולי הביטוח עד לקביעת הביטוח הלאומי אם המבוטח מבקש זאת.

(יא) תכנית ביטוח לא תכלול פיצוי בגין נכות המשולם באופן עיתי אלא אם אישר הממונה אחרת מראש ובכתב.

3. שברים

- (א) תכנית ביטוח לא תכלול תנאי לפיו לא יינתן פיצוי בגין מקרה ביטוח שבו נגרם שבר באותו מקום בו כבר היה המבוטח זכאי לפיצוי (שבר חוזר).
- (ב) תכנית ביטוח לא תכלול תנאי לפיו לא יינתן פיצוי בגין מקרה ביטוח שבו נגרם שבר חלקי לעצם (שבר 'ענף ירוק').

4. אשפוז

- (א) תכנית ביטוח לא תכלול בכיסוי בגין ימי אשפוז שיפוי בגין הוצאות נלוות לאשפוז.
- (ב) תקופת ההמתנה הנדרשת לשם קבלת פיצוי בגין ימי אשפוז לא תעלה על שני ימים.
- (ג) תכנית ביטוח תכלול פיצוי בגין ימי אשפוז במקרה שבו המבוטח שוחרר מבית חולים למוסד רפואי אחר, ובכלל זה מוסד סיעודי או מוסד שיקומי.
- (ג) על אף האמור בסעיף (ב) חברת ביטוח רשאית לשנות תנאי מהתנאים המפורטים בסימן זה ככל שהשינוי הוא לטובת המבוטח.

סימן ב': תוכן הכיסוי בביטוח תאונות אישיות

(א) הגדרת תאונה

תכנית ביטוח תכלול את ההגדרה הבאה למונח תאונה :

"תאונה" - אירוע פתאומי, שלא תוכנן על ידי המבוטח וגרם לו נזק אשר מכוסה בפוליסה, למעט נזק שנגרם כתוצאה ישירה ממחלה.

(ב) תקופת הביטוח

1. תקופת הביטוח בפוליסת תאונות אישיות לא תעלה על שנתיים.
2. על אף האמור בסעיף קטן (1), תקופת הביטוח בפוליסת מוות מתאונה או נכות מתאונה אשר משווקים כהרחבה לביטוח חיים - סיכון בלבד, תהיה בהתאם לתקופת הביטוח בפוליסת ביטוח החיים או קצרה ממנה.

(ג) הוראות לתנאי הביטוח

1. תכנית לביטוח תאונות אישיות לא תכלול תנאי לפיו שינוי בתחביב או בעיסוק של מבוטח הוא תנאי מהותי בעסקה ושעל מבוטח מוטלת החובה להודיע על שינוי בתחביב או עיסוק כאמור למבטח.
2. תכנית לביטוח תאונות אישיות לא תכלול תנאי לפיו לא יינתן פיצוי אלא בגין מקרה ביטוח שאירע במדינת ישראל.
3. תכנית לביטוח תאונות אישיות לא תכלול תקופת אכשרה.
4. תכנית לביטוח תאונות אישיות הכוללת כיסוי מוות או נכות תנקוב, לכל הפחות, בסכום ביטוח של 50,000 ₪.
5. תכנית לביטוח תאונות אישיות לא תכלול תנאי לפיו לא יינתן פיצוי בגין מקרה ביטוח שאירע במהלך שירות צבאי; על אף האמור, חברת ביטוח רשאית לכלול תנאי לפיו לא יינתן פיצוי בגין מקרה ביטוח שאירע במהלך שירות צבאי ונובע באופן ישיר מפעילות בעלת אופי צבאי.

6. תכנית לביטוח תאונות אישיות תכלול דוגמה מספרית הממחישה את אופן החישוב בגין הכיסויים בהם נדרש חישוב אודות דרגת הנזק וגובה הפיצוי.
7. תכנית לביטוח תאונות אישיות לא תכלול תנאי לפיו לא יינתן פיצוי בגין נזק שנגרם כתוצאה מלחץ נפשי או מאלימות מילולית.

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, לעניין ביטול פוליסה לביטוח תאונות אישיות [ע] (עמדה מס' 2)⁴³.

2.1.3. ביטוח ניתוחים

סימן א': תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים שב"ן^{44 45}

(א) תכנית הכוללת כיסוי ביטוחי משלים שב"ן תעמוד בכללים הבאים:

(1) תגמולי הביטוח יהיו כמפורט להלן:

(א) שיפוי בשל ניתוח פרטי בישראל, ובכלל זה כיסוי הוצאות הניתוח, הניתן רק אם תוכנית השב"ן שהמבוטח עמית בה אינה כוללת כיסוי ביטוחי להוצאות הניתוח או אם הרופא המנתח אינו נמצא בהסדר ניתוח עם קופת החולים ונמצא בהסדר ניתוח עם חברת הביטוח;

(ב) שיפוי בשל ההשתתפות העצמית ששילם המבוטח לפי תוכנית שב"ן שהוא עמית בה, בעד ניתוח שמומן באמצעות תוכנית השב"ן, אף אם הרופא לא ברשימת ההסדר עם חברת הביטוח;

(ג) שיפוי בגין רכישת אביזר במקרה בו קיים אביזר שלא נמצא בכיסוי השב"ן, אך נמצא בכיסוי פוליסת הביטוח בחברה, כאשר מימון הניתוח יהיה על ידי השב"ן.

(2) נמחק

(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

⁴³ מקור: מכתב הבהרה שה. 2011-29477 מה-7 באוגוסט 2011;

⁴⁴ מקור: מתוך חוזר 6-1-2007 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" (מיום 6.3.2007) (סעיף 3) – תחילה: ההוראות יחולו על תכניות לביטוח בריאות הכוללות כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, שנמכרו או חודשו החל מיום 1 באוקטובר 2007;

⁴⁵ מקור: מתוך חוזר ביטוח 2024-1-2 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרק 2- חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לשב"ן" (מיום 11.3.24) תחילה - 11 במרץ 2024

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 חברתו 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 המוצעים במועד המעבר על ידי חברת הביטוח בכיסוי ביטוחי 'מהשקל הראשון', תוך מתן רצף ביטוחי ובתנאים המפורטים בפסקה (ב) בסימן (א) שבסעיף קטן 3.1.3: "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים שב"ן", וכן בפרמיה הנהוגה לכלל המבוטחים בחברה באותה עת. תחילת תקופת הביטוח בפוליסת המשך 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.

סימן ב' - השתתפות עצמית בביטוח ניתוחים בישראל⁴⁶

(א) תכנית ביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל עם השתתפות עצמית תכלול תנאי שלפיו, במקרה שבו עלות הניתוח נמוכה מגובה ההשתתפות העצמית, על פי ההסדר שבין חברת הביטוח לבין נותן השירות המבוקש על ידי המבוטח, תאפשר חברת הביטוח למבוטח לעבור את הניתוח במחיר שקבוע בהסדר שבין חברת הביטוח לבין נותן השירות האמור.

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א), חברות שהוראות סעיפים 14 עד 17 לחוק התכנית הכלכלית (תיקוני חקיקה ליישום המדיניות הכלכלית לשנות התקציב 2015 ו-2016), התשע"ו-2015, לא חלות עליהן, רשאיות לקבוע השתתפות עצמית של 25%, במקרים שבהם עלות הניתוח, כמפורט בפרט 3 לתוספת הראשונה להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (תנאים בחוזה ביטוח לפוליסת בריאות בסיסית), התשפ"ב - 2021, נמוכה מגובה ההשתתפות העצמית.

(ג) נמחק

(ד) חברת ביטוח המשווקת ביטוח ניתוחים עם השתתפות עצמית תכלול גילוי לגבי גובה ההשתתפות העצמית בטופס ההצעה, בטופס הגילוי הנאות ולצד שם תכנית הביטוח.

(ה) חברת ביטוח תאפשר בכל עת למבוטח בביטוח ניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח בישראל להעלות את השתתפותו העצמית ובכך להקטין את גובה הפרמיה המשולמת ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה נוספת.

⁴⁶ מקור: מתוך חוזר 9-1-2022 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות" (מיום 28.3.2022) תחילה - 1 באוקטובר 2023

2.1.4. ביטוח תרופות

2.1.5. ביטוח השתלות

סימן א': כיסוי ביטוחי להשתלות⁴⁷

(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)⁴⁸.

2.1.6. ביטוח סיעודי

סימן א': עמדות ממונה לעניין ביטוח סיעודי

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת הממונה – הבהרה, לעניין הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי (עמדה מס' 5)⁴⁹.

סימן ג': עריכת תכנית לביטוח סיעודי⁵⁰

(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 כקרות 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.

⁴⁷ מקור: מתוך חוזר 2009-1-1 "כיסוי ביטוחי להשתלות" (מיום 14.1.2009) (סעיף 2(א)) – מועד תחילה 14.1.2009;

⁴⁸ מקור: מכתב הבהרה מה- 21 ביולי 2011;

⁴⁹ מקור: מכתב הבהרה מה- 25 בינואר 2015;

⁵⁰ מקור: מתוך חוזר 2017-1-8 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1 עד 6 - תיקונים לגבי ביטוח סיעודי" (מיום 21.5.2017) שתחילתו ביום 1 בספטמבר 2017;

⁵¹ מקור: מתוך חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" (מיום 29.8.2013) שתחילתו ביום 1 ביוני 2014;

- (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.
- (ב) 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 המתנה 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 בפסקת משנה (ג)(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) ערך מסולק וערך פדיון ^{52 53 54}
(1) ערך מסולק ייקבע לפחות לפי הפרמטרים הבאים: מין, גיל הצטרפות לביטוח ומשך התקופה שבה 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.

(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.

⁵² מקור: מתוך חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" (מיום 29.8.2013) – מועד תחילה 1.6.2014. הוראות סעיפים קטנים (ג) עד (ו) בסעיף 12, 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 12(ג) ולהציג קישור למדריך לצרכן כנדרש בסעיף 12(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) בסעיף 12, לא יחולו על תכנית שלא חלה על חברת הביטוח חובה להציגה באתר האינטרנט שלה.

⁵³ ראו הוראות הממונה על שוק ההון "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-7, מיום 19.12.2012. מועד תחילתן היה 1.1.2013. הוראות אלו בוטלו ביום 1.6.2014 (בהוראות הממונה על שוק ההון מיום 29.8.2013 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2013-1-5);

⁵⁴ 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);

2.1.7. ביטוח מחלות קשות

סימן א': עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות^{55 56 57}

(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 המצויה 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"ל⁵⁸

(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.

2.1.9. ביטוח שיניים

סימן א': תכניות לביטוח שיניים^{59 60}

⁵⁵ **מקור:** חוזר 2015-17 "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".

⁵⁶ ראו הוראות הממונה על שוק ההון "הגדרות של מחלות לביטוח מחלות קשות" – 2003/16, מיום 2.12.2003. שבטולו 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;

⁵⁷ 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** – "עדכוני הגדרות של מחלות בתכניות לביטוח מחלות קשות" או שהגדרות רחבות יותר מהגדרתן **בנספח 6.3.4.4**.

⁵⁸ **מקור:** מתוך חוזר 1993/1 "תכניות לבטוח נוסעים לחו"ל" (מיום 2.6.1993) – מועד תחילה 2.6.1993;

⁵⁹ **מקור:** מתוך חוזר 2012-1-4 "ביטוח שיניים" (מיום 18.6.2012) (סעיף 3) – מועד תחילה 1.10.2012;

⁶⁰ על אף האמור בהערת שוליים 45 לעיל, מועד תחילתה של פסקה א' ביום 1 בינואר 2013;

(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.⁶¹

(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 למבטחים 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 (א)(2), חישוב ההחזר הכספי יהיה על פי תגמולי הביטוח ששילמה חברת הביטוח בגין סל הטיפולים החדש בלבד.

⁶¹ 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.

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 החוזר 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

2.1.11. הוצאות רפואיות אחרות

סימן א': הוראות לגבי פוליסת בריאות נוספת⁶²

(א) במקרים שבהם הכיסוי הביטוחי בפוליסת בריאות נוספת ניתן, כולו או חלקו, באמצעות ספק שירות יחולו הוראות אלה:

(1) חברת הביטוח תהיה אחראית על כל השירות הניתן במסגרת פוליסת הבריאות הנוספת.

(2) פרטי ספק השירות ואופן ההתקשרות עמו יצוינו באופן בולט וברור בפוליסת הבריאות הנוספת ובדף פרטי הביטוח.

(3) פוליסת הבריאות הנוספת תכלול התחייבות של חברת הביטוח למבוטח שלפיה:

(א) הכיסוי הביטוחי הניתן במסגרת הפוליסה יוענק על ידי גורמי מקצוע מתאימים ורלוונטיים;

⁶² מקור: מתוך חוזר ביטוח 2022-1-9 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3 ו-4 - עריכת תכנית לביטוח בריאות" (מיום 28.3.22) תחילה - 1 באוקטובר 2023

(ב) תתקיים תקשורת יעילה וזמינה בין חברת הביטוח וספק השירות לבין המבוטח;

(ג) במקרים בהם נדרשת נגישות לשירות - הכיסוי הביטוחי יינתן בפריסה גיאוגרפית נאותה.

(4) חברת ביטוח רשאית לכלול בפוליסת בריאות נוספת תנאי המאפשר לה לבטל את הכיסוי הביטוחי הניתן באמצעות ספק השירות במסגרת פוליסת הבריאות הנוספת לכלל המבוטחים במקרה של סיום התקשרות של חברת הביטוח עם ספק השירות אם לא הגיעה להסדר עם ספק שירות חלופי, ובכפוף לאישור הממונה.

2.2. הוראות לתכנית ביטוח פרט

2.2.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות⁶³

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^{64, 65}

(א) תקופת ביטוח של פוליסה לביטוח בריאות.

תקופת הביטוח בפוליסה תהיה שנתיים.

(ב) אחידות 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;

⁶³ 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.

⁶⁴ 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;

⁶⁵ 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".

(ב) תבחין הקשור לסיכון הביטוחי של מבוטח מסוים כפי שנקבע בעת הצטרפותו של המבוטח לראשונה לביטוח.

(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

2.2.5. ביטוח השתלות

2.2.6. ביטוח סיעודי

סימן א': עריכת תכנית לביטוח סיעודי^{66 67 68}

(א) תקופת הביטוח

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

(ב) 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.

(ג) סבסוד בין מבוטחים בפוליסה לביטוח סיעודי מסוג פרט

(1) תמחור הפרמיה בפוליסה לביטוח סיעודי מסוג פרט לא יתבסס על סבסוד בין קבוצות גיל שונות, ובין המינים.

(2) מספר שנות הגיל בכל קבוצת גיל בפוליסה לביטוח סיעודי מסוג פרט לא יעלה על חמש שנים.

(ד) שינויים בפרמיה עבור מבוטחים קיימים בפוליסה לביטוח סיעודי מסוג פרט

⁶⁶ 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;

⁶⁷ 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;

⁶⁸ 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.

(1) חברת ביטוח המבטחת בפוליסה לביטוח סיעודי מסוג פרט תהיה רשאית להעלות את לוח הפרמיות ולהתאים את לוח הערכים המסולקים, עבור מבטחים קיימים בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ובפרט להוראות [סעיף קטן 4.2.1, סימן \(ב\)](#): "[עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבטחים 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 בריאות⁶⁹

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 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

⁶⁹ מקור: מתוך חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" (מיום 12.10.2004) (סעיף 3(ב)) – מועד תחילה 1.3.2005

2.3.5. ביטוח השתללות

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 חולים⁷⁰

(1) תקופת הביטוח בפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי לא תפחת מחמש שנים ולא תעלה על שמונה שנים.

(2) בפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי תקבע חברת ביטוח פרמיה קבועה או פרמיה מוגדלת, המתקבעת בגיל 65 לכל המאוחר, וערכי סילוק עבור כל מבוטח בהתאם למועד הצטרפותו לראשונה לביטוח; הצטרף מבוטח לביטוח לראשונה טרם הגיעו לגיל 40, תקבע עבורו חברת הביטוח פרמיה קבועה או פרמיה מוגדלת וערכי סילוק החל מהגיעו לגיל 40 או במועד מוקדם יותר, בהתאם להחלטת חברת הביטוח.

(3) חידוש פוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי חודשה פוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי, בין בחברת הביטוח שביטחה בתקופת הביטוח הקודמת ובין בחברת ביטוח חדשה, תקבע חברת ביטוח:

א. ערכי סילוק למבוטח שייקבעו לפי מועד הצטרפותו לראשונה לביטוח כפי שהיה קבוע בפוליסה הקודמת.

ב. רצף ביטוחי ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה נוספת לכל מי שהיה מבוטח בפוליסה ערב החידוש.

(4) המשכיות במקרה של אי חידוש הביטוח הסיעודי הקבוצתי

א. חברת ביטוח תאפשר למי שהיה מבוטח אצלה בפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי לעבור לפוליסה לביטוח סיעודי מסוג פרט לתקופת ביטוח לכל החיים (להלן - **פוליסת המשך**) שאלה תנאיה:

1. סכום הביטוח ותקופת תשלום תגמולי הביטוח בפוליסת המשך לא יפחתו מאלה שהיו קבועים למבוטח בפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי, אלא אם כן ביקש המבוטח להפחית את הסכום האמור; היה מבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה, רשאית חברת ביטוח להפחית בהתאם את תקרת תגמולי הביטוח להם זכאי המבוטח.

2. במעבר לפוליסת המשך יינתן רצף ביטוחי ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה נוספת.

⁷⁰ מקור: מתוך חוזר 2017-1-8 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1 עד 6 - תיקונים לגבי ביטוח סיעודי" (מיום 21.5.2017) תחילה - 1 בספטמבר 2017;

3. עבור מבוטח שגילו 40 ומעלה במועד מימוש זכות ההמשכיות כאמור להלן, יחולו הוראות אלה:

- א. הפרמיה בפוליסת ההמשך לא תהיה גבוהה מהפרמיה שנדרש אותו מבוטח לשלם בפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי טרם המעבר לפוליסת ההמשך;
- ב. שילם מבוטח בביטוח סיעודי קבוצתי פרמיה מוגדלת, תיקבע הפרמיה בפוליסת ההמשך כפרמיה מוגדלת באותם תנאים של הביטוח הסיעודי קבוצתי;
- ג. השתתף בעל פוליסה בתשלום הפרמיה וחדל מכך, רשאית חברת הביטוח לגבות מהמבוטח את חלקו של בעל הפוליסה;
- ד. הזכאות לערך מסולק בפוליסת ההמשך תחושב בהתאם לגיל ההצטרפות לביטוח לראשונה או לכל היותר בהגיעו של המבוטח לגיל 40, לפי החלטת חברת הביטוח; נצברו למבוטח ערכי סילוק, יקבע גילו לפי מועד הצטרפותו לראשונה לביטוח כפי שהיה קבוע בפוליסה הקודמת.

4. עבור מבוטח שגילו נמוך מגיל 40 במועד מימוש זכות ההמשכיות כמפורט להלן, רשאית חברת ביטוח לקבוע בפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי אחד מאלה:

- א. שיחולו לגביו הוראות פסקת משנה (א)(3) לעיל; נצברו למבוטח ערכי סילוק, יקבע גיל המבוטח לפי מועד הצטרפותו לראשונה לביטוח כפי שהיה קבוע בפוליסה הקודמת.
- ב. שדמי הביטוח בפוליסת ההמשך לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שנהוגים למצטרפים חדשים, במועד זכאותו לעבור לפוליסת ההמשך, בפוליסת פרט דומה אצל המבטח.

ב. האפשרות למעבר לפוליסת המשך, כאמור בפסקת משנה (א), תינתן למי שהיה מבוטח בפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי של אותה קבוצת מבטחים, וזאת בהתקיים אחד מאלה ובלבד שהמבוטח לא מימש את מלוא זכויותיו לפי הפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי הקיימת במועד המעבר לפוליסת ההמשך (להלן - **מועד מימוש זכות ההמשכיות**):

1. סיום תקופת הביטוח או סיום מערכת היחסים בין המבוטח לבין בעל הפוליסה, שבשלם מאבד המבוטח את זכאותו להיכלל בפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי;
2. הפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי אינה מתחדשת אצל חברת ביטוח כלשהי, לגבי כלל המבוטחים או לגבי קבוצה מסוימת מהמבוטחים.

ג. נודע לחברת ביטוח כי למבוטח קיימת זכות למימוש זכאותו כאמור, תפנה חברת הביטוח בכתב לאותו מבוטח ותציע לו לעבור לפוליסת המשך בתוך 60 ימים ממועד הפניה; תחילת תקופת הביטוח בפוליסות ההמשך תהיה ביום הפסקת הביטוח

הקבוצתי; על אף האמור, היה מבוטח זכאי לקבל תגמולי ביטוח לפי תנאי הפוליסה במועד מימוש זכות ההמשכיות, רשאית חברת הביטוח לפנות למבוטח לראשונה החל מהמועד שפסקה זכאותו של המבוטח לתגמולי הביטוח.

2.3.7. ביטוח מחלות קשות

2.3.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

2.3.9. ביטוח שיניים

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': הוראות לעניין מסמך גילוי נאות וגילוי למועמד לביטוח⁷¹

(1) לקראת כריתת חוזה ביטוח:

- א. תמסור חברת ביטוח למועמד לביטוח מידע מהותי לגבי הביטוח, בין היתר, בהתאם למידע המפורט בנספח 6.3.3.2, ותמסור לו, בהתאם לבקשתו, את מסמך גילוי נאות;
- ב. תשלח חברת ביטוח למועמד לביטוח המבקש להצטרף לסוג ביטוח המופיע במחשבון ביטוח הבריאות של רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון (להלן - המחשבון), את המסרון בנוסח הבא: "לידיעתך, רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת השוואה של פרמיות הביטוח בחברות הביטוח השונות בישראל ומדד המשקף את רמת השירות שלהן. באפשרותך להיכנס למחשבון ביטוח הבריאות⁷²."

- ג. בצירוף לסוג ביטוח שאינו מופיע במחשבון תשלח חברת ביטוח למועמד לביטוח את המסרון בנוסח הבא: "לידיעתך, רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון מפרסמת מדד המשקף את רמת השירות בחברות הביטוח השונות בישראל. באפשרותך להיכנס למדד שירות חברות הביטוח⁷³."

(2) נכרת חוזה ביטוח, תצרף חברת הביטוח מסמך גילוי נאות לפוליסה ולדף פרטי הביטוח שנמסרים למבוטח.

(3) על משלוח מסמך גילוי נאות יחולו הוראות אלה:

- א. במשלוח בדואר אלקטרוני תשלח חברת ביטוח מסמך למבוטח הראשי ולכל בגיר שביקש לקבל דיווח במסרון ובדואר אלקטרוני כאמור בסעיף 1.1.1, סימן ב', סעיף (1);
- ב. במשלוח בדואר, חברת ביטוח תשלח למבוטח הראשי מסמך אחד מרכז לכל סוג פוליסה עבור כל בני המשפחה המועמדים לביטוח;
- ג. המסמך יוצג בטבלה באופן זהה למתכונת הדיווח המפורטת בנספח 6.3.3.2 "גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות";
- ד. על אף האמור בסעיף קטן (ג), חברת ביטוח רשאית להעביר לאישור הממונה על שוק ההון, מסמך גילוי נאות מעוצב באופן שונה מזה

⁷¹ מתוך חוזר 1-1-2018 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 2, 3 ו-4 - גילוי ודיווח למבוטח בביטוח בריאות" (מיום 1.2.2018) תחילה - 2.9.2018.

⁷² קישור למחשבון.

⁷³ לביטוח סיעוד יוצג קישור לדף זה, לתאונות אישיות יוצג קישור לדף זה.

המופיע בנספח 6.3.3.2, ובלבד שיכלול את כל המידע המופיע בנספח האמור.

ה. המסמך לא יעלה על שני עמודים (A4); על אף האמור, בביטוח מחלות קשות ובביטוח סיעודי המסמך לא יעלה על שלושה עמודים (A4); הוראות סעיף זה לא יחולו על פירוט תקרות חבות המבטח בביטוח שיניים.

(4) קיבלה חברת ביטוח טופס צירוף ממועמד לביטוח, תשלח למבוטח בגיר מסרון ובו יצוין: "צורפת לביטוח ____ (בריאות/סיעוד/תאונות אישיות) בחברת ____ (שם חברת הביטוח) בעלות ____ לחודש. לרשותך מוקד שירות החברה ____ (מס' הטלפון של מוקד שירות הלקוחות בחברה)."

(5) קיבלה חברת הביטוח מספר טפסי צירוף עבור מבוטח אחד, תפרט את כל הביטוחים אליהם ביקש המבוטח להצטרף במסרון אחד.

סימן ב': פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות⁷⁴ ⁷⁵

(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

סימן א': צירוף לביטוח תאונות אישיות⁷⁶

(א) חברת ביטוח לא תשווק ביטוח תאונות אישיות אגב מכירת מוצר ביטוחי אחר או אגב פעולה אחרת; על אף האמור רשאית חברת ביטוח לשווק הרחבה למוות מתאונה או נכות מתאונה אגב מכירת ביטוח חיים - סיכון בלבד; לעניין זה, "פעולה אחרת" - כל פניה למועמד לביטוח או למבוטח, או פנייתו של המבוטח או המועמד לביטוח לחברת הביטוח שלא לצורך מכירת ביטוח או לצורך הוספת כיסוי, הרחבה או כתב שירות לביטוח קיים.

(ב) בתחילת שיווק יזום כאמור בסעיף 4(א) להוראות חוזר ביטוח 2016-1-7 "צירוף לביטוח" (8.6.2016) (להלן - **חוזר צירוף לביטוח**), יוצג למועמד לביטוח כי מטרת הפנייה היא "מכירת ביטוח תאונות אישיות".

(ג) במסגרת שיחת הצירוף חברת ביטוח או סוכן הביטוח יציינו בפני המבוטח את הבאים -
1. הפוליסה מכסה נזקים שנגרמו כתוצאה מתאונה בלבד ואינה כוללת כיסוי לנזקים שנגרמו כתוצאה ממחלה.

⁷⁴ **מקור:** מתוך חוזר 2011-1-2 "פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות" (מיום 2.8.2011) (סעיף 2(ז)) - תחילה: 1.3.2012.

⁷⁵ הוראות אלו אינן חלות על כיסויים ביטוחיים לפרוצדורות רפואיות המבוצעות בחו"ל.

⁷⁶ **מקור:** מתוך חוזר 2021-1-6 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 2, 3 ו-4 - ביטוח תאונות אישיות" (מיום 25.4.2021) (סעיף 3.1.2(ג-3)) - תחילה: 1.5.2021.

2. הפוליסה אינה מהווה תחליף לפוליסת ביטוח חיים, שכן היא מכסה מוות מתאונה בלבד ולא מוות מכל סיבה.

- (ד) חברת ביטוח או סוכן ביטוח יציגו למועמד לביטוח דוגמאות אודות הפיצוי הנמוך ביותר והגבוה ביותר בגין כל כיסוי בפוליסה; כך למשל יש להציג למבוטח כי הפיצוי שיינתן לו בגין שבר/נכות, יהיה בין _____ ש (סכום הפיצוי הנמוך ביותר), בגין שבר/נכות _____ (ציון האיבר הנפגע) לבין _____ ש (סכום הפיצוי הגבוה ביותר) בגין שבר/נכות _____ (ציון האיבר הנפגע).
- (ה) כללה תכנית ביטוח תנאי לפיו לא יינתן פיצוי בגין מקרה ביטוח שאירע במסגרת שימוש בכלי רכב דו גלגלי, יציגו חברת הביטוח או הסוכן בפני המועמד לביטוח קיומו של חריג כאמור טרם צירופו לתכנית.
- (ו) לעניין צירוף קטינים בגיל חינוך חובה - חברת ביטוח או סוכן יציגו למועמד לביטוח כי מי שחייב בחינוך חובה מבוטח בביטוח תאונות אישיות לתלמידים על ידי הרשות המקומית.
- (ז) פעולות הצירוף יבוצעו אל מול המועמד לביטוח במישרין על ידי חברת ביטוח או על ידי בעל רישיון כאמור בסעיף 24 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981.
- (ח) למען הסר ספק הוראות חוזר צירוף לביטוח יחולו על כל שלבי המכירה.

סימן ב': בקרה על הליך הצירוף

חברת ביטוח המעוניינת להתקשר בחוזה עם סוכן ביטוח לצורך שיווק פוליסת תאונות אישיות, תברר האם הופסקה בעבר פעילותו עם חברת ביטוח בין היתר עקב ליקוי במכירת ביטוח. החליטה חברת הביטוח להתקשר עם סוכן כאמור, תנמק ותתעד את הסיבות בעניין ממשיכה בפעילותה עמו למרות זאת.

סימן ג': אי תלות⁷⁷

(א) גורם משווק יאפשר למועמד לביטוח לרכוש תכנית ביטוח תאונות אישיות ללא תלות ברכישה של תכנית ביטוח אחרת.

3.1.3. ביטוח ניתוחים⁷⁸

סימן א': חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים שב"ן⁸⁰⁷⁹

(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

⁷⁷ מקור: מתוך חוזר 9-1-2022 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות" (מיום 28.3.2022) תחילה - 1 באוקטובר 2023

⁷⁸ ראו גם הוראות תקנות תנאים לניתוחים וטיפולים מחליפי ניתוח;

⁷⁹ מתוך חוזר 6-1-2007 "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

⁸⁰ מקור: מתוך חוזר 9-1-2022 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות" (מיום 28.3.2022) תחילה - 1 באוקטובר 2023

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 שב"ן, אפשרות לרכוש הרחבה. ההרחבה תכלול כיסוי הכולל מעבר לכיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין 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 שב"ן בקופה שעבר אליה (אם קיימת).

(ג) בטופס הצטרפות לביטוח ובטופס גילוי נאות הנלווים לתכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים שב"ן, 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

סימן א': כיסוי ביטוח להשתלות⁸¹

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"](#).

⁸¹ מקור: מתוך חוזר 1-1-2009 "כיסוי ביטוחי להשתלות" (מיום 14.1.2009) (סעיף 3) – מועד תחילה 14.1.2009;

3.1.6. ביטוח סיעודי

סימן א': תכנית לביטוח סיעודי⁸²

(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 בסעיף 4.1.6 פסקת משנה (א), 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 בסעיף 4.1.6 פסקת משנה (א).

(ג) חברת ביטוח המצרפת מבוטח לפוליסה לביטוח סיעודי שבה נקבעה תקופת המתנה העולה על 180 יום, תחתים את המבוטח על הצהרה בכתב, כמפורט [בנספח 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 אחד מאלה:

1. כל התנאים הבאים:

א. הוקרא למבוטח נוסח ההצהרה האמור בטופס ההצהרה [בנספח 6.3.4.5](#);

ב. השיחה עם המבוטח, לרבות הצהרתו כנדרש [בנספח 6.3.4.5](#), הוקלטה ותועדה.

ג. נשלח למבוטח טופס ההצהרה [בנספח 6.3.4.5](#).

2. בעל הפוליסה, בביטוח סיעודי קבוצתי, נושא במלוא עלות דמי הביטוח, לרבות גילום מס.

(ד) 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 של המבוטח לפי מועדי שינוי הגיל. ניתנה הנחה או תוספת לפרמיה - תגולם ההנחה או התוספת, לפי העניין, בפרמיית הביטוח. בנוסף, ובמידה וישנם תנאים שבהם תבוטל ההנחה - יפורט גובה ההנחה וכן התנאים לביטולה; בביטוח סיעודי קבוצתי שבו הפרמיה היא "מוגדלת", יכלול הלוח גם את הפרמיות עד הגיל שבו הפרמיה מתקבעת, נכון למועד ההצגה למבוטח.

3.1.7. ביטוח מחלות קשות

סימן א': אי תלות⁸³

⁸² מקור: מתוך חוזר 8-2017 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1 עד 6 - תיקונים לגבי ביטוח סיעודי" (מיום 21.5.2017) תחילה - ביום 1 בספטמבר 2017;

⁸³ מקור: מתוך חוזר 9-2022 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3 ו-4 - עריכת תכנית לביטוח בריאות" (מיום 28.3.2022) תחילה 1 באוקטובר 2023

(א) גורם משווק יאפשר למועמד לביטוח לרכוש תכנית ביטוח מחלות קשות ללא תלות ברכישה של תכנית ביטוח אחרת.

3.1.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

סימן א': הוראות לניסוח תכנית ביטוח נסיעות לחו"ל ואופן שיווקה:⁸⁴

(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.

3.1.9. ביטוח שיניים

סימן א': ביטוח שיניים⁸⁵

(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

⁸⁴ 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);
⁸⁵ 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.

סימן א': נמחק

סימן ב': עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבטחים חדשים^{86 87}

(א) גילוי למבטחים 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](#) בפוליסת דומות ב- 10 השנים שקדמו להצטרפות לביטוח.

3.2.1. א. הוראות לחלק מהענפים

סימן א': צירוף תחילה לפוליסת בריאות בסיסית^{88 89}

- (א) בהליך צירוף לביטוח יצרף תחילה הגורם המשווק את המועמד לביטוח לפוליסת בריאות בסיסית.
- (ב) גורם משווק לא ימכור פוליסת בריאות נוספת או פוליסת ניתוחים בישראל למועמד לביטוח שאינו מבטח בפוליסת בריאות בסיסית בחברה כלשהי.
- (ג) לאחר הצירוף לפוליסת בריאות בסיסית, ובמסגרת הליך התאמת הצרכים שמבצע הגורם המשווק, יציין הגורם המשווק בפני המועמד לביטוח כי פוליסה זו אינה כוללת כיסוי ביטוחי בגין ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, בין היתר מכיוון שכיסוי לניתוחים בישראל ניתן במסגרת הביטוח המשלים של קופות החולים.
- (ד) במידה והמועמד לביטוח הביע התעניינות בהרחבת כיסוי ביטוחי בגין ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, על הגורם המשווק להציג בפני המועמד לביטוח את הכיסוי הביטוחי בגין ביצוע ניתוחים בישראל אשר קיים לו, ככל שקיים, במסגרת הביטוח המשלים של קופת החולים - כפי שמופיע באתר הר הביטוח, ולהסביר לו מה כוללת ההרחבה לכיסוי זה.
- (ה) על הגורם המשווק להציג תחילה בפני המועמד לביטוח את האפשרות לרכוש כיסוי ביטוחי מסוג משלים שב"ן עם השתתפות עצמית ורק אח"כ אפשרות של ביטול השתתפות עצמית או שקל ראשון.
- (ו) גורם משווק לא יתנה מכירה של פוליסת בריאות בסיסית או הנחה בפוליסת בריאות בסיסית ברכישה או החזקה של פוליסת בריאות נוספת, פוליסת הרחבה או של פוליסת ניתוחים בישראל.
- (ז) גורם משווק יאפשר למועמד לביטוח לרכוש פוליסת בריאות נוספת או פוליסת ניתוחים בישראל ללא תלות ברכישה אחת מהפוליסות הבאות: פוליסת בריאות נוספת אחרת, פוליסת הרחבה, פוליסת ניתוחים בישראל, פוליסות מחלות קשות או פוליסת תאונות אישיות.
- (ח) על אף האמור בסעיפים קטנים (א) ו- (ב) -

⁸⁶ מקור: מתוך חוזר 2015-1-22 "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות למבטחים קיימים" (מיום 24.9.2015) (סעיף ה(21)) – מועד תחילה 24.9.2015;

⁸⁷ 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.

⁸⁸ הוראות סימן זה יחולו על ביטוחי ניתוחים, השתלות, תרופות והוצאות רפואיות אחרות.

⁸⁹ מקור: מתוך חוזר 2022-1-14 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות" (מיום 20.9.2022) תחילה - 1 במאי 2023

- (1) הודיעה חברת הביטוח כי בשל הליך חיתומי המבוטח לא התקבל לאחת מתכנית הביטוח שבפוליסת הבריאות הבסיסית, או שהתקבל בכפוף להחרגה או בתוספת חיתומית - ימכור לו הגורם המשווק את תכניות הביטוח האחרות שבפוליסת הבריאות הבסיסית כתנאי לרכישת פוליסת בריאות נוספת או פוליסת ניתוחים בישראל.
- (2) מועמד לביטוח מעל גיל 60 שאינו מעוניין להחזיק באחת או יותר מתכנית הביטוח שבפוליסת הבריאות הבסיסית יוכל לרכוש פוליסות ניתוחים בישראל או פוליסות בריאות נוספות בישראל מבלי לרכוש את כל תכניות הביטוח שבפוליסת הבריאות הבסיסית.
- (3) היה המועמד לביטוח מבוטח באחת או יותר מתכניות הביטוח המרכיבות את פוליסת הבריאות הבסיסית אך לא בכולן - ימכור לו הגורם המשווק תחילה את תכניות הביטוח החסרות להשלמת פוליסת הבריאות הבסיסית.
- (4) היה מועמד לביטוח מבוטח בפוליסה קבוצתית בתכנית ביטוח כלשהי, תעמוד לו זכות ההמשכיות בהתאם לתנאי הפוליסה, ללא תלות בצירוף לפוליסת בריאות בסיסית.
- (5) היה מועמד לביטוח מבוטח בפוליסת פרט בתכנית ביטוח כלשהי, רשאי הגורם המשווק לשווק לו את יתרת הכיסוי הביטוחי באותה תכנית ביטוח, ללא תלות בצירוף לפוליסת בריאות בסיסית.

סימן ב': אופן הצגת הפרמיה בהליך הצירוף⁹¹⁹⁰

- (א) בהליך צירוף יציג וימסור הגורם המשווק למועמד לביטוח את טבלאות השתנות הפרמיה לכלל הגילאים עבור כל אחת מהפוליסות בנפרד:
- (1) פוליסת בריאות בסיסית; או אם בהצעה לביטוח כלולות רק חלק מתכניות אלה - כל אחת מתכניות הביטוח המרכיבות אותה;
- (2) כל אחת מפוליסות הניתוחים בישראל, ההרחבה או הבריאות הנוספת הכלולות בהצעה לביטוח.
- (ב) על אף האמור בסעיף (א), כאשר הליך הצירוף מתבצע באמצעות שיחה טלפונית על הגורם המשווק להציג את הפרמיה למועמד לביטוח באופן הבא:
- (1) על הגורם המשווק להציג את פירוט דמי הביטוח עבור פוליסת הבריאות הבסיסית או אם בהצעה לביטוח כלולות רק חלק מתכניות אלה - כל אחת מתכניות הביטוח המרכיבות אותה, ועבור כל אחת מפוליסות ביטוח הבריאות הכלולות בהצעה לביטוח בהתאם לגיל המועמד לביטוח באותו המועד;

⁹⁰ הוראות סימן זה יחולו על ניתוחים, השתלות, תרופות, הוצאות רפואיות אחרות ומחלות קשות.
⁹¹ מקור: מתוך חוזר 2023-1-2 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות" (מיום 7.2.2023) תחילה - 1 באוקטובר 2023

(2) על הגורם המשווק להדגיש בפני המועמד לביטוח כי דמי הביטוח צפויים להשתנות במשך תקופת הביטוח ולהציג בפניו לפחות את דמי הביטוח הקבועים לקבוצת הגיל המבוגרת ביותר עבור כל אחת מפוליסות ביטוח הבריאות הכלולות בהצעה ;

(3) במהלך השיחה על הגורם המשווק לשלוח למועמד לביטוח את טבלאות השתנות הפרמיה המלאה כאמור בסעיף (א).

(ג) מבלי לגרוע מהוראות סעיפים (א) ו-(ב), בהליך צירוף שבו נמכרת פוליסת בריאות מסוג ניתוחים בישראל, יציג הגורם המשווק גם את הפרמיה ביחס לכל אחת משלושת החלופות הבאות, נוסף על הפרמיה שבהצעת הביטוח, כאמור בסעיפים (א) ו-(ב) :

(1) משלים שב"ן עם השתתפות עצמית 5,000 ש"ח ;

(2) משלים שב"ן ללא השתתפות עצמית ;

(3) שקל ראשון ללא השתתפות עצמית.

(ד) המועמד לביטוח יידרש לתת הסכמתו בנפרד לגבי כל אחת מפוליסות הבריאות שבכוונתו לרכוש.

(ה) מבלי לגרוע מהוראות הדין, הליך הצירוף יכול להתבצע תוך הסתייעות באמצעי היוועדות חזותי או אמצעי דיגיטלי אחר המאפשר הצגת הנתונים הרלוונטיים למבוטח, לרבות אזור ביטוחי הבריאות בהר הביטוח, בהתאמות הנדרשות.

סימן ג': איסור מכירת כפל ביטוח בפוליסת פרט^{92,93}

(א) גורם משווק לא ישווק פוליסת פרט למועמד לביטוח שיש ברשותו פוליסת פרט מסוג שיפוי המעניקה לו כיסוי ביטוחי דומה מבלי לבטל את הפוליסה הקיימת.

לעניין זה "כיסוי ביטוחי דומה" - כל אחת מתכניות הביטוח המנויות בפרק 1.1.1 א סימן א סעיפים (א) עד (ד) תחשב דומה לתכנית ביטוח קיימת הנושאת את אותו השם או מכילה בפועל את אותם הכיסויים הביטוחיים, בין אם באותו היקף ובין אם בהיקף שונה.

(ב) על אף האמור בסעיף (א), גורם משווק רשאי לשווק פוליסת פרט למועמד לביטוח שיש ברשותו פוליסה המעניקה לו כיסוי ביטוחי דומה מבלי לבטל את הפוליסה הקיימת באחד ממקרים הבאים :

(1) הפוליסה שיציע למועמד לביטוח לרכוש כוללת רק את יתרת הכיסוי הביטוחי.

(2) שיעור עלות הכיסוי הביטוחי הדומה בין הפוליסות אינו עולה על עשרה אחוזים מגובה הפרמיה שאושרה על ידי הממונה.

(3) בשל הליך חיתומי נדרשת החרגה מסוימת בפוליסת תרופות וברשותו של המועמד לביטוח פוליסת תרופות ישנה ללא אותן ההחרגות.

⁹² הוראות סימן זה יחולו על ביטוחי ניתוחים, השתלות, תרופות והוצאות רפואיות אחרות.

⁹³ מקור : מתוך חוזר 2022-1-9 " תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות " (מיום 28.3.2022) תחילה 1 באוקטובר 2023

(4) מועמד לביטוח המבקש לעבור ברצף ביטוחי מפוליסה קבוצתית לפוליסת פרט.

(ג) במקרים האמורים בסעיפים ב(2) עד (4), יסביר הגורם המשווק למועמד לביטוח כי הוא עתיד לרכוש פוליסה המכילה כפילות מסוימת ביחס לפוליסה אחרת הקיימת ברשותו ויחתים אותו על טופס ייעודי העומד בפני עצמו ועל פיו המועמד לביטוח מודע לכך.

סימן ד': הנחות⁹⁴

(א) גורם משווק רשאי לתת הנחה למבוטח ביחס לדמי הביטוח, ובלבד שתינתן בשיעור קבוע לתקופה של עשר שנים לפחות.

3.2.2. ביטוח תאונות אישיות

3.2.3. ביטוח ניתוחים

3.2.4. ביטוח תרופות

3.2.5. ביטוח השתלות

3.2.6. ביטוח סיעודי

i.

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

⁹⁴ הוראות סימן זה יחולו על ניתוחים, השתלות, תרופות, הוצאות רפואיות אחרות ומחלות קשות.
⁹⁵ מקור: מתוך חוזר 9-1-2022 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות" (מיום 28.3.2022) תחילה - 1 באוקטובר 2023

סימן א': גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי⁹⁶

(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 סיעודי⁹⁷

(א) ביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופת חולים:

1. חברת ביטוח תציג למבוטח במעמד מילוי טופס הצעת הביטוח ובדף פרטי הביטוח את המידע שלהלן:

(1) טבלת סכומי ביטוח לפי גיל הצטרפות כמשמעותו בסעיף 8 להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015.

(2) לוח פרמיות לפי מועדי שינוי גיל במהלך תקופת הביטוח אצל אותו מבטח; אם במועד עריכת הביטוח הסיעודי לחברי קופ"ח ידוע, בהתבסס על המודל האקטוארי, כי דמי הביטוח לתקופות ביטוח נוספות מעבר לתקופה שעבורה נערך הביטוח צפויים להתעדכן, יכלול הלוח גם את הפרמיות לתקופות הנוספות.

2. חברת ביטוח תציג באתר האינטרנט שלה, באופן בולט, בצד תכנית לביטוח סיעודי לחברי קופת חולים, את הכללים לקביעת זכאות לקבלת גמלת סיעוד, וכן את המבחנים להגדרה של חוסר יכולת לבצע 50% מכל פעולת ADL. בפרט תציג החברה טופס הערכה תפקודית, שלפיו נקבעת יכולתו של מבוטח לבצע כל פעולת ADL.

3. חברת ביטוח תצרף לטופס הגשת תביעה לקבלת גמלת סיעוד, את הכללים לקבלת גמלת סיעוד, כמפורט בסעיף (2) לעיל.

⁹⁶ מקור: מתוך חוזר 2002/3 "גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי" (מיום 24.3.2002) תחילה - 1.7.2002; ⁹⁷ מקור: מתוך חוזר 2017-1-8 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1 עד 6 - תיקונים לגבי ביטוח סיעודי" (מיום 21.5.2017) תחילה - 1 בספטמבר 2017;

4. חברת ביטוח תציג באתר האינטרנט שלה, באופן בולט, בצד תכנית לביטוח סיעודי לחברי קופ"ח, קישור למדריך לקונה ביטוח סיעודי שבאתר האינטרנט של רשות שוק ההון.
5. חברת ביטוח תמציא למבוטח, על פי בקשתו, את המדריך לקונה ביטוח סיעודי, שבאתר האינטרנט של רשות שוק ההון.
6. חברת ביטוח תציין בטופס הגילוי הנאות של הפוליסה, כי באתר האינטרנט שלה מוצגים הכללים, המבחנים וטופס ההערכה התפקודית, כאמור בסעיף (3), וכן תציג את כתובת דף האינטרנט שבו מוצגים הכללים, המבחנים וטופס ההערכה התפקודית. חברת ביטוח אף תציין בטופס הגילוי הנאות את זכותו של המבוטח לקבל מהמבטח את המדריך לקונה ביטוח סיעודי כאמור בסעיף (5) לעיל.

בפוליסה לביטוח סיעודי קבוצתי תדגיש חברת הביטוח, לצד הצגת המידע כמפורט בסעיף 3.1.6 פסקת משנה (ד), כי המידע האמור יכול להשתנות בתום תקופת הביטוח, לפי הסכמות בין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח.

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' - הוראות לעניין דף פרטי ביטוח⁹⁸

חברת ביטוח תמסור למבוטח דף פרטי ביטוח שיכלול, לכל הפחות, את הפרטים המצוינים במתכונת הדיווח המפורטת בנספח 6.3.4.6 "דף פרטי ביטוח"; חברת ביטוח רשאית להעביר לאישור הממונה על שוק ההון, דף פרטי ביטוח מעוצב באופן שונה מזה המופיע בנספח 6.3.4.6. ובלבד שיכלול את כל המידע המופיע בנספח האמור.

סימן ב': פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות^{99,100}

(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 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:

⁹⁸ מתוך חוזר 2018-1-1 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 2, 3 ו-4 - גילוי ודיווח למבוטח בביטוח בריאות" (מיום 1.2.2018) תחילה - 2 בספטמבר 2018

⁹⁹ מקור: מתוך חוזר 2011-1-2 "פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות" (מיום 2.8.2011) (סעיפים 2, 3) תחילה - 1 במרץ 2012

¹⁰⁰ חל על כל ביטוחי הבריאות למעט כיסויים ביטוחיים לפרוצדורות רפואיות המבוצעות בחו"ל

- (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.

סימן ג' - מסירת דוח שנתי

- (א) חברת ביטוח תשלח למבוטח עד ליום 30 באפריל בגין השנה שהסתיימה דוח שנתי.
- (ב) המסמך יוצג בטבלה באופן זהה למתכונת הדיווח המפורטת בנספח 6.3.4.1 "דוח שנתי למבוטח בביטוח בריאות".
- (ג) על אף האמור בסעיף קטן (ב), חברת ביטוח רשאית להעביר לאישור הממונה על שוק ההון, דוח שנתי מעוצב באופן שונה מזה המופיע בנספח 6.3.4.1, ובלבד שיכלול את כל המידע המופיע בנספח האמור.
- (ד) חברת ביטוח תשלח למבוטח ראשי דוחות של כל בני המשפחה, וכן דוח לכל מבוטח בגיר; לעניין זה, "מבוטח בגיר" - למעט במשלוח באמצעות הדואר למבוטח שהוא בן זוג של המבוטח הראשי ושניהם בעלי כתובת מגורים אחת.
- (ה) מבוטח יקבל דוח שנתי אחד, במעטפה אחת, בדואר אלקטרוני^א אחד או במסרון אחד, עבור כל ביטוחי הבריאות הקיימים לו בחברה.
- (ו) על אף האמור, חברת ביטוח רשאית, באישור הממונה על שוק ההון, לשלוח סרטונים אישיים אודות הדיווחים השנתיים, תוך הפניית המבוטחים לחשבון האישי המקוון שם יוצג הדוח השנתי.

סימן ד' - עדכון המבוטח במקרה של עליית מחיר ביטוח

- (א) ניתנה למבוטח הנחה לזמן קצוב, תשלח חברת הביטוח למבוטח ראשי ולגורם המשלם עבור כל פוליסה, ככל שפרטי הקשר עם אותו גורם ידועים לחברה, חודש לפני מועד סיום ההנחה, הודעה באמצעות מסרון שבו יצוין:
- "מבוטח יקר, לידיעתך, ביום _____ תסתיים ההנחה שקיבלת בביטוח הבריאות/תאונות אישיות/סיעוד והתשלום החודשי שלך יעלה מ- _____ ₪ ל- _____ ₪ לחודש. לרשותך מוקד שירות _____ (טלפון של מוקד שירות הלקוחות) וקישור לחשבון האישי המקוון _____, (שם חברת הביטוח)".**
- (ב) צפוי לעלות מחיר הביטוח החודשי עבור מבוטח או עבור כל משפחתו, ביותר מעשרים שקלים לחודש, תשלח חברת הביטוח למבוטח ראשי ולגורם המשלם עבור כל פוליסה, ככל שפרטי הקשר עם אותו גורם ידועים לחברה, במהלך החודש שלפני עליית מחיר הביטוח, הודעה באמצעות מסרון שבה יצוין:

"מבוטח יקר, לידיעתך, בהתאם לתנאי הפוליסה, במהלך חודש ____ יעלה מחיר הביטוח בביטוח הבריאות/תאונות אישיות/עובדים זרים מ- ____ ל- ____ לחודש, לרשותך מוקד שירות ____ (טלפון של מוקד שירות הלקוחות) וקישור לחשבון אישי מקוון בחברתנו _____, (שם חברת הביטוח)".

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

סימן א': תכנית לביטוח סיעודי¹⁰¹

(א) חברת ביטוח תפרט באתר האינטרנט שלה, בצד כל תכנית לביטוח סיעודי, את הכללים לקביעת זכאות לקבלת גמלת סיעוד, וכן את המבחנים להגדרה של חוסר יכולת לבצע 50% מכל פעולת ADL, ובפרט תציג 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.

¹⁰¹ מקור: מתוך חוזר 2017-1-8 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1 עד 6 - תיקונים לגבי ביטוח סיעודי" (מיום 21.5.2017) תחילה - 1 בספטמבר 2017;

4.1.7. ביטוח מחלות קשות

סימן א': עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות¹⁰² -¹⁰³

(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 שיווקה:¹⁰⁴

(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;

¹⁰² **מקור:** חוזר 2015-1-17 "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";

¹⁰³ 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;

¹⁰⁴ **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);

- (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."

4.1.9. ביטוח שיניים

סימן א': ביטוח שיניים¹⁰⁵

(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 כדין.

4.1.10. ביטוח עובדים זרים

סימן א': ביטוח בריאות לעובדים זרים : סודיות רפואית¹⁰⁶

(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.

¹⁰⁵ מקור : מתוך חוזר 2012-1-4 "ביטוח שיניים" (מיום 18.6.2012) (סעיף 6(ב)) תחילה – 1 באוקטובר 2012 ;

¹⁰⁶ מקור : מתוך חוזר 2006-1-18 "ביטוח בריאות לעובדים זרים : סודיות רפואית" (מיום 27.12.2006) (סעיף 2) תחילה - 1 במרץ 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^{107, 108}

(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^{109, 110}

(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

¹⁰⁷ **מקור:** מתוך חוזר 2011-1-2 "פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות" (מיום 2.8.2011) (סעיף 4א(2), 4ב) תחילה - 1 במרץ 2012 חל על כל ביטוחי הבריאות למעט כיסויים ביטוחיים לפרוצדורות רפואיות המבוצעות בחו"ל;

¹⁰⁹ **מקור:** מתוך חוזר 2015-1-22 "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות למבוטחים קיימים" (מיום 24.9.2015) (סעיף 2) תחילה - 24 בספטמבר 2015;

¹¹⁰ 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 ישוקו 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 תביעות, 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 מבוטחים (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 למבוטחים 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 פרט¹¹¹ 113

(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 מבוטחים ערב החידוש, לתקופה של שנתיים נוספות,

¹¹¹ 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.

¹¹² 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.

¹¹³ מקור: מתוך חוזר 2022-1-14 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות" (מיום 20.9.2022) תחילה - 1 במאי 2023

בין אם באותם תנאים ובין אם בתנאים שונים, ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם וללא תקופת אכשרה נוספת (להלן - רצף ביטוחי)¹¹⁴.

(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 עליה 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, תבטל הפוליסה לגביו במועד חידוש הביטוח ויושביו 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 באמצעות דואר אלקטרוני או באמצעות הדואר; לא שונו תנאי הביטוח או דמי הביטוח, רשאי המבוטח לשלוח הודעה כאמור באמצעות מסרון, ככל שמספר הטלפון הנייד מקבל הודעות טקסט; הודעה כאמור בסעיף קטן זה-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) שונו תנאי הביטוח או דמי הביטוח לתקופה נוספת באופן המחייב את הסכמתו המפורשת של המבוטח לפי סעיף 3(ו), ישלח מבוטח למבוטח, בנוסף להודעה הראשונה, הודעת טקסט למספר הטלפון הנייד של המבוטח, ככל שמספר הטלפון הנייד מקבל הודעות טקסט, במתכונת הבאה: **"מבוטח יקר, להלן קישור להודעה חשובה שנשלחה לכתובת הדואר/הדואר האלקטרוני שלך בעניין חידוש ביטוח הבריאות שלך. שים לב, ללא הסכמתך הביטוח יתבטל (קישור להודעה הראשונה ללא דרישת זיהוי פרט לתעודת זהות המבוטח וקישור לאיזור האישי המקוון)".**

(3) 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.

(4) יובהר כי ההודעה הראשונה יכולה להישלח במסגרת הדיווח השנתי למבוטח ובלבד שההודעה תוצג באופן בולט בהתאם לקבוע בנספח 6.3.4.1 בשער 6 בחוזר המאוחד - חלק 3.

(5) 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.

(6) 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.

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

(8) 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.

(9) חברת הביטוח תמסור את ההודעה השנייה באמצעות דואר אלקטרוני או בשיחת טלפון ובליוי הודעת טקסט למספר הטלפון הנייד של המבוטח, ככל שמספר הטלפון הנייד מקבל הודעות טקסט, במתכונת הבאה: **"מבוטח יקר, להלן קישור להודעה חשובה שנשלחה לכתובת הדואר האלקטרוני שלך בעניין חידוש ביטוח הבריאות שלך. שים לב, ללא הסכמתך הביטוח יתבטל (קישור להודעה השניה ללא דרישת זיהוי פרט לתעודת זהות המבוטח וקישור לאיזור האישי המקוון).**" ; ההודעה השנייה תימסר במקביל גם לסוכן הביטוח של המבוטח, ככל שישנו. לא קיימים ברשות המבטח פרטי הדואר האלקטרוני או מספר הטלפון של המבוטח, ופרטים אלה לא קיימים גם אצל סוכן הביטוח של המבוטח, או שהמבוטח לא ענה לשיחת הטלפון של המבטח, ישלח המבטח למבוטח את ההודעה השניה בדואר רשום.

(10) נשלחה הודעה ראשונה או שניה באמצעות אמצעי דיגיטאלי, תכלול ההודעה אפשרות לבחירה דיגיטאלית של המבוטח ובכלל זה אפשרות להסכים לחידוש הביטוח, שלא להסכים לחידוש הביטוח או לבקש שנציג המבטח יחזור למבוטח.

(11) 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.

(12) 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 ויצוין 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).

(13) 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.

(14) 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) אפשרות מעבר לפוליסה עדכנית

ביקש מבוטח, בכל עת, לעבור לפוליסה לפי הוראות סימן א' מבנה ביטוח בריאות, בפרק 1.1.1א לעיל (להלן - **פוליסה תואמת**), תצרפו חברת הביטוח לפוליסה תוך שמירה על רצף ביטוחי ובכפוף לתנאים הבאים:

- (1) כללה הפוליסה התואמת כיסויים שלא היו למבוטח בפוליסה הקודמת, רשאית חברת הביטוח 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.
- (2) כללה הפוליסה הקודמת של המבוטח חריגים שאינם כלולים בפוליסה התואמת, רשאית חברת הביטוח להחריג לגבי אותו מבוטח מקרה ביטוח שנגרם כתוצאה מהמקרים המפורטים בחריגים כאמור.

(ד) הודעה למבוטחים קיימים

- א. חברת ביטוח תשלח למבוטחים אצלה בפוליסת ביטוח בריאות בסיסית מיום 01.02.2016 ועד ערב מועד התחילה של חוזר זה הודעה בדבר האפשרות לעבור לפוליסה לפי הוראות סימן א' מבנה ביטוח בריאות, בפרק 1.1.1א לעיל ההודעה תכלול הצגת ההבדלים בין הפוליסה הקודמת לפוליסה התואמת, וכן אפשרות מעבר ברצף ביטוחי בהתאם לסעיף (ג); לעניין זה "הבדלים" - השוני בתנאי הביטוח וההבדלים בין דמי הביטוח בפוליסה הקודמת לדמי הביטוח בפוליסה התואמת, בגיל הנוכחי של המבוטח ובגילאים מבוגרים יותר נכון למועד השליחה.
- ב. פניה כאמור בסעיף קטן (א), תיעשה לא יאוחר מ-90 ימים מיום שהתחילה חברת הביטוח לשווק לראשונה את הפוליסה התואמת.

4.2.2. ביטוח תאונות אישיות

4.2.3. ביטוח ניתוחים

4.2.4. ביטוח תרופות

4.2.5. ביטוח השתלות

4.2.6. ביטוח סיעודי

(א)

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**

4.3. הוראות לתכנית ביטוח קבוצתי

4.3.1. הוראות לכלל הענפים

סימן א': מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי¹¹⁵

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

¹¹⁵ **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;

(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 מהמשתתפים 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 לפנים 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 ביטוח החליטה, במהלך אותה תקופה, שאין לה חבות בגינן 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 בריאות^{116, 117}

(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".

4.3.7. ביטוח מחלות קשות

¹¹⁶ מקור: מתוך חוזר 2011-1-2 "פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות" (מיום 2.8.2011) (סעיפים 4א(1), 4ב) תחילה- 1 במרץ 2012;
¹¹⁷ חל על כל ביטוחי הבריאות למעט כיסויים ביטוחיים לפרוצדורות רפואיות המבוצעות בחו"ל;

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

סימן א': כיסוי ביטוחי להשתלות¹¹⁸

(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 למבוטחים 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 סיעודי¹¹⁹

סימן א': יישוב תביעות בביטוח סיעודי:

(א) עקרונות ליישוב תביעה בביטוח סיעודי.

מבלי לגרוע מהוראות כל דין, פעולתה של חברת ביטוח, סוכן ביטוח, או ספק הערכת תפקוד

הפועל מטעמה של חברת ביטוח או סוכן ביטוח, ליישוב תביעת סיעוד, לרבות ביצוע הערכת

תפקוד וחקירה לפי הוראות חוזר זה, תעשה בתום לב, בענייניות, ביסודיות, במקצועיות,

¹¹⁸ מקור: מתוך חוזר 2009-1-1 "כיסוי ביטוחי להשתלות" (מיום 14.1.2009) (סעיף 2(ב)) תחילה – 14 בינואר 2009

¹¹⁹ מקור: מתוך חוזר 2018-1-12 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 - ביטוח סיעודי" תחילה – 27 בנובמבר 2018

בשקיפות, בהוגנות, באופן שישמור על כבודו של המבוטח ושיצמצם, ככל הניתן, את הטרחה שלו.

(ב) קבלת תביעה לתגמולי ביטוח.

(1) פנה מבוטח לחברת ביטוח או לסוכן ביטוח בבקשה להגיש תביעת ביטוח בביטוח סיעודי, תשלח לו חברת הביטוח טפסי תביעה מתאימים, לרבות טופס ויתור סודיות (בפסקה זו - **הטפסים**), מכתב הדרכה למילוי הטפסים והכללים לקבלת גמלת סיעוד כמפורט בסעיף 4.1.6 פסקה (א) לא יאוחר מיום עסקים אחד ממועד הפנייה; פנה המבוטח כאמור באמצעות דואר או פקס, תשלח חברת הביטוח את הטפסים ואת מכתב ההדרכה כאמור לא יאוחר מחמישה ימי עסקים מהמועד שבו התקבלה הפנייה; מכתב ההדרכה יכלול, בין היתר, את לוחות הזמנים להליך יישוב התביעה שבהם מחוייבת חברת הביטוח, בהתאם להוראות חוזר זה; הטפסים יפורסמו גם באתר האינטרנט של חברת הביטוח.

(2) חברת ביטוח לא תדרוש ממבוטח להגיש לה כל מידע שבאפשרותה להשיג באמצעות טופס ויתור סודיות ולא תדרוש שטופסי התביעה ימולאו או יוחתמו על ידי גורם שאינו המבוטח או מי מטעמו.

(3) קיבלה חברת ביטוח את הטפסים ממבוטח:

(א) תמנה החברה נציג שירות אשר יהיה איש קשר מטעם חברת הביטוח מול המבוטח וילווה את המבוטח לאורך כל הליך הטיפול בתביעה (להלן - **נציג אישי**); פרטי ההתקשרות הישירים עם הנציג האישי יימסרו למבוטח יחד עם הודעת קבלת המסמכים, כאמור בסעיף קטן (ב); לעניין זה "פרטי התקשרות" - לכל הפחות, מספר טלפון וכתובת דואר אלקטרוני.

(ב) הנציג האישי יעדכן את המבוטח בשיחה טלפונית בתוך שני ימי עסקים ממועד קבלת הטפסים, או חמישה ימי עסקים במקרה בו המבוטח פנה בדואר או בפקס ויודיע אם התקבלו במלואם (להלן - **הודעת קבלת המסמכים**); על אף האמור, התקבלו הטפסים במלואם, רשאית חברת ביטוח לעדכן את המבוטח באמצעות הודעה למכשיר הטלפון הנייד; עדכונים כאמור ישלחו למבוטח גם בדואר.

(ג) תפנה החברה לגורמים הרלוונטיים, לא יאוחר משני ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים, לקבלת כל המידע הנדרש לה לצורך קביעת יכולתו התפקודית של המבוטח.

(4) החליטה חברת ביטוח כי המידע שנמצא ברשותה מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח, תכריע לגבי תביעת המבוטח, על בסיס המידע שקיבלה מהמבוטח ושהשיגה באמצעות טופס ויתור סודיות, לא יאוחר מ-20 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים; החליטה חברת ביטוח כי המידע האמור מספק לקביעה כי יכולתו התפקודית של המבוטח מזכה בתגמולי ביטוח, לא תהיה רשאית להפנות את המבוטח להערכת תפקוד קובעת, כמפורט בפסקה (ג) (להלן - **הערכת תפקוד קובעת**); כלל המידע שנמצא ברשות חברת ביטוח הערכת תפקוד שבוצעה על ידי המוסד לביטוח לאומי או הערכת תפקוד שבוצעה עבור חברת ביטוח אחרת (בפסקה זו - **הערכת תפקוד אחרת**), תחשב הערכת התפקוד האחרת כמידע מספק לעניין תיאור ביצוע הפעולות המפורטות בה.

- (5) חלפו 20 ימי עסקים כאמור בפסקת משנה (4) והחליטה חברת ביטוח כי המידע שנמצא ברשותה אינו מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח, תפנה חברת הביטוח את המבוטח לביצוע הערכת תפקוד קובעת; החלטת חברת הביטוח כאמור תנומק ותתייחס, בין היתר, לסיבות שבגינן המידע כאמור אינו מספק; החלטת חברת הביטוח תישלח למבוטח.
- (6) חברת ביטוח תקבע כללים לקבלת החלטתה ביחס לפסקאות משנה (4) ו-(5); כללים כאמור יתייחסו, לכל הפחות, למצבים רפואיים ותפקודיים שונים, פרק הזמן הצפוי לשיקומו של המבוטח וגילו של המבוטח.
- (7) קיבלה חברת ביטוח את תוצאות הערכת התפקוד הקובעת, תכריע בתביעה לא יאחר מ-15 ימי עסקים ממועד שקיבלה את ההערכה; החליטה חברת ביטוח לדחות את תוצאות הערכת התפקוד הקובעת, תמנה ספק מכריע בהתאם להוראות פסקת משנה (ה)(2).
- (8) החליטה חברת ביטוח לדחות את תביעת המבוטח, תנמק החברה את החלטתה; דחתה חברת ביטוח את תביעת המבוטח בטענה שלא קרה מקרה הביטוח, תציין החברה בהודעת הדחייה אלו מפעולות ה-ADL, בהתאם לסעיף 2.2.6(א)(1), התובע אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו.
- (9) ביקשה חברת ביטוח לבדוק מחדש את זכאותו של מבוטח לתגמולי ביטוח או דחתה חברת ביטוח את תביעת המבוטח והובא לידיעתה כי הוחמרה יכולתו התפקודית של המבוטח, תראה חברת הביטוח בכך כתביעה חדשה לעניין חוזר זה.
- (ג) ביצוע הערכת תפקוד.
- (1) חברת ביטוח תבחר ספק הערכות תפקוד באופן אקראי ומחזורי מתוך רשימה של ספקי הערכות תפקוד בהתאם לחלוקת הספקים כמפורט בסעיף קטן ז(3) (להלן - **ספק מעריך**).
- (2) חברת ביטוח, או מי מטעמה, תיצור קשר עם המבוטח, לא יאחר מ-3 ימי עסקים מהמועד שבו החליטה חברת ביטוח כי המידע שנמצא ברשותה אינו מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח כמפורט בפסקה (ב)(5) לעיל, לתיאום מועד לביצוע הערכת תפקוד; הערכת התפקוד תבוצע לא יאחר מ-3 ימי עסקים מהמועד שבו יצרה חברת הביטוח, או מי מטעמה, קשר עם המבוטח, אלא אם ביקש המבוטח שההערכה תתבצע במועד מאוחר יותר.
- (3) הערכת תפקוד תיעשה תוך שמירה על כבודו של המבוטח;
- (4) הערכת התפקוד תכלול, לכל הפחות, בדיקה מקיפה של המבוטח ותיעוד מפורט של מהלך ההערכה, ביחס לכל אחת מהפעולות הנבחנות, וכן התייחסות לבדיקות ולמבחנים שבוצעו למבוטח במסגרת הערכת התפקוד;
- (5) הערכת התפקוד תכלול תיאור מילולי שרשם הספק המעריך ביחס לכל פעולה שנבדקה; הערכה תכלול, לכל הפחות, את הבאים: מידע שנמסר מאת המבוטח או מי מטעמו; תיאור של המעריך בדבר אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח; והתרשמות המעריך בדבר יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על הערכת התפקוד ועל מידע רפואי נוסף שהעבירה חברת הביטוח לספק לצורך ביצוע הערכת התפקוד; הערכת

התפקוד לא תכלול הערכה מספרית ביחס ליכולתו של מבוטח לבצע פעולות ADL הנבחנות במסגרת הערכת התפקוד;

(6) הערכת התפקוד תבוצע בנוכחות נציג מטעם המבוטח, אלא אם כן המבוטח ויתר על נוכחות נציג מטעמו, למעט עבור מבוטח שנבדק לגביו האם הוא תשוש נפש;

(7) הערכת התפקוד תבוצע בשפה אותה דובר המבוטח או באמצעות נציג מטעם המבוטח המתרגם למבוטח את תוכן השיחה בעת הליך ביצוע ההערכה.

(8) במהלך הערכת התפקוד לא ייעזר המבוטח באדם, למעט בספק הערכות התפקוד, ככל שנדרש; הערכת התפקוד תפרט את היקף הסיוע שניתן, והסיבות למתן הסיוע.

(9) חברת ביטוח לא תסתמך על הערכה קוגניטיבית לצורך בחינת השאלה האם המבוטח "תשוש נפש", אם לא נערכה ההערכה על ידי רופא מומחה לעניין זה, כגון פסיכיאטר או רופא מומחה בתחום הגריאטריה.

(10) בהסכם בין חברת ביטוח לספק מעריך ייקבע כי הספק המעריך יעביר כל מידע הנוגע ליכולת התפקודית של המבוטח, לרבות ממצאי הערכת התפקוד, למבוטח ולחברת הביטוח באותו המועד ובאותו נוסח, בתוך 3 ימי עסקים מהמועד שבו נערכה ההערכה; ביקש מבוטח מחברת הביטוח לקבל העתק מממצאי הערכת התפקוד, תשלח לו חברת הביטוח את הממצאים בתוך 3 ימי עסקים.

(11) הערכת התפקוד שביצע הספק המעריך לפי פסקה זו, תהיה הערכת התפקוד הקובעת לצורך יישוב תביעת הביטוח בפוליסה שברשותו.

(ד) דחיית חברת ביטוח את תוצאות הערכת התפקוד הקובעת.

(1) על אף האמור בפסקת משנה (ה)(11), חברת ביטוח רשאית לדחות את תוצאות הערכת תפקוד קובעת אם התקיימו כל אלה:

(א) יש בידיה ממצאים שיש בהם לסתור את ממצאי הערכת התפקוד הקובעת, שלא היו ברשותה במועד ההפניה לביצועה;

(ב) החלטת הדחיה התקבלה לא יאוחר מ-15 ימי עסקים ממועד קבלת תוצאות הערכת התפקוד הקובעת;

(ג) חברת הביטוח הודיעה על הדחיה למבוטח, בסמוך למועד ההחלטה, ופרטה בכתב את עיקרי הממצאים שעל בסיסם החליטה לדחות את הערכת התפקוד הקובעת.

(2) דחתה חברת ביטוח את תוצאות הערכת התפקוד הקובעת, תפעל החברה כמפורט להלן:

(א) תבחר באופן אקראי ומחזורי ספק הערכות תפקוד, שהוא בעל הכשרה לעסוק ברפואה לפי פקודת הרופאים, מתוך רשימה של ספקי הערכות תפקוד שאינו הספק המעריך שנתן את הערכת התפקוד הקובעת (להלן - **ספק מכריע**).

(ב) תעביר לספק המכריע את כלל המידע הרפואי שיש בידה ואת הממצאים הסותרים כאמור בפסקת משנה ד(1)(א), וזאת לא יאוחר מ-3 ימי עסקים מהמועד שבו הודיעה למבוטח על דחית הערכת התפקוד הקובעת.

(ג) חוות דעתו המנומקת של הספק המכריע תתייחס רק לשאלה "האם יש בממצאים הסותרים כדי לדחות את ממצאי הערכת התפקוד הקובעת?"; חוות דעתו של הספק המכריע תוגש לחברת הביטוח לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד שבו קיבל את המסמכים כאמור בפסקה (2)(ב); חברת הביטוח תעביר

את העתק חוות הדעת למבוטח מיד עם קבלתה; חוות הדעת תהיה חוות הדעת הסופית לצורך יישוב תביעת הביטוח של המבוטח בפוליסה שברשותו.

(ה) ערעור מבוטח.

חברת ביטוח תאפשר למבוטח לערער בכל עת על כל החלטה לגבי תביעתו של המבוטח לפי חוזר זה, לרבות על תוצאות הערכת תפקוד שבוצעה לו; אין באמור בחוזר זה כדי לגרוע מזכות המבוטח למצות את זכויותיו על פי כל דין, לרבות הגשת תביעה לבית משפט נגד חברת הביטוח.

(ו) ביצוע חקירה.

חברת ביטוח המבקשת לעשות שימוש בחקירה לצורך בחינת יכולתו התפקודית של מבוטח, לא תעשה שימוש בחקירה אלא אם מתקיימות הוראות אלה:

(1) חברת ביטוח קבעה כללים שינחו את גורמי המקצוע מטעמה מתי לבצע חקירה; הכללים יתייחסו, בין השאר, למועד ביצוע החקירה, בשים לב למצבו הרפואי והתפקודי של מבוטח, לרבות האפשרות כי מצבו יכול להשתנות בשעות שונות של היום; החליטה חברת ביטוח לבצע חקירה, תתעד את החלטתה, בשים לב לכללים שקבעה.

(2) קיים לחברה יסוד סביר להעריך כי יכולתו התפקודית של המבוטח, במועד שבו היא מבקשת לעשות שימוש בחקירה, שונה מזו המתוארת במידע שברשותה.

(3) החקירה בוצעה בהתאם להוראות חוק חוקרים פרטיים ושירותי שמירה, תשל"ג-1972, ותקנותיו.

(4) 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.

(5) החקירה לא שימשה לבחינה האם המבוטח תשוש נפש.

(6) דוח המתעד את מהלך החקירה כלל, לכל היותר, את הפירוט הבא: מועד ביצוע החקירה ומקומה, אימות שהחקירה מבוצעת אודות המבוטח, תמונות וצילום וידאו הכולל שמע; דוח החקירה לא יכלול מלל אחר הנוגע למבוטח או למצבו התפקודי או הרפואי.

(7) דוח החקירה לא הועבר לעיונו של הספק המעריך המבצע את הערכת התפקוד הקובעת.

(8) בחינת יכולתו התפקודית של המבוטח, על בסיס ממצאי החקירה, נעשתה על ידי רופא מטעם החברה והתייחסה, בין היתר, לפעולות ה-ADL, בהתאם לסעיף 2.2.6(א)(1).

(9) החליטה חברת ביטוח לדחות את תביעת המבוטח והסתמכה החלטתה גם על ממצאים שעלו במסגרת חקירה, תצרף החברה להחלטתה גם את מועד ביצוע החקירה ומיקומה וכן תמונה מתוך החקירה ממנה ניתן יהיה לאמת את זהות המבוטח.

(ז) רשימת ספקים מעריכים.

(1) חברת ביטוח תאפשר לכל ספק הערכות תפקוד להיכלל ברשימת הספקים המעריכים שלה בכפוף לכך שהספק התחייב בכתב לקיים את ההוראות לפי חוזר זה, הרלוונטיות לגביו; חברת ביטוח תקבע אמות מידה להכללת ספקי הערכות תפקוד ברשימה.

(2) רשימת הספקים המעריכים תכלול, לכל הפחות, ספק מעריך אחד לכל 300 תביעות בביטוח סיעודי שהוגשו לחברת ביטוח בשנה הקלנדרית הקודמת למועד גיבוש הרשימה ובכל מקרה לא תפחת מ-10 ספקים מעריכים, 3 ספקים מעריכים לפחות בכל מחוז; על אף האמור, היה לחברת ביטוח יסוד סביר להניח כי מספר הערכות התפקוד שיבוצעו בשנה הקלנדרית הסמוכה לאחר מועד גיבוש הרשימה צפוי לגדול, תעדכן את הרשימה בהתבסס על אותה הנחה; לעניין חוזר זה יראו מספר ספקי הערכות תפקוד הנשלטים על ידי ספק הערכות תפקוד כספק אחד; לעניין זה, "מחוז" - כאמור בהודעה על חלוקת שטחי המדינה למחוזות ולנפות ותיאורי גבולותיהם, מיום 20.3.1957.

(3) רשימת הספקים המעריכים תכלול, לכל הפחות, חלוקה לספקים מעריכים בתחום תשירות הנפש ולספקים מעריכים בתחום יכולתו של המבוטח לבצע פעולות ADL בהתאם לסעיף 2.2.6(א)(1) ולכל הפחות בהתאם למשקלן של תביעות בגין תשירות נפש מתוך סך התביעות בביטוח סיעודי בשנה הקלנדרית הקודמת למועד גיבוש הרשימה.

(4) חברת ביטוח לא תכלול ברשימת הספקים המעריכים ספק הערכות תפקוד -

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

(ב) שהוא או בעלי תפקידים המועסקים אצלו מועסקים או מספקים שירותים לחברת הביטוח במסגרת הליך יישוב התביעות בביטוח סיעודי, למעט אספקת שירות הערכת התפקוד לפי הוראות חוזר זה;

(ג) שהוא או בעלי תפקידים המועסקים אצלו נושאים בתפקידים משמעותיים בחברת הביטוח.

(5) חברת ביטוח רשאית להוציא ספק מעריך מהרשימה, אם מצאה שהספק לא מילא את תפקידו כספק מעריך ראוי ומקצועי או שהערכת התפקוד שביצע פגעה או עלולה הייתה לפגוע בכבודו של המבוטח, ואם התקיימו כל אלה (להלן - **הליך הוצאת ספק**):

(א) נמסרה לספק הודעה מנומקת על הכוונה להוציאו מהרשימה, לפחות 21 ימים לפני ההחלטה על הוצאתו מהרשימה;

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

(ג) חברת הביטוח תיעדה את הליך הוצאת ספק מהרשימה, לרבות התכתבויות שהתקיימו בין הספק לחברה והעבירה את התיעוד לממונה טרם הוצאת הספק.

(6) רשימת הספקים המעריכים תפורסם באתר האינטרנט של חברת הביטוח.

(ח) איסור השפעה על ספקים מעריכים.

(1) חברת ביטוח לא תשפיע על שיקול דעתו המקצועי של ספק מעריך ובכלל זה לא תיתן לו הוראות או הנחיות המגבילות את שיקול דעתו המקצועי.

(2) חברת ביטוח תעביר לספק מעריך שבחרה את המידע הרפואי הדרוש לצורך ביצוע הערכת התפקוד; לעניין זה, "מידע רפואי" - למעט תוצאות חקירה ומידע אודות המבוטח שיש בהן כדי לחוות דעה של חברת הביטוח, או מי מטעמה, בנוגע ליכולתו התפקודית המבוטח.

(3) העביר ספק מעריך לחברת ביטוח הערכת תפקוד, רשאית חברת הביטוח להעלות בפני הספק המעריך הערה בעניין טכני בלבד הנוגע להערכת התפקוד, ואשר אין בה השפעה כלשהי על שיקול דעתו המקצועי של הספק; לעניין זה, "הערה בעניין טכני" - הערה

שמקורה בטעות סופר של הספק; מצא הספק המעריך כי יש בסיס להערה שהועלתה, תפורט ההערה במסמך הערכת התפקוד המתוקנת; הספק המעריך ימסור את הערכת התפקוד המתוקנת לחברת הביטוח ולמבוטח, בצרוף הסבר לגבי ההבדלים בין הערכת תפקוד זו לבין ההערכה הקודמת, בתוך 3 ימי עסקים מהמועד שבו העלתה בפניו חברת הביטוח את ההערה.

(4) חברת ביטוח או סוכן ביטוח לא ישלמו או יקבלו עמלה או כל טובת הנאה, האחד ממשנהו וכן בינם לבין הספק המעריך או המבוטח בקשר עם ההליך ליישוב תביעות המפורט בחוזר זה; האמור בפסקת משנה זו לא יחול לגבי תגמול שניתן לספק מעריך עבור ביצוע הערכות התפקוד, ובלבד שאינו תלוי בתוצאות הערכות התפקוד.

(ט) תיעוד.

חברת ביטוח תנהל רישום של נתונים, לכל הפחות, לפי המפורט להלן, תוך הפרדה בין ביטוח פרט לביטוח קבוצתי ובחלוקה לפי שנים קלנדריות:

- (1) תביעות שעבורן החליטה חברת הביטוח לגבי היותו של המידע מספק המאפשר לקבוע את יכולתו התפקודית של המבוטח או לא, כמפורט בפסקאות משנה (ב)(4) ו-(ב)(5).
- (2) תביעות שעבורן ביצעה חברת הביטוח הערכת תפקוד קובעת כמפורט בפסקת משנה (ב)(5). עבור כל תביעה כאמור תתעד חברת הביטוח המפורט להלן:

(א) פרטי הספק המעריך שביצע את הערכת התפקוד ותוצאותיה.

(ב) האם החברה דחתה את תוצאות הערכת התפקוד.

(3) פרטי הספק המעריך שנבחר להיות ספק מכריע והכרעתו.

(י) שמירת דינים.

בכל מקרה של סתירה בין הוראות חוזר זה להוראות חוזר יישוב תביעות, יחולו הוראות חוזר זה.

5.1.7. ביטוח מחלות קשות

5.1.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

5.1.9. ביטוח שיניים

סימן א': ביטוח שיניים^{120, 121}

- (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 למבוטח¹²²

- (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 תצטרף 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 הדעת 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.

¹²⁰ 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;

¹²¹ על אף האמור בהערת שולים 100, מועד תחילתה של פסקה (ג) ביום 1 בינואר 2013;

¹²² מקור: מתוך חוזר 2005-1-19 "ביטוח בריאות לעובדים זרים - הודעה למבוטח" (מיום 18.4.2005) (סעיפים 1-6) תחילה – 1 ביולי 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

(א)

5.2.7. ביטוח מחלות קשות

5.2.8. ביטוח נסיעות לחו"ל

5.2.9. ביטוח שיניים

5.2.10. ביטוח עובדים זרים

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

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

6.2.1. הוראות לחלק מהענפים¹²³

סימן א': ביטול הביטוח¹²⁴

(א) בוטלה פוליסת בריאות בסיסית למבוטח שרכש אותה לאחר מועד התחילה, בתוך שישה חודשים מיום הרכישה, תבטל חברת הביטוח את כל פוליסות הבריאות ברבדים השני, והרביעי שרכש אצלה אותו מבוטח לאחר מועד התחילה, למעט אם

¹²³ הוראות פרק זה יחולו על ביטוחי ניתוחים, השתלות, תרופות והוצאות רפואיות אחרות;

¹²⁴ מקור: מתוך חוזר 2023-1-2 "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 2, 3, 4 ו-6 - עריכת תכנית לביטוח בריאות" (מיום 7.2.2023) תחילה - 1 באוקטובר 2023

קיימת למבוטח פוליסת בריאות בסיסית בחברה אחרת, והכל בכפוף להוראות כל דין.

(ב) על אף האמור בסעיף קטן (א) לא תבטל חברת הביטוח את הפוליסות כאמור במקרים הבאים-

- (1) אם קיימת למבוטח פוליסת בריאות בסיסית בחברה אחרת;
- (2) אם המבוטח החליף פוליסה מקורית לפוליסת ניתוחים בישראל או פוליסה של הרובד הרביעי.

(ג) חברת ביטוח תאפשר למבוטח שרכש פוליסת ניתוחים בישראל, פוליסת הרחבה או פוליסת בריאות נוספת לבטלן בכל עת, מבלי להתנות את הביטול האמור בביטול אחת או יותר מפוליסות ביטוח בריאות אחרות שבידי המבוטח. בוטלה פוליסה כאמור, ביטולה לא יגרום לביטול הנחה בפוליסה אחרת.

לעניין זה "ביטול הנחה" - למעט במקרה של ביטול של מחיר מופחת שניתן בשל רכישה של מספר פוליסות בריאות נוספת, שהממונה לא התנגד לו.

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

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				
סה"כ חשיפה	שנת נזק			גיל
	2002	2001	2000	
0.75		0.25	0.50	X
1.00	0.25	0.75		X+1
0.17	0.17			X+2
1.92	0.42	1	0.50	סה"כ
סך יחידות חשיפה עבור <u>הפרמיות</u> לשנת חיתום 2000,				
מבוטחים ממין זכר				
סה"כ חשיפה	שנת נזק			גיל
	2002	2001	2000	
1.00		0.25	0.75	X
1.00	0.25	0.75		X+1
0.17	0.17			X+2
2.17	0.42	1	0.75	סה"כ

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 בביטוח בריאות

לוגו חברת הביטוח			
<u>כתובת אתר האינטרנט של החברה</u>	<u>כתובת החברה למשלוח דואר</u>	<u>כתובת הדואר האלקטרוני של החברה</u>	<u>מספר טלפון ומס' פקס של מחלקת שירות לקוחות החברה</u>

תמצית תנאי הביטוח - שם הביטוח

לוח 1 - תמצית פרטי הפוליסה

תמצית פרטי הפוליסה			
		שם הביטוח	
		סוג הביטוח	
		תקופת הביטוח	
		תיאור הביטוח	
		הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	
		גובה הפיצוי הכספי שאקבל	
		אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹²⁵	
		אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה) ¹²⁶	
		השתתפות עצמית	
		במשך כמה חודשים/שנים ישולמו תגמולי הביטוח	
		סכום הביטוח שאקבל בבית ובמוסד	
		האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	
	מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות	גיל	עלות הביטוח
	xx	ילד	
	xx	21-30	
	xx	31-40	
	xx	41-50	
	xx	51-60	
	xx	61-64	
	xx	65 ומעלה	
שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון- כנס למחשבון .			
מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם			

¹²⁵ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

¹²⁶ תקופת המתנה - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבוטח זכאי לפיצוי או לשיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

לוח 2 - תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה)	השתתפות עצמית
הערות	הערות יפורטו בהתאם לאמור בסעיף 4 להוראות הפרטניות				

הוראות פרטניות - מסמך גילוי נאות

א. הצגת הנתונים תעשה באופן הבא :

1. גודל גופן האותיות והמספרים במסמך לא יפחת מ-2 מילימטרים, למעט האות "י".
 2. כל הפניה לאתר חברת הביטוח, לחשבון אישי מקוון של המבוטח ולסעיפי הפוליסה תהיה באמצעות "היפר-קישור" לסעיף. לדוגמה "סעיף 3.2".
 3. גיוני התבניות יהיו בהתאם לאחת החלופות הבאות :
 - א. בהתאם לגיונים במסמך, למעט הטבלאות או ההערות המופיעות על רקע אפור, שיופיעו על רקע לבן ;
 - ב. בגיוני המותג של חברת הביטוח ובלבד שרקע כותרות הטבלאות לא יהיה בצבע שחור או אם הכיתוב בצבע שחור, רקע כותרות הטבלאות לא יהיה בצבע לבן ; הטבלאות או ההערות המופיעות על רקע אפור, יופיעו בהתאם לגיוני המותג.
 4. ככל שמדובר בכתב שירות יש להתאים את נוסח הטופס לכתב השירות. כך למשל, יש לציין שם כתב שירות, סוג השירות וכיו"ב.
- ב. **לוח 1** - יפרט את המידע שלהלן :

1. **שם הביטוח** - שם הפוליסה, הנספח לפוליסה או כתב השירות.
2. **סוג הביטוח** - אחת מחלופות אלה : ניתוחים מהשקל הראשון, ניתוחים משלים, ניתוחים עם השתתפות עצמית, ניתוחים בחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, הרחבה לתרופות, אמבולטורי, סיעוד, סיעוד עם תקופת המתנה ארוכה, מחלות קשות, פיצוי לסרטן, נכות מתאונה, תאונות אישיות, כתב שירות, שיניים, אחר (יש לנקוב בסוג ביטוח).
3. **תקופת הביטוח** - חברת ביטוח תציין את תקופת הביטוח באחת מאלה : תקופה נקובה, גיל המבוטח, מתחדש כל שנה, או לכל החיים ; בפוליסות בריאות שחוזר ביטוח בריאות מס' 19-1-2015, בנושא "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט", מיום 24 בספטמבר 2015 (להלן - **חוזר עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט**) חל עליהן יצוין "מתחדשת כל שנתיים" תוך הפניה לסעיף בפוליסה.
4. **תיאור הביטוח** - הסבר תמציתי עד 50 מילים בדבר מהות הפוליסה ;
5. **הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)** - יוצגו הפניות לסעיפים שבהם מופיעים חריגים לכיסוי הביטוח.
6. **גובה הפיצוי הכספי שאקבל** - סעיף זה יופיע בפוליסות פיצוי בלבד ויצג את אחת מהחלופות הבאות :
 - א. "בהתאם לסכום שרכשת, הסכום מפורט בדף פרטי הביטוח".
 - ב. תוצג הטבלה הבאה :

מסלול ג'	מסלול ב'	מסלול א'	
			מוות
			נכות
			שברים

הערה חשובה - הסכומים המופיעים בטבלה הם סכומי הביטוח המקסימליים, במקרים מסוימים, למשל בנכות חלקית, סכום הביטוח יהיה בהתאם להוראות החישוב כמפורט בסעיף ____ לפוליסה.

7. אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (תקופת אכשרה), אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) והשתתפות עצמית - כאשר קיימת, תקופת אכשרה או המתנה או השתתפות עצמית קבועה לכל הכיסוי בפוליסה, יוצג פירוט תוך הפניה לסעיפי פוליסה; בכל מקרה אחר לא יוצג סעיף זה.

8. במשך כמה חודשים/שנים ישולמו תגמולי הביטוח - יפורט בחודשים או בשנים - יוצג לעניין פוליסות סיעוד בלבד.

9. סכום הביטוח שאקבל בבית ובמוסד - יוצג לעניין פוליסות סיעוד בלבד.

10. האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים - תצוין אחת מהחלופות הבאות: "רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים", "חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים"; לא כוללת הפוליסה כיסויים הקיימים בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים כאמור, לא יוצג סעיף זה.

11. עלות הביטוח -

א. במקרה שבו מחיר הביטוח הנגבה בעבור הפוליסה קבוע, יצוין גובה מחיר הביטוח ולצידו תופיע ההערה הבאה: "מחיר הביטוח לא ישתנה במהלך תקופת הביטוח, למעט האפשרות לעדכן את הפרמיה באישור הממונה על שוק ההון, ולמעט שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן. מחירי הביטוח למוצר זה נכונים למועד פרסומם".

ב. במקרה שבו מחיר הביטוח הנגבה בעבור הפוליסה משתנה בהתאם לגיל המבוטח, תוצג טבלת מחיר הביטוח לכל הגילאים, בהתאם למדרגות הגיל הרלוונטיות בחברה.

ג. במסמך גילוי נאות המתייחס לביטוח המופיע במחשבון תופיע ההערה "לידיעתך, באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון הנכונים ליום 1.1.XXXX - [כנס למחשבון](#)".

ד. בביטוחי מחלות קשות וביטוח סיעוד, לא תופיע טבלה זו והתפתחות הפרמיה תוצג בעמוד נפרד.

ג. **לוח 2** - יפרט את המידע שלהלן:

1. **שם הכיסוי.**

2. **תיאור הכיסוי** - יפורט הכיסוי תוך הפניה לסעיפי הפוליסה.

3. **מהו הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (תקרת הכיסוי)** - סעיף זה יופיע בפוליסת שיפוי בלבד.

4. **אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (תקופת אכשרה), אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) והשתתפות עצמית** - במקרה שבו קיימות תקופות שונות, השתתפות עצמית שונה או תקרה שונה בהתאם לכיסויים בפוליסה, יש לפרט זאת בלוח 2 במקום לוח 1 (הפירוט יופיע רק באחד משני הלוחות לפי העניין).

5. **הערות** - תפורט הערה תואמת לכיסוי, כדלקמן:

- א. במסמך גילוי נאות המתייחס לפוליסת ניתוחים תופיע ההערה הבאה: "לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר." בביטוח ניתוחים מהשקל הראשון יתווסף "אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב"ן, תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח."
- ב. במסמך גילוי נאות המתייחס לביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן תופיע ההערה: "למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח."
- ג. במסמך גילוי נאות המתייחס לביטוח סיעודי תופיע ההערה: "לידיעתך, באתר האינטרנט של החברה מוצגים הכללים, המבחנים וטופס ההערכה התפקודית", וכן יוצג קישור לדף האינטרנט שבו מוצגים הכללים, המבחנים וטופס ההערכה התפקודית.
- ד. במסמך גילוי נאות המתייחס לפוליסה לביטוח סיעודי שבה נקבעה תקופת המתנה העולה על 180 יום, תופיע הבהרה המפורטת בנספח א' לחוזר בריאות מס' 5-1-2013, בנושא "עריכת תכנית לביטוח סיעודי", מיום 29 באוגוסט 2013.
- ה. במסמך גילוי נאות של פוליסות המציעות שיפוי למבוטח תופיע ההערה: "חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה".

נספח א.6.3.3.1 - 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 בידך 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: _____

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 תוכנית	שכר מבוטח בתוכנית	מעביד			סה"כ עובד ומעביד
		פיצויים	תגמולים	א.כ.ע (*)	

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

							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.

נספח 6.3.3.2 - גילוי נאות למבוטח בביטוח בריאות

לוגו חברת הביטוח			
מספר טלפון ומס' פקס של מחלקת שירות לקוחות החברה	כתובת הדואר האלקטרוני של החברה	כתובת החברה למשלוח דואר	כתובת אתר האינטרנט של החברה

תמצית תנאי הביטוח - שם הביטוח

לוח 1 - תמצית פרטי הפוליסה

תמצית פרטי הפוליסה			
		שם הביטוח	
		סוג הביטוח	
		תקופת הביטוח	
		תיאור הביטוח	
		הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)	
		גובה הפיצוי הכספי שאקבל	
		אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה) ¹²⁷	
		אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה) ¹²⁸	
		השתתפות עצמית	
		במשך כמה חודשים/שנים ישולמו תגמולי הביטוח	
		סכום הביטוח שאקבל בבית ובמוסד	
		האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים	
עלות הביטוח			
מחיר הביטוח החודשי ללא הנחות ותוספות		גיל	
xx		ילד	
xx		21-30	
xx		31-40	
xx		41-50	
xx		51-60	
xx		61-64	
xx		65 ומעלה	
שים לב! מחיר הביטוח עלול להשתנות בהתאם למצבך הרפואי או עקב מתן הנחה. באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון - כנס למחשבון. מחיר הביטוח וציוני מדד השירות למוצר זה נכונים למועד פרסומם			

¹²⁷ תקופת אכשרה - תקופה המתחילה במועד תחילת הביטוח. בקרות מקרה ביטוח במהלך תקופה זו, לא יהיה זכאי מבוטח (או מוטב) לתגמולי ביטוח.

¹²⁸ תקופת המתנה - תקופה המתחילה בקרות מקרה ביטוח בגינה אין המבוטח זכאי לפיצוי או לשיפוי כלשהו, אלא רק בסופה.

לוח 2 - תמצית תיאור הכיסויים בפוליסה

תיאור הכיסויים בפוליסה					
שם הכיסוי	תיאור הכיסוי	מה הסכום המקסימלי שניתן לתבוע	אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (אכשרה)	אחרי כמה זמן מקרות הביטוח אהיה זכאי לתגמול (המתנה)	השתתפות עצמית
הערות	הערות יפורטו בהתאם לאמור בסעיף 4ג להוראות הפרטניות				

הוראות פרטניות - מסמך גילוי נאות

א. הצגת הנתונים תעשה באופן הבא:

1. גודל גופן האותיות והמספרים במסמך לא יפחת מ-2 מילימטרים, למעט האות "י".
2. כל הפניה לאתר חברת הביטוח, לחשבון אישי מקוון של המבוטח ולסעיפי הפוליסה תהיה באמצעות "היפר-קישור" לסעיף. לדוגמה "סעיף 3.2".
3. גיוני התבניות יהיו בהתאם לאחת החלופות הבאות:
 - א. בהתאם לגיונים במסמך, למעט הטבלאות או ההערות המופיעות על רקע אפור, שיופיעו על רקע לבן;
 - ב. בגיוני המותג של חברת הביטוח ובלבד שרקע כותרות הטבלאות לא יהיה בצבע שחור או אם הכיתוב בצבע שחור, רקע כותרות הטבלאות לא יהיה בצבע לבן; הטבלאות או ההערות המופיעות על רקע אפור, יופיעו בהתאם לגיוני המותג.
4. ככל שמדובר בכתב שירות יש להתאים את נוסח הטופס לכתב השירות. כך למשל, יש לציין שם כתב שירות, סוג השירות וכיו"ב.

ב. **לוח 1** - יפרט את המידע שלהלן:

1. **שם הביטוח** - שם הפוליסה, הנספח לפוליסה או כתב השירות.
2. **סוג הביטוח** - אחת מחלופות אלה: ניתוחים מהשקל הראשון, ניתוחים משלים, ניתוחים עם השתתפות עצמית, ניתוחים בחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, הרחבה לתרופות, אמבולטורי, סיעוד, סיעוד עם תקופת המתנה ארוכה, מחלות קשות, פיצוי לסרטן, נכות מתאונה, תאונות אישיות, כתב שירות, שיניים, אחר (יש לנקוב בסוג ביטוח).
3. **תקופת הביטוח** - חברת ביטוח תציין את תקופת הביטוח באחת מאלה: תקופה נקובה, גיל המבוטח, מתחדש כל שנה, או לכל החיים; בפוליסות בריאות שחוזר ביטוח בריאות מס' 19-1-2015, בנושא "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט", מיום 24 בספטמבר 2015 (להלן - **חוזר עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט**) חל עליהן יצוין "מתחדשת כל שנתיים" תוך הפניה לסעיף בפוליסה.
4. **תיאור הביטוח** - הסבר תמציתי עד 50 מילים בדבר מהות הפוליסה;
5. **הפוליסה אינה מכסה את המבוטח במקרים הבאים (חריגים בפוליסה)** - יוצגו הפניות לסעיפים שבהם מופיעים חריגים לכיסוי הביטוח.
6. **גובה הפיצוי הכספי שאקבל** - סעיף זה יופיע בפוליסות פיצוי בלבד ויצג את אחת מהחלופות הבאות:
 - א. "בהתאם לסכום שרכשת, הסכום מפורט בדף פרטי הביטוח".
 - ב. תוצג הטבלה הבאה:

מסלול ג'	מסלול ב'	מסלול א'	
			מוות
			נכות
			שברים

הערה חשובה - הסכומים המופיעים בטבלה הם סכומי הביטוח המקסימליים, במקרים

מסוימים, למשל בנכות חלקית, סכום הביטוח יהיה בהתאם להוראות החישוב כמפורט בסעיף לפוליסה.

7. אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (תקופת אכשרה), אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) והשתתפות עצמית - כאשר קיימת, תקופת אכשרה או המתנה או השתתפות עצמית קבועה לכל הכיסוי בפוליסה, יוצג פירוט תוך הפניה לסעיפי פוליסה; בכל מקרה אחר לא יוצג סעיף זה.
8. במשך כמה חודשים/שנים ישולמו תגמולי הביטוח - יפורט בחודשים או בשנים - יוצג לעניין פוליסות סיעוד בלבד.
9. סכום הביטוח שאקבל בבית ובמוסד - יוצג לעניין פוליסות סיעוד בלבד.
10. האם קיימים כיסויים חופפים בביטוח המשלים של קופות החולים - תצוין אחת מהחלופות הבאות: "רוב הכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים", "חלק מהכיסויים קיימים גם בשירותי בריאות נוספים של קופת החולים"; לא כוללת הפוליסה כיסויים הקיימים בשירותי בריאות נוספים של קופות החולים כאמור, לא יוצג סעיף זה.
11. עלות הביטוח -

א. במקרה שבו מחיר הביטוח הנגבה בעבור הפוליסה קבוע, יצוין גובה מחיר הביטוח ולצידו תופיע ההערה הבאה: "מחיר הביטוח לא ישתנה במהלך תקופת הביטוח, למעט האפשרות לעדכן את הפרמיה באישור הממונה על שוק ההון, ולמעט שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן. מחירי הביטוח למוצר זה נכונים למועד פרסומם".

ב. במקרה שבו מחיר הביטוח הנגבה בעבור הפוליסה משתנה בהתאם לגיל המבוטח, תוצג טבלת מחיר הביטוח לכל הגילאים, בהתאם למדרגות הגיל הרלוונטיות בחברה.

ג. במסמך גילוי נאות המתייחס לביטוח המופיע במחשבון תופיע ההערה "לידיעתך, באפשרותך להשוות בין מחירי הביטוח וציון מדד השירות של המבטחים השונים במחשבון ביטוח הבריאות באתר רשות שוק ההון הנכונים ליום 1.1.XXXX - [כנס למחשבון](#)".

ד. בביטוחי מחלות קשות וביטוח סיעוד, לא תופיע טבלה זו והתפתחות הפרמיה תוצג בעמוד נפרד.

ה. חברת ביטוח רשאית שלא לכלול פירוט לגבי עלות הביטוח בטופס גילוי נאות שנמסר למבוטח אחר כריתת חוזה ביטוח, ובלבד שהמידע נמסר למבוטח בדף פרטי הביטוח במועד צירופו לביטוח.

ג. לוח 2 - יפרט את המידע שלהלן:

1. שם הכיסוי.
2. תיאור הכיסוי - יפורט הכיסוי תוך הפניה לסעיפי הפוליסה.
3. מהו הסכום המקסימלי שניתן לתבוע (תקרת הכיסוי) - סעיף זה יופיע בפוליסת שיפוי בלבד.
4. אחרי כמה זמן מתחילת הביטוח ניתן לתבוע ולקבל תגמול (תקופת אכשרה), אחרי כמה זמן מקרות מקרה הביטוח אהיה זכאי לתגמול (תקופת המתנה) והשתתפות עצמית - במקרה שבו קיימות תקופות

שונות, השתתפות עצמית שונה או תקרה שונה בהתאם לכיסויים בפוליסה, יש לפרט זאת בלוח 2 במקום לוח 1 (הפירוט יופיע רק באחד משני הלוחות לפי העניין).

5. הערות - תפורט הערה תואמת לכיסוי, כדלקמן:

א. במסמך גילוי נאות המתייחס לפוליסת ניתוחים תופיע ההערה הבאה: "לתשומת לבך, חברות הביטוח משווקות פוליסה אחידה לביטוח ניתוחים. כלומר, חברות הביטוח שמציעות פוליסה זו מציעות את אותו המוצר." בביטוח ניתוחים מהשקל הראשון יתווסף "אם ברצונך לעבור לפוליסת ניתוחים מסוג משלים שב", תוכל לעשות זאת ברצף ביטוחי תוך שמירה על זכויותיך. ביטוח ניתוחים וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן הם מוצרים דומים, אך ביטוח ניתוחים מאפשר התנהלות מול חברת הביטוח בלבד וביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן מחייב פניה לקופת החולים טרם פניה לחברת הביטוח."

ב. במסמך גילוי נאות המתייחס לביטוח ניתוחים מסוג משלים שב"ן תופיע ההערה: "למימוש כיסוי בגין ניתוח, עליך לפנות לקופת החולים למימוש זכויותיך על פי השב"ן (שירותי בריאות נוספים). חברת הביטוח תעניק כיסוי מעבר לזכאותך בתכנית השב"ן בקופת החולים במקרה של ביצוע ניתוח."

ג. במסמך גילוי נאות המתייחס לביטוח סיעודי תופיע ההערה: "לידיעתך, באתר האינטרנט של החברה מוצגים הכללים, המבחנים וטופס ההערכה התפקודית", וכן יוצג קישור לדף האינטרנט שבו מוצגים הכללים, המבחנים וטופס ההערכה התפקודית.

ד. במסמך גילוי נאות המתייחס לפוליסה לביטוח סיעודי שבה נקבעה תקופת המתנה העולה על 180 יום, תופיע הבהרה המפורטת בנספח א' לחוזר בריאות מס' 5-1-2013, בנושא "עריכת תכנית לביטוח סיעודי", מיום 29 באוגוסט 2013.

ה. במסמך גילוי נאות של פוליסות המציעות שיפוי למבוטח תופיע ההערה: "חברת הביטוח תשלם את ההוצאות בפועל וזאת עד לתקרה הקבועה בפוליסה. שים לב, במידה ויש לך כיסוי זהה בפוליסה אחרת לא תהיה זכאי להחזר כפול מעבר לגובה ההוצאות בפועל ובכפוף לתנאי הפוליסה".

חלק ב'
ללא שינוי.

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון
נספח 6.3.4.1 - דוח שנתי למבוטח בביטוח בריאות

ריכוז הפוליסות שלך/במשפחתך

משפחת ביטוחה - ישראלה, ישראל, וישראלי - פוליסה מספר _____

עלות שנתית	סוג המוצר
	ניתוחים
	השתלות
	תרופות

ישראלה

עלות שנתית	סוג המוצר
	נספח ייעוץ ובדיקות

ישראלי

עלות שנתית	סוג המוצר
	תאונות אישיות
	סיעודי

ישראלה ביטוחה - פוליסה מספר _____

עלות שנתית	סוג המוצר
	תאונות אישיות
	מחלות קשות

סה"כ עלות שנתית ששילמה ישראלה ביטוחה עבור מוצרי ביטוח בריאות לשנת XXXX _____ ₪.

רוצה לדעת יותר? הכנס לחשבון האישי המקוון שלך באתר האינטרנט של החברה
באפשרותך לראות את כל הכיסויים הקיימים לד בכל חברות הביטוח באמצעות כניסה להר הביטוח

לוגו חברת הביטוח			
<u>כתובת אתר האינטרנט של החברה</u>	<u>כתובת החברה למשלוח דואר</u>	<u>כתובת הדואר האלקטרוני של החברה</u>	<u>מספר טלפון של מחלקת שירות לקוחות החברה</u>

מועד הנפקת הדו"ח _____

דוח שנתי למבוטח בביטוח בריאות

לוח 3 -

ריכוז נתונים אישיים למבוטח					
שם המבוטח	מספר תעודת זהות				
מספר טלפון	כתובת למשלוח דואר	כתובת דואר אלקטרוני			

(*) באפשרותך לעדכן את פרטיך האישיים בחשבונך האישי באתר החברה או בטלפון _____/ (*) לשינוי פרטים בחשבונך האישי לחץ כאן.

מבוטח יקר שים לב, נדרשת הסכמתך להמשך הפוליסה - לפרטים נוספים לחץ כאן או התקשר

לטלפון

לוח 6 -

ריכוז פרטי ותנאי הפוליסות הקיימות והפעילות למבוטח ת.ז. _____ בחברת _____ לשנת _____							
שם המוצר	סוג המוצר	מספר הפוליסה	תאריך תחילת תקופת הביטוח	תקופת הביטוח	לא יכוסה מקרה ביטוח הקשור באלו (החרגות)	סכום ביטוח בש"ח	
תיאור הביטוח -							
השנה נדרשת הסכמתך להמשך הפוליסה וזאת בבשל שינוי מהותי בתנאי הביטוח / שינוי במחיר הביטוח לפרטים נוספים לחץ כאן או התקשר לטלפון _____							
תיאור הביטוח -							

לוח 7 -

מחיר הביטוח							
לידיעתך! במחשבון הבריאות באתר משרד האוצר ניתן להשוות את מחירי הכיסויים בחברות הביטוח השונות							
שם הביטוח	סוג הביטוח	מחיר ביטוח חודשי לפני הנחה/תוספת חיתומית	תוספת בגין מצב רפואי	הנחה ב-%	יתרת תקופת ההנחה	מחיר ביטוח חודשי	סה"כ עלות הביטוח ששולם השנה
סה"כ עלות כלל הביטוחים							

לוח 8-

סה"כ מחיר הביטוח ששולם במהלך שנת הביטוח												
ינואר	פברואר	מרץ	אפריל	מאי	יוני	יולי	אוגוסט	ספט'	אוקט'	נובמבר	דצמבר	סה"כ
												מחיר הביטוח ששולם בשנת (שנת הדיווח)

מחירי הביטוח המוצגים אינם כוללים שינויים הנובעים מהצמדה למדד המחירים לצרכן.

לוח 9-

שינויים צפויים בפוליסה			
שם המבוטח	סוג הביטוח	מידע רלוונטי	שינוי בתנאי/ במחיר הביטוח

לא צפויים שינויים במחיר הביטוח או בתנאי הביטוח בשנת (השנה העוקבת לשנת הדיווח).

לוח 10 -

שם הסוכן/סוכנות	
פרטי התקשרות	

רוצה לדעת יותר? הכנס לחשבון האישי המקוון שלך באתר האינטרנט של החברה
באפשרותך לראות את כל הכיסויים הקיימים לד בכל חברות הביטוח באמצעות כניסה להר הביטוח

הוראות פרטניות - דוח שנתי

א. הצגת הנתונים תעשה באופן הבא:

1. גודל גופן האותיות והמספרים במסמך לא יפחת מ-2 מילימטרים, למעט האות "י".
2. כל הפניה לאתר החברה, לחשבון אישי מקוון של המבוטח תהיה עם היפר-קישור.
3. גיוני התבניות יהיו בהתאם לאחת החלופות הבאות:

א. בהתאם לגיונים במסמך, למעט הטבלאות או ההערות המופיעות על רקע אפור, שופיעו על רקע לבן;
 ב. בגיוני המותג של חברת הביטוח ובלבד שרקע כותרות הטבלאות לא יהיה בצבע שחור או אם הכיתוב בצבע שחור, רקע כותרות הטבלאות לא יהיה בצבע לבן; הטבלאות או ההערות המופיעות על רקע אפור, יופיעו בהתאם לגיוני המותג.

ב. בראש הדוח יוצג התאריך 31 לדצמבר לשנת הדיווח (31.12.xxxx).

ג. נוסח הדוח השנתי ומתכונתו יהיו זהים לנוסח ולמתכונת הקבועים בלוחות 3, ו-6-9.

ד. למבוטח ראשי יישלח הדוח השנתי במתכונת הבאה:

1. דף מקדים - המציג את מכלול הפוליסות הקיימות למבוטח הראשי ולמשפחתו ועלותן.
2. לוח 3 המציג את פרטי המבוטח הראשי.
3. לוחות 6 ו-7 יוצגו באופן עוקב מספר פעמים בהתאם למספר המבוטחים, ויכללו נתונים עבור כל מבוטח בנפרד.
4. לוח 8 יוצג עבור המבוטח הראשי בלבד ויכלול את נתוני מחירי הביטוח באופן מצרפי לכל בני המשפחה.
5. לוח 9 יוצג פעם אחת ויכלול נתונים מרוכזים עבור כל בני המשפחה יחדיו.

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

ה. **דף מקדים** - יפרט את מכלול נתוני הפוליסות הקיימות למבוטח הראשי ולמשפחתו ולגורם המשלם, ככל שידועים פרטים אלה לחברת הביטוח. אם לכל המבוטחים במשפחתו של המבוטח הראשי קיימים אותם כיסויים תהיה טבלה אחת המפרטת את סוג המוצר ועלותו החודשית. אם לבן משפחתו של המבוטח הראשי פוליסה נפרדת משאר בני המשפחה, זו תפורט בטבלה נפרדת.

1. **סוג המוצר** - אחת מחלופות אלה: ניתוחים מהשקל הראשון, ניתוחים משלים, פיצוי בגין ניתוח, ניתוחים עם השתתפות עצמית, ניתוחים בחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, הרחבה לתרופות, אמבולטורי, סיעוד, סיעוד עם תקופת המתנה ארוכה, סיעוד מסולקת, מחלות קשות, פיצוי לסרטן, נכות מתאונה, תאונות אישיות, כתב שירות, שיניים, אחר (יש לנקוב בסוג הביטוח).

2. **עלות שנתית** - תפורט עלותו השנתית ששולמה בפועל עבור כל כיסוי בש"ח.

3. **סה"כ תשלום שנתי ששילמה ישראלה ביטוחה עבור מוצרי ביטוח בריאות לשנת XXXX ש"ח** - יפורטו סך התשלומים השנתיים ששילם הגורם המשלם עבור כל הפוליסות שברשותו וברשות משפחתו. **קישור להר הביטוח ולאזור האישי המקוון** - בתחתית הטבלה תופיע ההערה:

"רוצה לדעת יותר? הכנס לחשבון האישי המקוון שלך באתר האינטרנט של החברה באפשרותך לראות את כל הכיסויים הקיימים לך בכל חברות הביטוח באמצעות כניסה לאתר **הר הביטוח**".

ו. **לוח 3** - יפרט את נתוני האישיים של המבוטח כפי שאלו מעודכנים ברשומות החברה. במשלוח בדואר אלקטרוני יופיע בתחתית לוח 3 קישור ל שינוי פרטים באזור האישי המקוון של המבוטח: "**לשינוי פרטים בחשבונך האישי לחץ כאן**".

במשלוח בדואר תופיע בתחתית לוח 3 ההערה: "**באפשרותך לעדכן את פרטיך האישיים בחשבונך האישי באתר החברה או בטלפון** _____".

ז. **לוח 6** - יציג את המידע המפורט להלן בטבלה:

1. **מבוטח יקר שים לב! נדרשת הסכמתך להמשך הפוליסה לפרטים נוספים לחץ כאן או התקשר לטלפון** - יוצג רק במקרים בהם חל שינוי מהותי בתנאי הביטוח/שינוי במחיר הביטוח, ונדרשת הסכמתו של המבוטח בהתאם לחוזר ביטוח בריאות מס' 19-2015, בנושא "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט", מיום 24 בספטמבר 2015. יפנה לדף נחיתה שיבהיר את מהות השינוי ויאפשר למבוטח לאשר את הביטוח.

2. **שם הביטוח** - השם המסחרי של הפוליסה, נספח הפוליסה או כתב השירות.

3. **סוג הביטוח** - אחת מחלופות אלה: ניתוחים מהשקל הראשון, ניתוחים משלים, פיצוי בגין ניתוח, ניתוחים עם השתתפות עצמית, ניתוחים בחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, הרחבה לתרופות, אמבולטורי, סיעוד, סיעוד עם תקופת המתנה ארוכה, סיעוד מסולקת, מחלות קשות, פיצוי לסרטן, נכות מתאונה, תאונות אישיות, כתב שירות, שיניים, אחר (יש לנקוב בסוג הביטוח).

4. **תיאור הביטוח** - יוצג הסבר תמציתי עד 50 מילים על מהות הפוליסה. למבוטח ראשי יופיע שדה זה פעם אחת עבור כל סוג ביטוח.

5. **השנה נדרשת הסכמתך להמשך הפוליסה וזאת בבשל שינוי מהותי בתנאי הביטוח / שינוי במחיר הביטוח לפרטים נוספים לחץ כאן או התקשר לטלפון** - יוצג במקרים בהם חל שינוי מהותי בתנאי הביטוח / שינוי במחיר הביטוח, ונדרשת הסכמתו של המבוטח בהתאם לחוזר ביטוח בריאות מס' 19-2015, בנושא "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט", מיום 24 בספטמבר 2015.

6. **מספר הפוליסה** - בהתאם לרשומות החברה.

7. **תחילת תקופת הביטוח** - xx.xx.xxxx.

8. **תום תקופת הביטוח** - חברת ביטוח תציין את תקופת הביטוח באחת מאלה: תקופה נקובה, גיל המבוטח, מתחדש כל שנה, או לכל החיים; בפוליסות בריאות שחוזר ביטוח בריאות מס' 19-1-2015, בנושא "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט", מיום 24 בספטמבר 2015, חל עליהן, יצוין "מתחדשת כל שנתיים".

9. **לא יכוסה מקרה ביטוח הקשור באלו (החרגות)** - החרגות פרטניות לכיסוי הביטוחי הייחודיות למבוטח. ככל שאין החרגות - תופיע ההערה "אין". במקום בו החרגה מסוימת תקפה למספר כיסויים, ניתן לאחד את התאים בעמודה.

10. **סכום הביטוח בש"ח** - יוצג בפוליסות פיצוי בלבד.

ח. **לוח 7** - יציג את המידע כמפורט להלן:

1. **שם הביטוח** - יצוין השם המסחרי של הפוליסה, נספח הפוליסה או כתב השירות.
2. **סוג הביטוח** - תוצג אחת מחלופות אלה: ניתוחים מהשקל הראשון, ניתוחים משלים, פיצוי בגין ניתוח, ניתוחים עם השתתפות עצמית, ניתוחים בחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, הרחבה לתרופות, אמבולטורי, סיעוד, סיעוד עם תקופת המתנה ארוכה, סיעוד מסולקת, מחלות קשות, פיצוי לסרטן, נכות מתאונה, תאונות אישיות, כתב שירות, שיניים, אחר (יש לנקוב בסוג הביטוח)
3. **מחיר ביטוח חודשי לפני הנחה/תוספת חיתומית** - יוצג מחיר הביטוח החודשי ששילם מבוטח עבור החודש האחרון לשנת הדיווח, ללא הנחות וללא תוספות חיתומיות; לא ניתנו הנחות ולא נקבעה תוספת חיתומית, לא יוצג מידע לפי סעיף זה.
4. **תוספת חיתומית** - תוצג התוספת החיתומית באחוזים. לא נקבעה תוספת חיתומית, לא יוצג מידע לפי סעיף זה.

5. **% הנחה** - יוצג אחוז ההנחה שניתן; לא ניתנה הנחה, לא יוצג מידע לפי סעיף זה.
6. **יתרת תקופת הנחה** - יוצג תאריך יתרת תקופת ההנחה ביחס ליום הדיווח; ניתנה הנחה מדורגת, יוצגו יתרות תקופות ההנחה ואחוזי ההנחה שניתנו בהתאמה בשורות נפרדות; לא ניתנה הנחה, לא יוצג מידע לפי סעיף זה.

7. **מחיר ביטוח חודשי** - יוצג מחיר הביטוח כולל הנחות ותוספות חיתומיות בגין כל כיסוי בנפרד.
8. **סה"כ עלות הביטוח ששולם השנה** - יוצג מחיר הביטוח השנתי ששילם המבוטח.
9. **מחיר הביטוח הצפוי במדרגת הגיל האחרונה** - יוצג מחיר הביטוח שצפוי המבוטח לשלם במדרגת הגיל האחרונה.

10. **סה"כ עלות כלל הביטוחים** - תוצג סך עלות הביטוח בעבור כל הכיסויים שרכש המבוטח מחברת הביטוח.

ט. **לוח 8 - מחיר הביטוח ששולם בשנת (שנת הדיווח)** - יוצג למבוטח הראשי בלבד, ויציג את סך עלות הביטוח ששולם בשנת הדיווח עבור המבוטח ומשפחתו בחלוקה לחודשי השנה;

י. **לוח 9** - יציג פרטי מידע, בין היתר, את המידע לפי חוזר עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט, בטבלה כמפורט להלן:

1. **שם המבוטח** - יצוין שמו של המבוטח שהשינוי תקף לגביו.
2. **שם הביטוח** - יצוין השם המסחרי של הפוליסה, הנספח לפוליסה או כתב השירות.
3. **מידע חשוב** - יצוין פרטי מידע הרלוונטיים לפוליסה וקשורים אליה באופן ישיר.
4. **שינוי מהותי בתנאי הביטוח / שינוי במחיר הביטוח** - תצוין תמצית פירוט השינוי שנערך עד 50 מילים. **בשינוי במחיר הביטוח** - יצוין כך: "החל מיום _____ מחיר הביטוח יהיה _____ לחודש".

5. לא צפויים שינויים בתנאי הכיסוי או במחיר הביטוח, ואין מידע חשוב לגלות למבוטח בשנת הדיווח, במקום לוח 9 וההערה המצוינת תחת הטבלה תופיע ההערה: **"לא צפויים שינויים במחיר הביטוח או בתנאי הביטוח בשנת (השנה העוקבת לשנת הדיווח)"**.

יא. לוח 10 - יציג מידע בנוגע לפרטי התקשרות עם הסוכן או הסוכנות בטבלה כמפורט להלן:

1. **פרטי סוכן/סוכנות** - במידה והתקשר המבוטח דרך סוכן/סוכנות ביטוח יוצגו פרטי ההתקשרות עימם.
2. **הפניה לאתר החברה** - בתחתית הדוח תוצג הערה תחומה במסגרת שתכלול את הנוסח הבא בכתב מודגש: **"באפשרותך לצפות בכל מסמכי הפוליסות השונות בחברת _____ באזור האישי שלך. באפשרותך לראות את כל הכיסויים הקיימים לך בכל חברות הביטוח באמצעות כניסה לאתר להר הביטוח."**

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

בטל.

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

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 בתשלום	תביעות שאושרו	תביעות שנדחו	תביעות בברור	סך הכל	בגין תביעות בתשלום	בגין תביעות שאושרו והסתיימו	סך הכל

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 רווחת - אי ספיקת כבד חריפה, פתאומית, באדם בריא, או המסבכת חולה עם מחלה כרונית יציבה, הנובעת ממנק מפושט 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 מפושט 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 רווחת: 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 רווחת: 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, גרנומומות, 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 ושואנומומות 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"ק ועליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ כ"ק.

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 צנתור 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 ייכללו 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 החריג 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 קפוזי 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 מול/ולבד 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: _____

נספח 6.3.4.6 - דף פרטי ביטוח

לוגו חברת הביטוח			
כתובת אתר האינטרנט של החברה	כתובת החברה למשלוח דואר	כתובת הדואר האלקטרוני של החברה	מספר טלפון של מחלקת שירות לקוחות החברה

מועד הדפסה

לוח 3 -

נתונים אישיים למבוטח			
שם המבוטח	מספר זהות	גיל ביטוחי	מין המבוטח
תאריך לידה			
כתובת למשלוח דואר	כתובת דואר אלקטרוני		

(*) באפשרותך לעדכן את פרטיך האישיים בחשבונך האישי באתר החברה/ (*) לשינוי פרטים אישיים [לחץ כאן](#).

לוח 4 -

נתונים פרטניים לפוליסה ולמבוטח											
שם מוצר הביטוח	סוג מוצר הביטוח	מספר הפוליסה	תחילת תקופת הביטוח	משך תקופת הביטוח	לא יכוסה מקרה ביטוח הקשור באלו (החרגות)	סכום הביטוח בש"ח	עלות חודשית של הביטוח בש"ח לפני הנחה/תוספת	תוספת למחיר ביטוח	% הנחה	יתרת תקופת ההנחה	מחיר הכיסוי לאחר הנחה
סה"כ עלות כלל הכיסויים											
אמצעי תשלום											

לוח 5 -

פירוט השתנות מחיר הביטוח							
שים לב! מחיר הביטוח המוצג, מעודכן ליום הפקת הדוח, על פי קבוצות הגיל השונות. עלות הביטוח צפוי להשתנות לאורך השנים ועל כן השיעורים המוצגים בטבלה אינם מייצגים בהכרח את עלות הביטוח שתבקש לשלם בעתיד.							
מחיר הביטוח		השתנות בחו"ל		תרופות מחוץ לסל		ניתוחים בישראל	
מחיר הביטוח	גיל	מחיר הביטוח	גיל	מחיר הביטוח	גיל	מחיר הביטוח	גיל
xx	עד 20	xx	עד 20	Xx	עד 20	xx	עד 20
xx	21-30	xx	21-30	Xx	21-30	xx	21-30
xx	31-40	xx	31-40	Xx	31-40	xx	31-40
xx	41-50	xx	41-50	Xx	41-50	xx	41-50
xx	51-60	xx	51-60	Xx	51-60	xx	51-60
xx	61-70	xx	61-70	Xx	61-70	xx	61-70
xx	מעל 70	xx	מעל 70	Xx	מעל 70	xx	מעל 70

שם הסוכן/סוכנות	
פרטי התקשרות	

רוצה לדעת יותר? הכנס לחשבון האישי המקוון שלך באתר האינטרנט של החברה
באפשרותך לראות את כל הכיסויים הקיימים לך בכל חברות הביטוח באמצעות כניסה להר הביטוח

הוראות פרטניות - דף פרטי ביטוח

- א. בראש הדוח יוצג תאריך הנפקת המסמך במבנה הבא: xx.xx.xxxx.
- ב. **לוח 3** - יפרט את נתוניו האישיים של המבוטח כפי שאלו מעודכנים ברשומות החברה. במשלוח בדואר אלקטרוני יופיע בתחתית לוח 3 קישור לטופס שינוי פרטים למבוטח תחת ההערה: "לשינוי פרטים אישיים לחץ כאן". במשלוח בדואר בתחתית לוח 3 תופיע ההערה: "באפשרותך לעדכן את פרטיך האישיים בחשבונך האישי באתר החברה".
- ג. **לוח 4** - יפרט את הנתונים הבאים:
 1. **שם מוצר הביטוח** - השם המסחרי של הפוליסה, הנספח לפוליסה או כתב השירות.
 2. **סוג מוצר ביטוח** - אחת מחלופות אלה: ניתוחים מהשקל הראשון, ניתוחים משלים, ניתוחים עם השתתפות עצמית, ניתוחים בחו"ל, השתלות וטיפולים מיוחדים בחו"ל, תרופות, הרחבה לתרופות, אמבולטורי, סיעוד, סיעוד עם תקופת המתנה ארוכה, מחלות קשות, פיצוי לסרטן, נכות מתאונה, תאונות אישיות, כתב שירות, שיניים, אחר (יש לנקוב בסוג הביטוח).
 3. **מספר הפוליסה** - בהתאם לרשומות החברה.
 4. **תחילת תקופת הביטוח** - xx.xx.xxxx.
 5. **תום תקופת הביטוח** - חברת הביטוח תציין את תקופת הביטוח באחת מאלה: תקופה נקובה, גיל המבוטח, מתחדש כל שנה, או לכל החיים; בפוליסות בריאות שחוזר ביטוח בריאות מס' 19-1-2015, בנושא "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט", מיום 24 בספטמבר 2015, חל עליהן, יצוין "מתחדשת כל שנתיים".
 6. **לא יכוסה מקרה ביטוח הקשור באלו (החרגות)** - החרגות פרטניות לכיסוי הביטוחי; ככל שאין החרגות - תופיע ההערה "אין". במקום בו החרגה מסוימת תקפה למספר כיסויים, ניתן לאחד את התאים בעמודה.
 7. **סכום הביטוח בש"ח** - יוצג בפוליסות פיצוי בלבד.
 8. **עלות חודשית של הביטוח בש"ח** לפני הנחה/תוספת - יוצגו דמי ביטוח ללא הנחות וללא תוספות רפואיות.
 9. **תוספות חיתומיות** - תוצג התוספת הרפואית באחוזים; לא נקבעה תוספת רפואית, לא יוצג סעיף זה.
 10. **% הנחה** - יוצג אחוז ההנחה שניתן; לא ניתנה הנחה, לא יוצג סעיף זה.
 11. **יתרת תקופת הנחה** - יוצג תאריך יתרת תקופת ההנחה ביחס ליום הדיווח; לא ניתנה הנחה, לא יוצג סעיף זה; ניתנה הנחה מדורגת, יוצגו יתרות תקופות ההנחה ואחוזי ההנחה שניתנו בהתאמה בשורות נפרדות.

12. **מחיר הכיסוי לאחר הנחה** - יוצגו דמי ביטוח כולל הנחות ותוספות רפואיות בגין כל כיסוי בנפרד; לא ניתנו הנחות ולא נקבעו תוספות רפואיות, לא יוצג סעיף זה.
13. **סה"כ עלות כל המוצרים** - יוצג סך דמי הביטוח בעבור כל הכיסויים שרכש המבוטח מחברת הביטוח.
14. **אמצעי התשלום** - יצינו אמצעי התשלום, תנאי התשלום וככל שידוע לחברה - מועדי הגביה.
- ד. **לוח 5** - יופיע כאשר דמי הביטוח משתנים לפי גיל ויפרט את הנתונים הבאים בטבלה:
1. בפוליסות בריאות שחוזר ביטוח בריאות מס' 19-1-2015, בנושא "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט", מיום 24 בספטמבר 2015, חל עליהן, תוצג בראש הלוח הערה: **"שים לב! מחיר הביטוח המוצג, מעודכן ליום הפקת הדוח, על פי קבוצות הגיל השונות. עלות הביטוח צפוי להשתנות לאורך השנים ועל כן השיעורים המוצגים בטבלה אינם מייצגים בהכרח את עלות הביטוח שתבקש לשלם בעתיד"**.
 2. **סוג מוצר הביטוח** - בהתאם לסעיף קטן ג(2).
 3. **גיל** - על פי חלוקה לקבוצות גיל.
 4. **מחיר הביטוח** - יוצג מחיר הפוליסה, כולל הנחות או תוספות חיתומיות שנקבעו למבוטח, בהתאם לחלוקה לקבוצת גיל שיתחילו מגילו של המבוטח ביום ההצטרפות.
- בפוליסת סיעוד במקום לוח 5 יוצג לוח הפרמיות, בהתאם לסעיף 12 בלחזור בריאות מס' 5-1-2013 בנושא "עריכת תכנית לביטוח סיעודי", מיום 29 באוגוסט 2013, ובפוליסת סיעוד עם ערכי סילוק, יוצג בנוסף גם לוח הערכים המסולקים בהתאם לסעיף 12 לחזור האמור.

נספח 6.3.4.7 - פרמטרים לתמחור רובד סיעוד מורחב בקופות החולים - נספח

1. רקע

במסגרת חוזר ביטוח 14-2020 שעניינו "תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 - ביטוח סיעודי" (30.9.2020) (להלן – **החוזר**) נקבע כי הפרמיה של הביטוח הסיעודי לחברי קופת חולים תיקבע בהתאם להנחיות שיפרסם הממונה.

לאור האמור ערכה הרשות מחקר מעמיק שעל בסיסו מפורסם כעת מסמך זה הכולל הנחות אקטואריות לתמחור הרובד המורחב, אופן השימוש בהם לחישוב הפרמיות וכן התייחסות והערות כלליות. המחקר נבדק על ידי יועץ אקטוארי חיצוני לצורך תיקוף ובדיקת סבירות שיטות החישוב, המודלים ותוצאותיהם.

המחקר בוצע על בסיס מאגר המידע המצוי ברשות מתוקף תיקון החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 "דיווח נתונים בביטוח סיעודי קבוצתי לחברי קופות חולים" מיום 24 בפברואר 2019, במסגרתו נדרשות חברות הביטוח להעביר לרשות, בין היתר, נתוני חשיפה ותביעות של מבוטחים בביטוח הסיעודי של קופות החולים. בנוסף, להשלמת הנתונים לעיל, נעשה שימוש בקובץ פטירות של משרד הפנים. ההנחות האקטואריות המוצגות להלן מתייחסות ל:

- א. שיעורי שכיחות התביעה
- ב. שיעורי הפסקת תשלום קצבת הסיעוד
- ג. שיעור אחוז שוהים בבית/מוסד במצב סיעודי

2. בסיס הנתונים

החשובים התבצעו על סמך הנתונים הבאים:

- ד. מאגר סיעוד קופות החולים:
 - (1) נתוני חשיפה ותביעות של כל המבוטחים עבור כל הקופות
 - (2) הנתונים כללו את השנים 2012-2020
 - (3) נתונים ברמה חודשית (מדווחים רבעוני)
 - (4) נתוני תביעות ברמת התשלום
 - ה. קובץ תביעות כללי של קופות החולים:
 - (1) נתונים ברמת תביעה של כל המבוטחים עבור כל הקופות
 - (2) הנתונים כללו את השנים 2000-2020
- ו. קובץ פטירות משרד הפנים - נתוני תאריכי הפטירות של האוכלוסיות לעיל.

3. תהליך העבודה

בוצע מחקר של נתוני התחלואה לפי המאפיינים של גיל מין וותק בתביעה עבור כל קופה בנפרד ועבור כל הקופות יחד. מחקר זה כלל חישוב של:

- א. שיעורי תחלואה
- ב. שיעורי IBNR
- ג. שיעורי הפסקת תשלום קצבת סיעוד עקב תמותה ועקב החלמה בחמש השנים הראשונות
- ד. שיעורי הפסקת תשלום קצבת סיעוד עקב תמותה בלבד מהשנה השישית ואילך

ה. תמהיל שהות במצב סיעודי לפי בית/מוסד, בתקופת חמש השנים הראשונות לתביעה ובתקופות שלאחר מכן
ו. בדיקה של התפתחות מגמות בשיעורים לעיל על פני השנים

4. תוצאות המחקר ונתונים סופיים

השיעורים הסופיים מוצגים בטבלאות בנספח א':

- א. טבלת שיעורי תחלואה - נתוני שיעורי התחלואה לפי קבוצות גיל ולפי מין.
 - ב. טבלת שיעורי הפסקת תשלום תביעה - הנתונים מוצגים לפי קבוצות גיל, מין ותקופות ותק התביעה.
 - ג. טבלת אחוז שוהים בבית במצב סיעודי - הנתונים מוצגים לפי קבוצות גיל, מין ותקופת ותק התביעה המחולקת לשתי קבוצות טווח קצר עד חמש שנים וטווח ארוך מעל חמש שנים.
- יצוין, כי עבור תקופות הותק עד 5 שנים, השיעורים חושבו על בסיס ותק התביעה שהיו קיימים בבסיס הנתונים. עבור שנות הותק של השנים 6 ואילך, חושבו השיעורים על בסיס שיעורי התמותה הרלוונטיים לגיל בוותק הנתון וזאת לאור מיעוט הנתונים בוותקים אלו ובהתבסס על בדיקה כי בוותקים אלו, לנתון הוותק אין יותר השפעה משמעותית על שיעורי הפסקת תשלומי התביעה ושיעורי התמותה מתכנסים לאלו של הגילאים הרלוונטיים בוותקים האלו.
- שיעורי הפסקת תשלום הקצבה מוצגים במסמך זה עד תקופה של 20 שנה שחלפה מזמן קרות האירוע הסיעודי, יתר התקופות מופיעות בקובץ האקסל המצורף למסמך זה.

5. הוראות שימוש בטבלאות הנתונים

- א. הממונה יאשר פרמיית סיכון שמבוססת על הנתונים שלהלן.
- ב. הנתונים המופיעים להלן מהווים שיעורי מינימום לצורך קביעת פרמיית ה"סיכון המינימלית" והממונה לא יאשר פרמיית סיכון שמבוססת על שיעורים נמוכים מאלו המפורסמים כאן למעט מקרים חריגים ובהתאם להוראות החוזר.
- ג. בכפוף לאישור הממונה, ניתן יהיה להוסיף מרווחי ביטחון לשיעורים המינימליים.
- ד. פרמיית ביטוח סופית לצרכן תיקבע לאחר העמסת פרמיית הסיכון להוצאות התפעוליות.
- ה. פרמיית סיכון ופרמיה סופית לצרכן ייקבעו באופן הבא:
 - (1) בנפרד לכל גיל ולכל מין.
 - (2) בעוד שהנתונים להלן מוצגים לפי קבוצות גיל, יש להרחיב את הטבלאות ע"י שימוש באינטרפולציה לינארית בין גילאי האמצע של קבוצת גיל עוקבות. לדוגמה עבור הגיל 26, יחושב שיעור התחלואה ע"י אינטרפולציה לינארית בין הגיל 22 (גיל האמצע של קבוצת הגיל 20-24 ולבין הגיל 27 (גיל האמצע של קבוצת הגיל 25-29. ובאופן דומה לכל הגילאים.
- ו. הפרמיה הסופית למבוטח תקבע ותישאר ללא שינוי החל מהגיל שייקבע בהסכם ויאושר על ידי הממונה.
- ז. פרמיות הסיכון וכן הפרמיות הסופיות כפופות לאישור מראש של הממונה על שוק ההון, בהתאם לסמכותו לפי סעיף 40 לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח), התשמ"א-1981.

6. הערות

לצורך חישוב השיעורים האחידים לארבעת קופות החולים נלקחו בחשבון שיקולי שמרנות הנוגעים לשונות בתחלואה בין הקופות.

יצוין כי שיעורים אלה נועדו לצורך קביעת הנחות תמחור עבור חישוב פרמיות הסיכון לרובד המורחב של ביטוח סיעודי לקופות החולים וכי הם נקבעו בהתבסס על ניסיון הביטוח הסיעודי הקולקטיבי הקיים של כל קופות החולים יחד, תוך בחירה שמרנית בשיעורים המתאימים לקבוצות הגיל, מין וותק תביעה השונים.

השיעורים נקבעו בהתחשב בשיקולים שונים, אקטואריים ואחרים, הרלוונטיים לתמחור הרובד השני של כיסוי הסיעודי בקופות ולכן אינם בהכרח משקפים את ממוצע הניסיון או האומדן המיטבי של מבוטחי הביטוח הסיעודי של קופות החולים ושל מבוטחי סיעוד פרט בחברות וכל שימוש בשיעורים אלו למטרות אחרות כגון תמחור, עתודות, סולבנסי צריכות להיעשות בזהירות המתבקשת תוך הפעלת שיקול דעת מקצועית.

נספח א – שיעורי תחלואה והפסקת תשלומים

1. שיעורי כניסה למצב סיעודי בחלוקה לפי קבוצות גיל ומין (שנתי)

קבוצת גיל	גברים	נשים
0-4	0.055%	0.020%
5-9	0.020%	0.012%
10-14	0.018%	0.009%
15-19	0.019%	0.012%
20-24	0.011%	0.008%
25-29	0.012%	0.012%
30-34	0.014%	0.017%
35-39	0.016%	0.021%
40-44	0.028%	0.031%
45-49	0.039%	0.038%
50-54	0.112%	0.115%
55-59	0.212%	0.185%
60-64	0.345%	0.288%
65-69	0.676%	0.616%
70-74	1.332%	1.197%
75-79	2.651%	2.889%
80-84	5.097%	5.753%
85-89	9.439%	10.690%
90-94	15.025%	16.695%
95+	18.515%	18.700%

2. שיעורי הפסקת תשלום הקצבה לפי קבוצות גיל והזמן שחלף מהתביעה (שנתי)

א. גברים:

קבוצת גיל/ שנה	5-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-94	95+
1	28.2%	42.0%	42.0%	40.8%	40.8%	40.3%	38.6%	31.3%	27.4%	29.4%	34.3%
2	10.0%	7.4%	7.4%	16.1%	16.1%	14.9%	17.4%	18.8%	22.4%	24.9%	29.6%
3	4.4%	5.3%	5.3%	11.3%	11.3%	13.4%	14.4%	18.2%	23.4%	28.4%	33.7%
4	3.0%	2.6%	2.6%	5.9%	5.9%	9.2%	11.5%	18.0%	25.1%	27.9%	29.8%
5	0.7%	1.1%	1.1%	1.5%	3.0%	6.0%	11.0%	17.5%	26.0%	32.7%	32.6%
6	0.7%	0.7%	0.7%	1.0%	2.4%	5.3%	10.0%	17.0%	26.6%	33.9%	33.9%
7	0.7%	0.7%	0.7%	1.1%	2.6%	5.7%	10.6%	17.8%	27.8%	35.2%	35.2%
8	0.7%	0.7%	0.7%	1.2%	2.9%	6.1%	11.2%	18.7%	28.9%	36.5%	36.5%
9	0.7%	0.7%	0.7%	1.3%	3.1%	6.5%	11.8%	19.6%	30.1%	37.9%	37.9%
10	0.7%	0.7%	0.7%	1.4%	3.4%	6.9%	12.5%	20.5%	31.3%	39.3%	39.3%
11	0.7%	0.7%	0.7%	1.6%	3.6%	7.4%	13.2%	21.4%	32.6%	40.7%	40.7%
12	0.7%	0.7%	0.8%	1.7%	3.9%	7.9%	13.9%	22.4%	33.9%	40.7%	40.7%
13	0.7%	0.7%	0.8%	1.9%	4.2%	8.4%	14.6%	23.4%	35.2%	40.7%	40.7%
14	0.7%	0.7%	0.9%	2.0%	4.6%	8.9%	15.4%	24.5%	36.5%	40.7%	40.7%
15	0.7%	0.7%	0.9%	2.2%	4.9%	9.4%	16.2%	25.5%	37.9%	40.7%	40.7%
16	0.7%	0.7%	1.0%	2.4%	5.3%	10.0%	17.0%	26.6%	39.3%	40.7%	40.7%
17	0.7%	0.7%	1.1%	2.6%	5.7%	10.6%	17.8%	27.8%	40.7%	40.7%	40.7%
18	0.7%	0.7%	1.2%	2.9%	6.1%	11.2%	18.7%	28.9%	40.7%	40.7%	40.7%
19	0.7%	0.7%	1.3%	3.1%	6.5%	11.8%	19.6%	30.1%	40.7%	40.7%	40.7%
20	0.7%	0.7%	1.4%	3.4%	6.9%	12.5%	20.5%	31.3%	40.7%	40.7%	40.7%

ב. נשים:

95+	90-94	80-89	70-79	60-69	50-59	40-49	30-39	20-29	10-19	5-9	קבוצת גיל/ שנה
22.5%	18.4%	16.6%	23.0%	37.6%	45.3%	49.1%	49.1%	41.6%	41.6%	31.0%	1
21.4%	18.7%	13.8%	13.5%	17.6%	16.7%	17.2%	17.2%	16.6%	16.6%	9.6%	2
25.6%	19.4%	15.3%	13.0%	13.2%	10.7%	15.3%	15.3%	7.3%	7.3%	9.0%	3
36.1%	23.1%	16.7%	12.5%	11.4%	9.0%	6.2%	6.2%	5.7%	5.7%	5.7%	4
39.6%	23.7%	17.1%	12.0%	9.0%	5.0%	1.0%	0.7%	1.0%	1.0%	1.2%	5
39.6%	28.3%	20.9%	11.7%	5.7%	2.3%	0.8%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	6
39.6%	29.1%	22.0%	12.4%	6.2%	2.6%	0.9%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	7
39.6%	30.5%	23.2%	13.2%	6.7%	2.8%	1.0%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	8
39.6%	31.9%	24.4%	14.0%	7.2%	3.1%	1.1%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	9
39.6%	33.3%	25.6%	14.9%	7.7%	3.4%	1.2%	0.5%	0.5%	0.5%	0.5%	10
39.6%	34.8%	26.9%	15.8%	8.3%	3.7%	1.4%	0.6%	0.5%	0.5%	0.5%	11
39.6%	34.8%	28.3%	16.8%	8.9%	4.1%	1.5%	0.6%	0.5%	0.5%	0.5%	12
39.6%	34.8%	29.1%	17.7%	9.6%	4.4%	1.7%	0.6%	0.5%	0.5%	0.5%	13
39.6%	34.8%	30.5%	18.7%	10.2%	4.8%	1.9%	0.7%	0.5%	0.5%	0.5%	14
39.6%	34.8%	31.9%	19.8%	10.9%	5.3%	2.1%	0.7%	0.5%	0.5%	0.5%	15
39.6%	34.8%	33.3%	20.9%	11.7%	5.7%	2.3%	0.8%	0.5%	0.5%	0.5%	16
39.6%	34.8%	34.8%	22.0%	12.4%	6.2%	2.6%	0.9%	0.5%	0.5%	0.5%	17
39.6%	34.8%	34.8%	23.2%	13.2%	6.7%	2.8%	1.0%	0.5%	0.5%	0.5%	18
39.6%	34.8%	34.8%	24.4%	14.0%	7.2%	3.1%	1.1%	0.5%	0.5%	0.5%	19
39.6%	34.8%	34.8%	25.6%	14.9%	7.7%	3.4%	1.2%	0.5%	0.5%	0.5%	20

3. אחוז שוהים בבית במצב סיעודי

מצב סיעודי מעבר לחמש שנים		מצב סיעודי חמש שנים ראשונות		קבוצת גיל
נשים	גברים	נשים	גברים	
100%	100%	100%	100%	0-9
100%	100%	100%	100%	10-19
100%	100%	100%	100%	20-29
100%	100%	100%	100%	30-39
100%	100%	99%	99%	40-49
99%	99%	99%	99%	50-59
97%	98%	97%	97%	60-69
97%	98%	95%	95%	70-79
97%	98%	93%	95%	80-89
97%	98%	90%	93%	90+

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"ץ") 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 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] 129

¹²⁹ 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 שנותרה 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] ¹³⁰

¹³⁰ 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] ¹³¹

¹³¹ 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] ¹³²

¹³² 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 ולפשט 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] 133.

¹³³ מקור: מכתב הבהרה שח. 2015-2776. פורסם ביום ה-25 בינואר 2015