

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

חלק 3 של שער 6 - הוראות לתכניות ופוליסות ביטוח בריאות

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

1. הנהגת תכנית ביטוח בריאות או שינוי בתכנית ביטוח בריאות

סימן א': נספח אקטוארי בביטוחי בריאות¹

א. חברת ביטוח המגישה תוכנית ביטוח בריאות תצרף נספח אקטוארי בשני עותקים בהתאם להוראות שלהלן:

(1) נספח אקטוארי לתוכנית בריאות חדשה יכלול את הפרטים הבאים:

(א) תיאור של הכיסויים בתוכנית הביטוח, תגמולי הביטוח, תנאי החידוש, אופן המכירה (פוליסה בסיסית או נספח), גילאי הצטרפות וגילאי סיום, פוליסת פרט או קבוצתית.

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

(ג) 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.

(ד) הביסוס הסטטיסטי בדבר אופן קביעת פרמיית הסיכון לרבות:

(1) אפיון האוכלוסייה שעליה התבסס הניתוח ותקופת הניסיון;

(2) השכיחויות, העלויות ומקורותיהן (ספרות, ניסיון של חברת הביטוח וכד') בגין כל ניתוח, סוג מחלה קשה וכד' ;

(3) כאשר הביסוס הוא על ניסיון חברת הביטוח, מספר התביעות לפי קבוצות גיל של עד 10 שנים ;

(4) אופן קביעת סכומי הביטוח בשיפוי ;

(5) הנחות חיתום (סלקציה), טבלאות תחלואה ותמותה ;

(6) שיעורי ביטולים המבוססים על ניסיון חברת הביטוח ;

(7) גובה הריבית להיוון ;

(8) אופן חישוב תעריף הסיכון.

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

(ה) שיקולים נוספים שהשפיעו על התמחור שאינם בהכרח סטטיסטיים יש לפרט במסמך המצורף עם הנספח האקטוארי.

(ו) פירוט כל ההעמסות על פרמיית הסיכון, לרבות עמלת הסוכן, הוצאות כלליות וניהול, רווח וקרן לסטיות חריגות (Adverse Deviation).

(ז) תעריף עם פרמיה קבועה לפי גיל ההצטרפות בפוליסה בה לא ניתנים ערכי פדיון או ערכי סילוק בעת ביטול הפוליסה יכלול גם מרכיב ביטולים.

(ח) לוח שיעור הנזקים הצפוי ודרך חישובו בפוליסת פרט, לפי גיל (כל חמש שנים), מין עבור פרמיה קבועה.

¹ מקור: מתוך חוזר 2002/10 "נספח אקטוארי בביטוחי בריאות" (מיום 3.10.2002) – מועד תחילה 3.10.2002

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(ט) לוח שיעור הנזקים הצפוי ודרך חישובו בפוליסה קבוצתית, לפי התפלגות משוערת של מספר המבוטחים לפי גיל ומין (כל חמש שנים). בנוסף יש לצרף גם את הגיל האקטוארי המשוער לקבוצה ושיעור הנזקים עבורו. זאת למעט במקרים בהם בעל הפוליסה משלם את כל דמי הביטוח.

(י) בפוליסות בהן דמי הביטוח נקבעים לפי גיל 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.

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

(2)

נספח אקטוארי המצורף לבקשה לשינויים בדמי ביטוח בתוכנית קיימת יכלול את כל הפרטים הבאים :

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

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

(ג) 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 תוכנית 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.

(ד) 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 תוכנית ביטוח, או סכומים קבועים ליחידת ביטוח. במקרה של שינוי התנאים בתוכנית הביטוח יש לפרט את ההשפעה של השינוי על דמי הביטוח של התוכנית.

(ה) הסבר לחישוב התביעות התלויות וה-IBNR.

(ו) נתונים היסטוריים לרבות :

(1) תאריכי התחילה והסיום של הניסיון שנצבר בתוכנית לרבות תאריך ביצוע ניתוח הנתונים.

תאריך התחילה של הניסיון יהיה מתאריך תחילת שיווק תוכנית הביטוח.

(2) ניסיון פרטני של התביעות :

מספר התביעה, סוג הביטוח, תאריך הלידה, תאריך תחילת הביטוח עבור המבוטח, תאריך האירוע, תאריך פתיחת התביעה, המין, (מעשן אם רלוונטי לתמחור), פרמטרים נוספים הרלוונטיים לתמחור, סכום הביטוח, סך התשלומים הצמודים, ערך התביעה התלויה (צמוד), מצב התביעה (אושרה, בהמתנה, נדחתה, סגורה), תאור 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.

(3) ניסיון התביעות (תשלומים, תביעות תלויות, IBNR, סך הכל) מרוכז לפי שנת חיתום ושנת נזק

(טבלה דו ממדית) ולפי מאפייני התמחור.

1

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

- (4) 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 6.4.1.1 - דוגמה לחישובי החשיפה" דוגמה לחישובי החשיפה).
- (5) 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 6.4.1.1 - דוגמה לחישובי החשיפה" דוגמה לחישובי החשיפה).
- (6) 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.
- (7) שיעורי ביטולים לפי שנת חיתום, ואם ניתן גם לפי קבוצות גיל.
- (8) סך דמי הביטוח ברוטו כולל תוספות חיתומיות לפי שנת חיתום ושנת נזק.
- להסרת ספק יש לדאוג כי תהיה הקבלה בין תקופות החשיפה, הגביה וניסיון התביעות המדווחות לעיל.
- (ז) שיעור הנזקים בפועל (מתחילת הביטוח עד תאריך בקשת שינוי דמי הביטוח) ודרך חישובו, לפני שינוי דמי הביטוח ברוטו.
- (ח) שיעור הנזקים הצפוי ודרך חישובו, לרבות ניסיון מצטבר וניסיון עתידי על התיק הקיים, לפני שינוי דמי הביטוח.
- (ט) שיעור הנזקים הצפוי ודרך חישובו, לפי גיל (כל חמש שנים) ומין, לרבות ניסיון מצטבר וניסיון עתידי על התיק הקיים, לאחר שינוי דמי הביטוח.
- (י) במקרה של דמי ביטוח קבועים, העתודה המצטברת בתוכנית לפי גיל.
- (יא) חברת ביטוח המתבססת על פרמיות סיכון ממבטח משנה תספק את פרטי הביסוס הסטטיסטי כאמור בפסקה (2)(ד).
- (יב) פרוט שיקולים נוספים שמשפיעים על התעריפים החדשים המוצעים.
- (יג) סעיפים עיקריים בהסכמי ביטוח משנה מתחילת הביטוח והשינויים הצפויים הידועים.
- (ב) הניתוחים והחישובים האקטואריים כולל הנתונים ההיסטוריים יוגשו בקובץ אקסל בו כל הנוסחאות גלויות. דברי ההסבר המצורפים לגיליון יפרטו את כל ההנחות התומכות בחישובים.
- (ג) הוראות סעיפים קטנים (א) עד (ב), 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;

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

"שיעור הנזקים הצפוי" - חלוקה של (א) ב-(ב) :

(א) מונה- הסכום של :

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

(2) הערך הנוכחי של התביעות הצפויות.

(ב) מכנה- הסכום של :

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

(2) 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 ;

"תאור 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 דוגמה ב"נספח 6.4.1.2 - 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': ביטול תקבולים לחברת ביטוח שאינם חלק מדמי ביטוח²

בפוליסות לביטוח בריאות וסיעוד המבוטח נדרש לשלם בנפרד תקבולים נוספים לדמי הביטוח, כגון גורם פוליסה. על מנת לאפשר למבוטח להשוות בין תכניות הביטוח השונות ובין התעריפים הסופיים של תכניות אלה, וכן מאחר שעל מרכיב ההוצאות בתעריף הביטוח לכלול את כל ההוצאות במסגרת פוליסת הביטוח, יש להבטיח כי דמי הביטוח יכללו את כל התקבולים שמבקשת חברת ביטוח לגבות מהמבוטח בתוכניות הביטוח.

דמי הביטוח ברוטו (היינו פרמיית הסיכון וכן העמסות) בתכניות לביטוח בריאות וסיעוד 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.

² מקור : מתוך חוזר 2006-1-13 "ביטול תקבולים למבטח שאינם חלק מפרמיית ביטוח" (מיום 28.9.2006) – מועד תחילה 1.2.2007

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

	1.1. פרט
<p>1.1.1. ביטוח תאונות אישיות</p> <p>בחלק זה הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים).</p>	<p>1.1.2. ביטוח ניתוחים</p> <p>1.1.3. ביטוח תרופות</p> <p>1.1.4. ביטוח השתלות</p> <p>1.1.5. ביטוח סיעודי</p> <p>1.1.6. ביטוח מחלות קשות</p> <p>1.1.7. ביטוח נסיעות לחו"ל</p> <p>1.1.8. ביטוח שיניים</p> <p>1.1.9. ביטוח עובדים זרים</p> <p>1.1.10. ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות</p>
	1.2. קבוצתי
<p>1.2.1. ביטוח תאונות אישיות</p> <p>בחלק זה יופיעו הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים)</p>	<p>1.2.2. ביטוח ניתוחים</p> <p>1.2.3. ביטוח תרופות</p>
<p>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' 4) ³.</p>	<p>1.2.4. ביטוח השתלות</p> <p>1.2.5. ביטוח סיעודי</p> <p>1.2.6. ביטוח מחלות קשות</p> <p>1.2.7. ביטוח נסיעות לחו"ל</p> <p>1.2.8. ביטוח שיניים</p> <p>1.2.9. ביטוח עובדים זרים</p> <p>1.2.10. ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות</p>

³ מקור : מכתב הבהרה שה. 2975-2008 מה-12 בפברואר 2008

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

2. הוראות לתכנית ביטוח בריאות

תנאים בפוליסות ביטוח בריאות

סימן א': הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות⁴

הפוליסות הקיימות לביטוח בריאות מגדירות מצבים או פרוצדורות רפואיות באופן שונה. בתהליך הרכישה של פוליסה לביטוח בריאות אין למבוטח אפשרות מעשית להשוות בין ההגדרות של הפרוצדורות הרפואיות השונות. כתוצאה מכך, המבוטח אינו מודע להבדלים השונים הנובעים מההגדרות של הכיסוי הביטוחי. לפיכך, לאחר קבלת יעוץ רפואי מקצועי, להלן הוראות להגדרת מספר פרוצדורות רפואיות בביטוחי בריאות.

(א) הפרוצדורות הרפואיות המפורטות להלן, אשר נכללות בפוליסות לביטוח בריאות, יוגדרו על פי הגדרות המינימום כמפורט להלן:

(1) ניתוח – פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח.

במסגרת זו יראו כניתוח גם פעולות פולשניות-חודרניות, כולל פעולה המתבצעת באמצעות קרן לייזר, לאבחון או לטיפול, וכן הראית אברים פנימיים בדרך אנדוסקופית, צנתור, אנגיוגרפיה וכן ריסוק אבני כליה או מרה על ידי גלי קול.

(2) ניתוח אלקטיבי – ניתוח שהצורך בו היה צפוי, ואשר קבלתו של המבוטח לבית החולים לצורך ביצוע הניתוח אינה נעשית באמצעות הפניה מחדר מיון כמקרה דחוף, אלא שהמבוטח הופנה לניתוח על ידי רופא מומחה ממרפאה (לרבות מרפאת חוץ של בית החולים).

(3) השתלה – כריתה כירורגית או הוצאה מגוף המבוטח של ריאה, לב, כליה, לבלב, כבד, וכל שילוב ביניהם, והשתלת איבר שלם או חלק מאיבר אשר נלקחו מגופו של אדם אחר במקומם, או השתלה של מח עצמות מתורם אחר בגוף המבוטח.

השתלה תכלול גם השתלת לב מלאכותי, בשלב בו הפרוצדורה הפסיקה להיות מוגדרת כניסיונית בישראל. במקרה בו יושלל לב מלאכותי כפרוצדורה הקודמת להשתלת לב מגופו של אדם אחר, יחשב הדבר כמקרה ביטוח אחד.

(4) שתל – כל אבזור, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה (כמפורט בפסקה 3 לעיל).

⁴ מקור: מתוך חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" (מיום 12.10.2004) – מועד תחילה 1.3.2005

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

2.1. פרט

סימן א': הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות⁵

(א) חברת ביטוח רשאית לשנות הגדרה מההגדרות המפורטות בסעיף 2 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות", בכפוף לשני התנאים הבאים:

1. השינוי הוא לטובת המבוטח;
2. בתנאי שניתן אישור מראש של הממונה על אגף שוק ההון לשינוי האמור.

2.1.1. ביטוח תאונות אישיות

בחלק זה הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים).

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, לעניין ביטול פוליסה לביטוח תאונות אישיות [ע] (עמדה מס' 9)⁶.

2.1.2. ביטוח ניתוחים

סימן א': חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים⁷

בשוק ביטוחי הבריאות קיימים שלושה רבדים המעניקים כיסוי לשירותי בריאות: הרובד הבסיסי שנותנת קופות החולים לכלל תושבי המדינה במסגרת סל שירותי הבריאות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי; הרובד המשלים שניתן תמורת תשלום נוסף למי שהצטרפו לתכנית לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים (בחלק זה: "שב"ן"); והרובד הפרטי הנמכר על ידי חברות ביטוח.

כ- 70% מהמבוטחים בקופות החולים הם עמיתים בתכניות השב"ן. מרבית המבוטחים בביטוח רפואי פרטי כלשהו בחברת ביטוח הם גם עמיתים בתכניות השב"ן.

מבנה זה של שוק ביטוחי הבריאות יוצר לעתים כפל כיסוי בין תכנית השב"ן לבין הביטוח הפרטי, בעיקר בכיסוי התחליפי הנוגע לניתוחים פרטיים בישראל. מצב דברים זה מביא לכך שמבוטחים משלמים פעמיים עבור אותו כיסוי, בין היתר עקב אי ידיעת הזכויות המוקנות להם ברבדים השונים.

לפיכך, נקבעה חובתה של חברת הביטוח להציע למבוטח, במועד ההצטרפות לביטוח בריאות (הכולל כיסוי לניתוחים), אפשרות לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי המשלים את הכיסוי שניתן על ידי תכנית השב"ן עבור ניתוחים פרטיים בישראל.

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

- (1) תגמולי הביטוח יהיו בדרך של החזר הוצאות (שיפוי).

⁵ מקור: מתוך חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" (מיום) – מועד תחילה 1.3.2005.
⁶ מקור: מכתב הבהרה שה. 7-29477 מ-7 באוגוסט 2011⁷ מקור: מתוך חוזר 2007-1-6 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" (מיום 6.3.2007) – מועד תחילה 1.10.2007.

⁷ מקור: מתוך חוזר 2007-1-6 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" (מיום 6.3.2007) – מועד תחילה 1.10.2007.

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

- (2) לאחר שהמבוטח פנה למימוש זכאותו על פי תנאי השב"ן, תשלם חברת ביטוח למבוטח לפחות את ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהוא זכאי לקבל על פי תנאי השב"ן. תגמולי הביטוח בתוכנית זו יהיו עד לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי חברת הביטוח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות על פי הוראות רופא או בית החולים).
- (3) קיומה של זכאות לכיסוי על פי תכנית השב"ן לא תהווה תנאי מוקדם לקיומו של הכיסוי הביטוחי, כמפורט להלן:

- (א) במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות לכלל העמיתים בשב"ן, לרבות במקרה שבו המבוטח נמצא בתקופת אכשרה בשב"ן במועד הצטרפותו לביטוח, ישולם למבוטח סך ההוצאות בפועל, בהתאם לסכומים והכיסויים הניתנים על ידי חברת הביטוח בתכנית בעלת כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות).
- (ב) במקרה שבו תכנית השב"ן אינה משתתפת במימון ההוצאות, בשל נסיבות מסוימות הנוגעות למבוטח מסוים (כדוגמת פיגור בתשלום דמי החבר לתכנית השב"ן, אי-תשלום דמי החבר כאמור או ביטול השב"ן), ישולם למבוטח לפחות ההפרש שבין סך ההוצאות בפועל לבין ההוצאות שהיו משולמות לו במקרה של מימון ההוצאות על ידי תכנית השב"ן שבה הוא היה חבר.

- (4) מבוטח שרכש הרחבה לברות ביטוח כאמור בסימן א' לסעיף קטן 3.1.2, סימן א': "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים", ובטלה חברותו בתכנית השב"ן בידי מי מהצדדים לתכנית, יהיה רשאי לפנות לחברת הביטוח, תוך 60 יום ממועד ביטול החברות בתכנית השב"ן. המבוטח רשאי לפנות לחברת הביטוח, בין אם הוא הצטרף במהלך תקופה זו לתכנית שב"ן בקופה אחרת (שבה קיימת תקופת אכשרה) ובין אם לאו, בבקשה לעבור לכיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (בפסקה זו: "פוליסת המשך"). במקרים כאלה, תעביר חברת הביטוח את המבוטח לפוליסת המשך, שתנאיה יכללו לכל הפחות את התנאים שהוצעו על ידי חברת הביטוח במועד הצטרפותו של המבוטח לכיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, תוך מתן רצף ביטוחי ובתנאים המפורטים בסעיף קטן 3.1.2, סימן א': "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים", 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.

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת הממונה - הבהרה, לעניין מתן כיסוי לתרופות במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים [ע] (עמדה מס' 5)⁸.

⁸ מקור: מכתב הבהרה מה-21 ביולי 2008⁹ מקור: ש.ה. 2011-29477 מה-7 באוגוסט 2011¹⁰ מקור: ש.ה. 2013-39572 מה-22 באוגוסט 2013

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת הממונה - הבהרה לעניין פוליסות פרט הכוללות כיסוי לניתוחים בישראל בפרמיה קבועה [ע] (עמדה מס' 7)⁹.

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת הממונה - הבהרה, לעניין פוליסות פרט הכוללות כיסוי לניתוחים בישראל בפרמיה קבועה [ע] (עמדה מס' 7)¹⁰.

2.1.3 ביטוח תרופות

סימן א': הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות¹¹

ביטוח תרופות נועד לסייע לאדם במימון תרופות שאינן כלולות בסל שירותי הבריאות, או במימון תרופות הכוללות בסל שירותי הבריאות אך לא הוגדרו להתווייה הרפואית הנדרשת, כהגדרתו של סל זה בחוק ביטוח בריאות ממלכתי. התכניות הקיימות לביטוח תרופות מגדירות באופן שונה את מקרה הביטוח. כך למשל, חלק מהתכניות מחריגות באופן גורף תרופה שיש לה תרופה חלופית בסל שירותי הבריאות, דבר שמפחית את הכיסוי הביטוחי. בחלק מהתכניות נקבע כי על התרופה להיות מאושרת רק על ידי הרשויות המוסמכות בישראל ולהיכלל ברשימת התרופות המאושרות, בעוד שתכניות אחרות נותנות כיסוי ביטוחי גם עבור תרופות המאושרות על ידי הרשות המוסמכת בארה"ב (ה-FDA). ואולם, בתהליך הרכישה של פוליסות לביטוח תרופות אין למבוטח אפשרות מעשית להשוות בין ההגדרות השונות. כתוצאה מכך, המבוטח אינו מודע להבדלים הנובעים מההגדרות השונות של הכיסוי הביטוחי.

לאור האמור, ולאחר קבלת ייעוץ רפואי מקצועי והתייעצות עם גורמים מקצועיים במשרד הבריאות, להלן הוראות בדבר הכיסוי הביטוחי בתכניות לביטוח תרופות.

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

(1) טיפול תרופתי - נטילת תרופה על פי מרשם, באופן חד-פעמי או מתמשך, שלא במהלך אשפוז בבית חולים כללי, למעט טיפול הניתן במסגרת אשפוז יום.

לענין זה, חברת ביטוח תהיה רשאית לדרוש בפוליסה כי המרשם יינתן בידי רופא בית חולים או בידי רופא מומחה בתחום הרלוונטי, לפי בחירת המבוטח. דרישה כאמור יכול שתיעשה בתחילת הטיפול ובמועד שלא יפחת מאחת לשלושה חודשים במהלך הטיפול.

(2) תרופה - חומר כימי או ביולוגי, אשר נועד לטיפול במצב רפואי, מניעת החמרתו (לרבות מניעת התפתחותם של מצבים רפואיים נוספים) או מניעת הישנותו, כתוצאה ממחלה או תאונה.

(ב) על תכנית לביטוח תרופות יחולו ההוראות הבאות:

(1) תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות

חברת ביטוח תכסה בתכנית לביטוח תרופות כל תרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות, ואשר אושרה לשימוש על פי ההתווייה הרפואית לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות הבאות (בבסימן זה - המדינות

⁹ מקור: ש.ה. 2011-29477 מ-7 באוגוסט 2011 מקור: ש.ה. 2013-39572 מ-22 באוגוסט 2013

¹⁰ מקור: ש.ה. 2013-39572 מ-22 באוגוסט 2013

¹¹ מקור: מתוך חוזר 2007-1-12 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות" (מיום 7.10.2007) – מועד תחילה 1.6.2008.

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

המוכרות): ישראל, ארצות הברית, קנדה, אוסטרליה, ניו זילנד, שווייץ, נורבגיה, איסלנד, אחת מהמדינות החברות באיחוד האירופי לפני מאי 2004, או במסלול הרישום המרכזי של האיחוד האירופי (EMA).

(2) תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות

חברת ביטוח תכסה בתכנית לביטוח תרופות כל תרופה הכלולה בסל שירותי הבריאות, אשר אינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית הקבועה בסל שירותי הבריאות לטיפול במצבו הרפואי של המבוטח. תרופה שאינה מוגדרת על פי ההתוויה הרפואית שבסל שירותי הבריאות כאמור לא תיחשב כתרופה ניסיונית. חברת ביטוח רשאית להגביל את הכיסוי הביטוחי לפי סעיף זה להתוויה שאושרה בידי הרשות המוסמכת באחת מהמדינות המוכרות.

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

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

(א) פרסומי ה-FDA

(ב) American Hospital Formulary Service Drug Information

(ג) US Pharmacopoeia-Drug Information

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

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

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

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

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

(1) NCCN

(2) ASCO

(3) NICE

(4) ESMO Minimal Recommendation

(4) תרופה חלופית

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

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

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

חמורות יותר למבוטח, ביחס לתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בפסקאות 1-3 לעיל;

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

(ב) אם השתמש המבוטח בתרופה חלופית, ולאחר תחילת השימוש האמור התגלו תוצאות חמורות יותר אצל המבוטח או התברר שהתרופה החלופית לא הביאה לתוצאה רפואית דומה לזו שהתרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בפסקאות 1-3 לעיל הייתה צפויה להביא, תכסה חברת הביטוח את התרופה שאינה כלולה בסל שירותי הבריאות כאמור בפסקאות 1-3 לעיל.

סימן ב': שינוי הגדרות והוראות¹²

(א) חברת ביטוח רשאית לשנות את ההגדרות וההוראות הקבועות בסימן א' - "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות", בכפוף לשני התנאים הבאים:

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

סימן ג': תקופת הביטוח¹³

(א) תקופת הביטוח בביטוח פרט תהיה לכל החיים.

2.1.4 ביטוח השתלות

סימן א': כיסוי ביטוחי להשתלות¹⁴

חוק השתלת איברים נועד להסדיר היבטים שונים הנוגעים להשתלת איברים, והוא קובע, בין היתר, הוראות לענין איסור סחר באיברים, וכן הוראות לענין איסור תיווך לשם תרומת איברים. החוק אינו אוסר על השתלת איבר שנעשית מחוץ לישראל, לרבות לענין השתתפות גוף בישראל במימון השתלת איברים שנעשית במדינת חוץ, ובלבד שזו נעשתה בהתאם לתנאים שנקבעו בחוק לענין זה.

להלן הנחיות בדבר יישום הוראות החוק על תכניות הכוללות כיסוי ביטוחי למימון ביצוע השתלה וכן בדבר מתן גילוי נאות למבוטחים בענין זה.

יצוין כי משרד הבריאות פרסם הנחיות לקופות החולים לגבי בדיקת בקשה למימון פעולה של השתלת איבר המוגשת לקופת החולים, המפורטות בחוזר המנהל הכללי מספר 7/06, שעניינו מימון השתלות איברים במדינות חוץ.

¹² מקור: מתוך חוזר 2007-1-12 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות" (מיום 7.10.2007) – מועד תחילה 1.6.2008

¹³ מקור: מתוך חוזר 2007-1-12 "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות" (מיום 7.10.2007) – מועד תחילה 1.6.2008

¹⁴ מקור: מתוך חוזר 2009-1-1 "כיסוי ביטוחי להשתלות" (מיום 14.1.2009) – מועד תחילה 14.1.2009

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(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.

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת הממונה – הבהרה, לענין מתן כיסוי לתרופות במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים [ע] (עמדה מס' 5)¹⁵.

2.1.5.

ביטוח סיעודי

סימן א': עריכת תכנית לביטוח סיעודי^{16 17 18 19}

פוליסה לביטוח סיעודי נועד לתת תמיכה כלכלית לאדם הנמצא במצב סיעודי, בו הוא אינו יכול לבצע פעולות יומיות חיוניות או הזקוק להשגחה. הרוב המכריע של המקרים הסיעודיים מתרחש בגיל הזקנה, לאחר גיל 75. לפיכך, עלות הסיכון של ביטוח סיעודי בגיל מבוגר גבוהה בהרבה מעלות הסיכון של ביטוח דומה בגיל צעיר, וזאת במקביל לכך שההסתברות להפוך לסיעודי עולה בגיל מבוגר. על כן, יש להתייחס אל פוליסה לביטוח סיעודי (קבוצתי או פרט, לרבות פרט שנרכשה במסגרת קבוצתית) (בסעיף קטן זה: "ביטוח סיעודי") כאל מוצר לטווח ארוך, כך שיהיה זמין למבוטחים שרכשו אותו בגיל צעיר גם בהגיעם לגיל מבוגר.

כמו כן, חשוב להבטיח כי הגדרת מקרה הביטוח בפוליסה לביטוח סיעודי תקנה כיסוי ביטוחי סיעודי סביר.

להלן הוראות לענין תכניות לביטוח סיעודי. הוראות אלה מתייחסות, בין היתר, לתנאי הכיסוי הביטוחי המינימלי בתכנית לביטוח סיעודי לאופן מכירת פוליסה לביטוח סיעודי, וכן לעקרונות הנוגעים לדמי ביטוח בתכנית לביטוח סיעודי.

יובהר כי תנאים בתכנית לביטוח סיעודי שאינם עומדים בהוראות המפורטות בהוראות אלה, הינם תנאים שהממונה על שוק ההון מתנגד להם במסגרת סמכותו לפי סעיף 40 לחוק הפיקוח על הביטוח, ועל כן הממונה על שוק ההון יהיה רשאי לקבוע, בהתאם לנסיבות הענין, כי חברת ביטוח לא תהא רשאית להסתמך עליהם או לממשם. האמור לא יחול על תנאי בתכנית שאושר מראש ובכתב על ידי הממונה על שוק ההון, וכן האמור לא יגרע משאר תנאי אותה תכנית.

(א) הגדרת מקרה ביטוח

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

¹⁵ מקור: מכתב הבהרה מה- 21 ביולי 2011

¹⁶ מקור: מתוך חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" (מיום 29.8.2013) – מועד תחילה 1.6.2014.

¹⁷ 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.

¹⁸ 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.

¹⁹ ראו הוראות הממונה על שוק ההון "הגדרת מקרה הביטוח בביטוח סיעודי" – 2003/9, מיום 14.4.2003. שבוטלו ביום 28.3.2012 (בהוראות הממונה על שוק ההון מיום 28.3.2012 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי" – 2012-1-1). מועד תחילתן היה 1.9.2003.

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(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.
- (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 לכסא 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 ההמתנה תחל להימנות מהמועד בו קרה לראשונה המקרה ביטוח. מובהר כי אם פסק המבוטח מלהיות במצב המזכה בקבלת תגמול ביטוח חודשי, קרה מקרה ביטוח נוסף והמבוטח טרם מימש את מלוא זכויותיו לקבלת תגמול ביטוח חודשי, תימנה מחדש תקופת המתנה כאמור. ואולם, חברת בטוח רשאית לקבוע בפוליסה פרק זמן, שבמסגרתו לא תימנה מחדש תקופת המתנה לגבי מבוטח שמקרה הביטוח חדל להתקיים לגביו.

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(ג) תגמולי ביטוח בבית המבוטח

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

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

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

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

(ה) 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.

(ו) ערך מסולק וערך פדיון

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

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

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

(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.

(ז) סבסוד בין מבוטחים

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

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

(ח) שינויים בפרמיה עבור מבוטחים קיימים

(1) חברת ביטוח תהיה רשאית להעלות את לוח הפרמיות ולהתאים את לוח הערכים המסולקים, עבור מבוטחים קיימים בהתאם להוראות הממונה על שוק ההון, ובפרט להוראות סעיף 1, סימן א': "נספח אקטוארי בביטוחי בריאות" 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.

מדינת ישראל **משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון**

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

(י) איסור על התניה בעת מכירת פוליסה 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.

(יא) לעניין סימן זה –

"ערך מסולק" - סכום הביטוח שבתוקף לאחר הפסקת תשלומי הפרמיה, הנגזר מהרזרבה שנצברה למבטח מסוים ;

"ערך פדיון" - סכום כספי שהמבטח זכאי לו בעת ביטול הפוליסה, הנגזר מהרזרבה שנצברה לזכותו באותו מועד ;

"פעולות ADL" - פעולות יומיומיות (Activities of Daily Living), כמפורט בסעיף קטן (א)(1) ;

"פרמיה מוגדלת" - פרמיה המשתנה לאורך תקופת הביטוח לפי גיל המבטח, כאשר שיעור השינוי בפרמיה בין שנים עוקבות אינו עולה על 4%, טרם הצמדתה למדד ;

"פרמיה קבועה" - פרמיה שאינה משתנה לאורך תקופת הביטוח לפי גיל המבטח, למעט שינוי הנובע מהצמדתה למדד ;

"תקופת תשלום תגמולי הביטוח" - מספר השנים שנקבע בפוליסה לתשלום תגמולי ביטוח.

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

2.1.6. ביטוח מחלות קשות

סימן א': עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות^{20 21}

ביטוח מסוג מחלות קשות מפצה מבוטח בסכום מוסכם מראש במקרה של מחלה קשה, המצוינת בפוליסת הביטוח. בחוזר 2003/16 "הגדרות של מחלות בביטוח מחלות קשות" נקבע רף מינימאלי להגדרת מחלות קשות המכוסות בפוליסת ביטוח. בחלוף השנים, עם התקדמות הרפואה, נוצר צורך בעדכון ההגדרות, כך שבמועד עדכון ההגדרות של מחלות קשות המכוסות בפוליסה הן יתבססו על הגדרות רפואיות עדכניות. לאור האמור, להלן הוראות לעריכת תכנית לביטוח מחלות קשות.

(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, ויעדכן אותן, אם נדרש, בפוליסות שישווקו או יחודשו החל ממועד עדכון ההגדרות, באופן שהגדרת מחלה קשה המצוינת בתכנית הביטוח תתבסס על הגדרות רפואיות מקובלות ומקרים רפואיים חמורים של המחלה הקשה המנויה, שהם שכיחים.

(ב) אפשרות לעבור לפוליסה עם הגדרות עדכניות לגבי מבוטחים בפוליסה לביטוח מחלות קשות פרט -

(1) עדכנה חברת ביטוח את ההגדרות של מחלות קשות בתכנית הביטוח בהתאם לסעיף 3, יפנה תוך שישה חודשים ממועד עדכון ההגדרות, לכל מי שהיה מבוטח אצלו בפוליסת פרט לביטוח מחלות קשות ערב העדכון, ותציג בפניו את האפשרות לעבור לפוליסת פרט לביטוח מחלות קשות עם הגדרות עדכניות (להלן: "הפוליסה העדכנית"). תחילת תקופת הביטוח בפוליסה העדכנית תהיה ממועד ההצטרפות לפוליסה זו.

(2) הודיע מבוטח כי ברצונו לעבור לפוליסה עדכנית, רשאית חברת ביטוח לצרפו לפוליסה העדכנית, ובלבד שיתקיימו התנאים הבאים:

(א) דמי הביטוח בפוליסה העדכנית לא יהיו גבוהים מדמי הביטוח שיהיו נהוגים במועד המעבר למצטרפים חדשים לפוליסה העדכנית, בהתאם לגילו, למינו ולמצבו הרפואי של המבוטח;

²⁰ מקור: מתוך חוזר 2013-1-6 "עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות" (מיום 29.8.2013) – מועד תחילה 1.6.2014. תחילתן של הוראות חוזר זה הן ב-1 ביוני 2014 (להלן: "מועד התחילה בחוזר"). והן חלות 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 תחילתן של הוראות החוזר, לרבות הוראות הנספח, יהיה במועד התחילה של החוזר או במועד חידוש התכנית, לפי המאוחר. על אף האמור הממונה על שוק ההון רשאי לקבוע, מראש ובכתב, כי הוראות החוזר 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 של החוזר.

²¹ 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.

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(ב) התקבל המבוטח לפוליסה עדכנית יינתן רצף ביטוחי לגבי היקף הכיסוי הביטוחי ולגבי סכומי ביטוח שהיו לו ערב ההצטרפות לפוליסה כאמור.

(ג) גילוי נאות

חברת ביטוח תציג באתר האינטרנט שלה את רשימת המחלות הקשות המכוסות בתכניות ביטוח ששיווקה ואת מועד העדכון של כל הגדרה.²²

(ד) תיעוד

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

(ה) הוראת מעבר

ראו פוליסות שישווקו לפני ה-1 ביוני 2016 כעומדות בהוראות פסקה א' אם הגדרות המחלות הקשות בהן מותאמות לשינויים המפורטים בנספח א' בנספח 6.3.4.4 - עדכונים בהגדרות של מחלות בתכניות לביטוח מחלות קשות או שההגדרות רחבות יותר מהגדרתן בנספח 6.3.4.4.

(ו) הגדרות

בסעיף קטן זה -

"מחלה קשה" - מחלה קשה, אירוע רפואי חמור או פרוצדורה רפואית משמעותית, שנהוג לכסותם בביטוח מסוג מחלות קשות;
"רצף ביטוחי" - צירוף לביטוח ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי וללא תקופת אכשרה.

2.1.7. ביטוח נסיעות לחו"ל

סימן א': תכניות לביטוח נוסעים לחו"ל²³

- (א) בסעיפים אשפוז והוצאות רפואיות, כאשר יש סכומי ביטוח שונים לטיפול בחו"ל ולהמשך טיפול בארץ - לציין זה ליד זה ובאותה הבלטה את הסכומים המרביים בחו"ל ובישראל.
- (ב) לפרט ולהבהיר את זכויות המבוטחים במקרה של תאונה, לטיפול בחו"ל ולהמשך טיפול בישראל. אם יש אבחנה בין תאונות דרכים לבין תאונה אחרת יש לפרט את זכויות המבוטח בשני המקרים זה ליד זה ובאותה הבלטה.
- (ג) לפרט ולהבהיר את הנסיבות בהן מותר לחברת הביטוח לדרוש את הטסתו ארצה של חולה או פצוע להמשך טיפול רפואי בישראל.

2.1.8. ביטוח שיניים

סימן א': תכניות לביטוח שיניים^{24 25}

²² ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5 לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי

²³ מקור: מתוך חוזר 1993/1 "תכניות לביטוח נוסעים לחו"ל" (מיום 2.6.1993) – מועד תחילה 2.6.1993

²⁴ מקור: מתוך חוזר 2012-1-4 "ביטוח שיניים" (מיום 18.6.2012) – מועד תחילה 1.10.2012

²⁵ ראו הוראות הממונה על שוק ההון "גילוי נאות בהצגת רשימות של רופאי שיניים ומרפאות שיניים ע"י חברות הביטוח" – 2000/8, מיום 28.6.2000 מועד התחילה היה 28.6.2000 והוראות הממונה על שוק ההון "גילוי נאות בהצגת רשימות של רופאי שיניים ומרפאות שיניים ע"י חברות הביטוח" – 2001/8 מיום 20.3.2001. שבוטלו ביום 1.10.2012 (בהוראות הממונה על שוק ההון מיום 18.6.2012 "ביטוח שיניים" – 2012-1-4. מועד תחילתן היה 1.10.2012.

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

תכנית לביטוח שיניים מאפשרת לקבל טיפולי שיניים בעת הצורך או לקבל החזר הוצאות עבור טיפולי שיניים. להלן עקרונות והוראות בקשר לתכניות לביטוח שיניים. עקרונות והוראות אלה מתייחסים, בין היתר, לממשק בין חברת ביטוח לבין רופא השיניים המטפל במבוטח, לאפשרות של מבוטח לבחור את רופא השיניים או המרפאה (בסעיף זה - ספק) ולתנאי ביטול הפוליסה על ידי המבוטח.

(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) חברת ביטוח תאפשר למבוטח בתכנית לביטוח שיניים לבחור, בשלב התביעה, בכל ספק ולא תגביל את המבוטח לבחירת ספק שבהסדר עם חברת הביטוח.

(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 בפסקה 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.

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

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

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

לעניין חישוב גובה ההחזר הכספי יוגדרו -

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

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

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

(ד) 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.

(ה) 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.

(ו) לעניין סימן זה –

"סל טיפולים" - 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).

יובהר כי תכנית לביטוח שיניים או שינוי בתכנית כאמור שאינם עומדים בהוראות המפורטות בסימן זה, הינם תכנית או שינוי שהממונה על שוק ההון מתנגד להם, ועל כן יראו בהם כתכנית ביטוח או שינוי בתכנית ביטוח, לפי העניין, שהונהגו בניגוד להוראות סעיף 40 לחוק הפיקוח על הביטוח, למעט אם אושרו מראש ובכתב בידי הממונה על שוק ההון.

2.1.9. ביטוח עובדים זרים

הממונה על שוק ההון פרסם [עמדת ממונה - הבהרה](#), לעניין המשכיות ביטוח בפוליסות בריאות לעובדים זרים [ע] (עמדה מס' 1)²⁶.

2.1.10. ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות

2.2. קבוצתי

סימן א': הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות²⁷

²⁶ מקור: ש.ה. 11867-2002 מה-10 בדצמבר 2002

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(א) חברת ביטוח רשאית לשנות הגדרה מההגדרות המפורטות בסעיף 2 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות", בכפוף לשני התנאים הבאים:

- (1) השינוי הוא לטובת המבוטח;
- (2) בתנאי שבנוסח הפוליסה תיכלל הפסקה הבאה: "ההגדרות של הפרוצדורות הרפואיות XYZ נוסחו באופן שמטיב עם המבוטח ביחס להגדרות המינימום אשר בסעיף 2 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות".

2.2.1 ביטוח תאונות אישיות

בחלק זה הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים).

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, לעניין ביטול פוליסה לביטוח תאונות אישיות [ע] (עמדה מס' 8)²⁸.

2.2.2 ביטוח ניתוחים

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

(א) חלות הוראות סעיף 2.1.2, סימן א': "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים".

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, מתן כיסוי לתרופות במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים [ע] (עמדה מס' 5)²⁹.

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, לעניין פיצוי בכיסוי לניתוחים פרטיים בישראל [ע] (עמדה מס' 10)³⁰.

2.2.3 ביטוח תרופות

סימן א': הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות

(א) חלות הוראות סעיף קטן 2.1.3, סימן א': "הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות".

(ב) חברת ביטוח רשאית לשנות את ההגדרות וההוראות החלות לפי סעיף קטן (א) כאמור, בכפוף לשני התנאים הבאים:

- (1) השינוי הוא לטובת המבוטח;

²⁷ מקור: מתוך חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות" (מיום 12.10.2004) – מועד תחילה 1.3.2005

²⁸ מקור: שח. 2011-29477 מה-7 באוגוסט 2011

²⁹ מקור: מכתב הבהרה מה-21 ביולי 2008

³⁰ מקור: שח. 2013-39572 מה-22 באוגוסט 2013

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(2) אם בנוסח התכנית ייכלל המשפט הבא: "ההגדרות וההוראות נוסחו באופן שמיטיב עם

המבוטח ביחס להגדרות וההוראות המפורטות בשער 6, חלק 3, סעיף 2.1.3, סימן א'

"הוראות לעניין הכיסוי הביטוחי בתוכנית לביטוח תרופות", לחוזה המאוחד.

2.2.4. ביטוח השתלות

סימן א': כיסוי ביטוחי להשתלות

(א) חלות הוראות סעיף קטן 2.1.4 "כיסוי ביטוחי להשתלות".

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת הממונה - הבהרה, מתן כיסוי לתרופות במסגרת הכיסוי לביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים [ע] (עמדה מס' 5)³¹.

2.2.5. ביטוח סיעודי

סימן א': תכנית לביטוח סיעודי

(א) חלות הוראות סעיף 2.1.5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי".

(ב) על אף האמור בסעיף קטן א', הוראות סעיפים קטנים ד' עד ח' בסעיף קטן 2.1.5 "תכנית לביטוח סיעודי" לא יחולו לגבי פוליסות קבוצתיות לביטוח סיעודי שבהן קופת חולים הינה בעלת הפוליסה לגבי חבריה.

2.2.6. ביטוח מחלות קשות

סימן א': עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות

(א) חלות הוראות סעיף 2.1.6, סימן א': "עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות".

2.2.7. ביטוח נסיעות לחו"ל

סימן א': תכניות לבטוח נוסעים לחו"ל

(א) חלות הוראות סעיף קטן 2.1.7, סימן א': "תכניות לבטוח נוסעים לחו"ל".

2.2.8. ביטוח שיניים

סימן א': ביטוח שיניים

(א) חלות הוראות סעיף קטן 2.1.8, סימן א': "ביטוח שיניים".

2.2.9. ביטוח עובדים זרים

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, לעניין המשכיות ביטוח בפוליסות בריאות לעובדים זרים [ע] (עמדה מס' 1)³².

2.2.10. ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות

³¹ מקור: מכתב הבהרה מה- 21 ביולי 2008

³² מקור: שח. 11867-2002 מה- 10 בדצמבר 2002

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

חובות חברת ביטוח בעת התקשרות עם מבוטח בפוליסת ביטוח בריאות

3. הוראות בעת התקשרות עם מבוטח בפוליסת ביטוח בריאות

סימן א': גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסת לביטוח בריאות³³

תכניות לביטוח בריאות באות לבטח את האדם מפני פגיעה אפשרית בבריאותו, ובעלות חשיבות לפרט כביטוח שנועד לכסות סיכונים אינדיבידואליים - זאת בשונה מסיכון עסקי. תוכניות אלו מספקות במקרה הצורך את המקור המימוני הנדרש לאדם לצורך קבלת הטיפול הרפואי הנדרש, ונמכרות בדרך כלל לטווח ארוך.

הממשק עם מערכת הבריאות הציבורית:

ביטוחי הבריאות הפרטיים בישראל מאופיינים בהיותם רובד שני ו/או שלישי לביטוח הבריאות הממלכתי בו מבוטחים כלל אזרחי המדינה. קניית ביטוח כרובד נוסף, תחליפי, או משלים לכיסוי הניתן לאזרח מתוקף החוק, מצריכה ידע לגבי הערך המוסף הניתן בביטוח הפרטי בהשוואה לביטוח הבריאות הממלכתי או ביטוחים אחרים. המבנה הרב-שכבתי של ביטוחי בריאות בישראל יצר מצב בו ציבור המבוטחים רוכש בשוק הפרטי כיסויים המהווים בחלקם כפל ביטוח, רכישה הנובעת בין השאר מאי הכרת התנאים וזכויות המבוטח ברבדים השונים. הצורך להבהיר לרוכש הביטוח את זכויותיו, מתחדד בפרט בפוליסות המתגוננות מתן תגמולי ביטוח בקיומו של כיסוי אחר (שבין או סל הבסיס).

מאפיינים ספציפיים של ביטוחי בריאות:

לביטוחי בריאות מאפיינים נוספים המחדדים את הצורך בגילוי נאות של תנאי העסקה בטרם ההצטרפות לביטוח:

- (א) כביטוח ארוך טווח, נדרשת החלטה מושכלת מהמבוטח בשלב החתימה על העסקה.
- (ב) הפוליסות נמכרות בד"כ כחבילה של כיסויים שונים, שלא תמיד מותאמות לצורכי הלקוח הספציפי.
- (ג) הפוליסות אינן סטנדרטיות, מגוון המוצרים הינו רחב ומקשה על יכולת השוואה ובחירה בין תכניות שונות.
- (ד) הפוליסות כוללות סוגים שונים של תגמולי ביטוח (פיצוי או שיפוי) המשליכים על אופיים של תגמולי הביטוח והאפשרות לקיזוז מתוכם.

מטרת הוראות אלה:

לאור האמור לעיל, קיימת חשיבות רבה ביצירת תהליך מכירה שקוף לציבור בכל ערוצי השיווק. גילוי נאות של פרטי העסקה הנו מרכיב חיוני לקונה הביטוח בעת רכישת ביטוח בכלל וביטוחי בריאות בפרט. הבהרת פרטי העסקה הביטוחית תתרום להוגנות העסקה, שכלול השוק ויכולתו של המבוטח לבחור את הפוליסה המתאימה לצרכיו. להלן הוראות המורות על הבהרת הזכויות המוקנות בפוליסת הביטוח אשר תיעשה באמצעות אחידות של המידע שעל חברת ביטוח למסור למבוטח עם הצטרפותו לפוליסה לביטוח בריאות ובכלל זה הדגשה של נקודות מרכזיות בפוליסה. זאת תוך הבחנה בין סוגי פוליסות וסוגי כיסויים לרבות ביטוח סיעודי, הוצאות רפואיות, מחלות קשות, נכויות, אבדן כושר עבודה ושיניים.

פירוט הכיסויים המוצעים בפוליסה ועלויותיהם יאפשר ללקוח לערוך השוואה יעילה בין פוליסות שונות וכן יתאם את רמת ציפיותיו למוצע בפוליסה, דבר שעשוי לסייע גם בעת ניהול התביעה.

³³ מקור: מתוך חוזר 2001/9 "גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסת לביטוח בריאות" (מיום 15.5.2001) – מועד תחילה 1.10.2001.

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

(א) חברת הביטוח תציג סקירה של תכנית הביטוח בצמוד לטופס ההצטרפות לביטוח בריאות וכן בדף פרטי הביטוח, כמפורט ב"נספח 6.4.3.1 - גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות".

סימן ב': החלפת פוליסות ביטוח חיים ובריאות³⁴

(א) הוראות סעיף 3.2 בחלקו השלישי של חלק 5 של שער 6 לעניין ביטוח חיים יחולו על פוליסות לביטוח חיים ולביטוח בריאות - ביטוח מחלות קשות, ביטוח סיעודי, ביטוח לכיסוי הוצאות רפואיות (למעט ביטוח שיניים וביטוח בריאות לעובדים זרים).

3.1.1 פרט

3.1.1.1 ביטוח תאונות אישיות

בחלק זה הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים).

סימן א': התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות

(א) חלות הוראות סעיף קטן 5.1.1, סימן א': "התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות".

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, לעניין תחולת הוראות הממונה על שוק ההון על פוליסות לביטוח תאונות אישיות [ע] (עמדה מס' 7)³⁵.

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, לעניין התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות [ע] (עמדה מס' 10)³⁶.

3.1.2 ביטוח ניתוחים

סימן א': חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים³⁷

בשוק ביטוחי הבריאות קיימים שלושה רבדים המעניקים כיסוי לשירותי בריאות: הרובד הבסיסי שנותנת קופות החולים לכלל תושבי המדינה במסגרת סל שירותי הבריאות מכוח חוק ביטוח בריאות ממלכתי; הרובד המשלים שניתן תמורת תשלום נוסף למי שהצטרפו לתכנית לשירותי בריאות נוספים של קופות החולים; והרובד הפרטי הנמכר על ידי חברות ביטוח.

³⁴ מקור: מתוך חוזר 2004/10 "החלפת פוליסות ביטוח חיים ובריאות - הוראות למבטחים ולסוכני הביטוח - עדכון" (מיום 1.4.2004) – מועד תחילה 1.4.2004

³⁵ מקור: שח. 2010-29808 מה-17 באוקטובר 2010

³⁶ מקור: שח. 2013-38547 מה-26 באוגוסט 2013

³⁷ מקור: מתוך חוזר 2007-1-6 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" (מיום 6.3.2007) – מועד תחילה 1.10.2007

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

כ- 70% מהמבוטחים בקופות החולים הם עמיתים בתכניות השב"ן. מרבית המבוטחים בביטוח רפואי פרטי כלשהו בחברת ביטוח הם גם עמיתים בתכניות השב"ן.

מבנה זה של שוק ביטוחי הבריאות יוצר לעתים כפל כיסוי בין תכנית השב"ן לבין הביטוח הפרטי, בעיקר בכיסוי התחליפי הנוגע לניתוחים פרטיים בישראל. מצב דברים זה מביא לכך שמבוטחים משלמים פעמיים עבור אותו כיסוי, בין היתר עקב אי ידיעת הזכויות המוקנות להם ברבדים השונים.

להלן חובתה של חברת ביטוח להציע למבוטח, במועד ההצטרפות לביטוח בריאות (הכולל כיסוי לניתוחים), אפשרות לרכוש תכנית בעלת כיסוי ביטוחי המשלים את הכיסוי שניתן על ידי תכניות השב"ן עבור ניתוחים פרטיים בישראל.

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

(ב) בנוסף לאמור בפסקה (א), חברת ביטוח תציע במסגרת ההצעה למבוטח לרכישת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים, אפשרות לרכוש הרחבה. ההרחבה תכלול כיסוי הכולל מעבר לכיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון' (לרבות ההוצאות בגין הניתוח, שתלים והוצאות נלוות) תוך מתן רצף ביטוחי (ללא חיתום מחדש או בחינה מחודשת של מצב רפואי קודם) וללא תקופת אכשרה (בסימן זה: "הרחבה לברות ביטוח"), בכל אחד מהמקרים המפורטים להלן:

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

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

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

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

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

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

- (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.

3.1.3 ביטוח תרופות

3.1.4 ביטוח השתלות

סימן א': כיסוי ביטוח להשתלות³⁸

חוק השתלת איברים נועד להסדיר היבטים שונים הנוגעים להשתלת איברים, והוא קובע, בין היתר, הוראות לענין איסור סחר באיברים, וכן הוראות לענין איסור תיווך לשם תרומת איברים. החוק אינו אוסר על השתלת איבר שנעשית מחוץ לישראל, לרבות לענין השתתפות גוף בישראל במימון השתלת איברים שנעשית במדינת חוץ, ובלבד שזו נעשתה בהתאם לתנאים שנקבעו בחוק לענין זה.

להלן הנחיות בדבר מתן גילוי נאות למבוטחים בענין זה.

יצוין כי משרד הבריאות פרסם הנחיות לקופות החולים לגבי בדיקת בקשה למימון פעולה של השתלת איבר המוגשת לקופת החולים, המפורטות בחוזר המנהל הכללי מספר 7/06, שעניינו מימון השתלות איברים במדינות חוץ.

(א) חברת ביטוח תציין בטופס גילוי נאות של תכנית הכוללת כיסוי ביטוחי להשתלות את ההוראות סעיף קטן 5.1.4, סימן א': "כיסוי ביטוחי להשתלות".

3.1.5 ביטוח סיעודי

סימן א': תכנית לביטוח סיעודי^{39 40 41}

פוליסה לביטוח סיעודי נועדה לתת תמיכה כלכלית לאדם הנמצא במצב סיעודי, בו הוא אינו יכול לבצע פעולות יומיות חיוניות או הזקוק להשגחה. הרוב המכריע של המקרים הסיעודיים מתרחש בגיל הזקנה, לאחר גיל 75. לפיכך, עלות הסיכון של ביטוח סיעודי בגיל מבוגר גבוהה בהרבה מעלות הסיכון של ביטוח דומה בגיל צעיר, וזאת במקביל לכך שההסתברות להפוך לסיעודי עולה

³⁸ מקור: מתוך חוזר 2009-1-1 "כיסוי ביטוחי להשתלות" (מיום 14.1.2009) – מועד תחילה 14.1.2009.

³⁹ 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), יחולו גם על תכנית הכוללת כיסוי לביטוח סיעודי אשר שווקה או חודשה החל מיום 1 בספטמבר 2003, ובלבד שזו בתוקף במועד התחילה. על אף האמור, לגבי תכניות הכוללות כיסוי לביטוח סיעודי שחברת ביטוח הפסיקה לשווקן, חברת ביטוח תהיה רשאית לפרט מידע כנדרש בסעיף (ג) ולהציג קישור למדריך לצרכן כנדרש בסעיף (ה), באתר האינטרנט שלה, במקום נגיש באתר בו קיים מידע אודות ביטוח סיעודי, ולא בצד כל תכנית. בנוסף, הוראות סעיפים קטנים (ג) ו-(ה), לא יחולו על תכנית שלא חלה על חברת הביטוח חובה להציגה באתר האינטרנט שלה.

⁴⁰ 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.

⁴¹ ראו הוראות הממונה על שוק ההון, "ביטוח סיעודי - פרטי" – 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).

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

בגיל מבוגר. על כן, יש להתייחס אל פוליסה לביטוח סיעודי (קבוצתי או פרט, לרבות פרט שנרכשה במסגרת קבוצתית) (להלן: "ביטוח סיעודי") כאל מוצר לטווח ארוך, כך שיהיה זמין למבוטחים שרכשו אותו בגיל צעיר גם בהגיעם לגיל מבוגר. כמו כן, חשוב להבטיח כי הגדרת מקרה הביטוח בפוליסה לביטוח סיעודי תקנה כיסוי ביטוחי סיעודי סביר. להלן הוראות לעניין גילוי נאות בתכניות לביטוח סיעודי.

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

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

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

(2) לוח הפרמיות לפי אחד הבאים:

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

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

(ג) חברת ביטוח תפרט באתר האינטרנט⁴² 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 יציג טופס הערכה תפקודית, שלפיו נקבעת יכולתו של מבוטח לבצע כל פעולת ADL.

(ד) חברת ביטוח תצרף לטופס הגשת תביעה לקבלת גמלת סיעוד, את הכללים לקבלת גמלת סיעוד, כמפורט בסעיף קטן (ג).

(ה) חברת ביטוח תציג באתר האינטרנט⁴³ שלה, באופן בולט, בצד כל תכנית לביטוח סיעודי, קישור [למדריך לקונה ביטוח סיעודי](#) שבאתר האינטרנט של הממונה על שוק ההון.

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

(ז) חברת ביטוח תציין בטופס הגילוי הנאות של הפוליסה, כי באתר האינטרנט שלה מוצגים הכללים, המבחנים וטופס ההערכה התפקודית, כאמור בפסקה (ג), וכן תציג את כתובת דף האינטרנט בו מוצגים הכללים, המבחנים וטופס ההערכה התפקודית. נוסף על כך, חברת ביטוח תציין בטופס הגילוי הנאות את זכותו של המבוטח לקבל מחברת הביטוח את המדריך לקונה ביטוח סיעודי כאמור בפסקה (ו).

⁴² ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5, לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי.

⁴³ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5, לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי.

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(ח) חברת ביטוח המצרפת מבוטח לפוליסה לביטוח סיעודי בה 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 כל התנאים הבאים:

- (1) הובהר למבוטח באופן מפורש המידע האמור בטופס ההצהרה [בנספח 6.3.4.5](#);
- (2) השיחה עם המבוטח, לרבות הצהרתו כנדרש [בנספח 6.3.4.5](#), הוקלטה ותועדה.
- (3) נשלח למבוטח טופס ההצהרה [בנספח 6.3.4.5](#).

(ט) לעניין סימן זה –

"**ערך מסולק**" - סכום הביטוח שבתוקף לאחר הפסקת תשלומי הפרמיה, הנגזר מהרזרבה שנצברה למבוטח מסוים;

"**פעולות ADL**" - פעולות יומיומיות (Activities of Daily Living), כמפורט [בסעיף 2.1.5, סימן א'](#):
"**תכנית לביטוח סיעודי**".

3.1.6. **ביטוח מחלות קשות**

3.1.7. **ביטוח נסיעות לחו"ל**

3.1.8. **ביטוח שיניים**

סימן א': **ביטוח שיניים**⁴⁴

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

3.1.9. **ביטוח עובדים זרים**

3.1.10. **ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות**

3.2. **קבוצתי**

סימן א': **גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי**⁴⁵

(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 [סעיף 3, סימן א'](#): "**גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות**" בשינויים המפורטים ב"[נספח 6.4.3.2](#) - גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי".

הממונה על שוק ההון פרסם [עמדת הממונה - הבהרה](#), לעניין צירוף מבוטחים ללא הסכמה מפורשת [ע] (עמדה מס' 6)⁴⁶.

⁴⁴ מקור: מתוך חוזר 2012-1-4 "ביטוח שיניים" (מיום 18.6.2012) – מועד תחילה 1.10.2012.
⁴⁵ מקור: מתוך חוזר 2002/3 "גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי" (מיום 24.3.2002) – מועד תחילה 1.7.2002.

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

3.2.1. ביטוח תאונות אישיות

בחלק זה הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים).

סימן א': התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות

(א) חלות הוראות [סעיף 5.1.1, סימן א': "התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות"](#).

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, לעניין תחולת הוראות הממונה על שוק ההון על פוליסות לביטוח תאונות אישיות [ע] (עמדה מס' 7)⁴⁷.

הממונה על שוק ההון פרסם [עמדת ממונה - הבהרה](#), לעניין גילוי נאות בביטוח תאונות אישיות קבוצתי [ע] (עמדה מס' 2)⁴⁸.

הממונה על שוק ההון פרסם [עמדת הממונה - הבהרה](#), לעניין התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות [ע] (עמדה מס' 10)⁴⁹.

3.2.2. ביטוח ניתוחים

סימן א': חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים⁵⁰

(א) חלות הוראות [סעיף 3.1.2, סימן א': "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים"](#).

הממונה על שוק ההון פרסם [עמדת ממונה - הבהרה](#), לעניין חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים – תחולה על ביטוח קבוצתי [ע] (עמדה מס' 3)⁵¹.

3.2.3. ביטוח תרופות

3.2.4. ביטוח השתלות

סימן א': כיסוי ביטוח להשתלות⁵²

[חוק השתלת איברים נועד להסדיר היבטים שונים הנוגעים להשתלת איברים, והוא קובע, בין היתר, הוראות לענין איסור סחר באיברים, וכן הוראות לענין איסור תיווך לשם תרומת איברים.](#)

⁴⁶ מקור: ש.ה. 2009-7207 מה- 5 באפריל 2009

⁴⁷ מקור: ש.ה. 2010-29808 מה- 17 באוקטובר 2010

⁴⁸ מקור: חוזר ביטוח 2005-1-36 מה- 17 באוגוסט 2005

⁴⁹ מקור: ש.ה. 2013-38547 מה- 26 באוגוסט 2013

⁵⁰ מקור: מתוך חוזר 2007-1-6 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים" (מיום 6.3.2007) – מועד תחילה 1.10.2007

⁵¹ מקור: ש.ה. 2007-17104 מה- 11 בספטמבר 2007

⁵² מקור: מתוך חוזר 2009-1-1 "כיסוי ביטוחי להשתלות" (מיום 14.1.2009) – מועד תחילה 14.1.2009

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

החוק אינו אוסר על השתלת איבר שנעשית מחוץ לישראל, לרבות לענין השתתפות גוף בישראל במימון השתלת איברים שנעשית במדינת חוץ, ובלבד שזו נעשתה בהתאם לתנאים שנקבעו בחוק לענין זה.

להלן הנחיות מתן גילוי נאות למבוטחים בענין זה.

(א) חברת ביטוח תציין בטופס גילוי נאות של תכנית הכוללת כיסוי ביטוחי להשתלות את ההוראות סעיף 5.1.4, סימן א': "כיסוי ביטוחי להשתלות".

3.2.5. ביטוח סיעודי

סימן א': תכנית לביטוח סיעודי

יחולו הוראות סעיף 3.1.5, סימן א': "תכנית לביטוח סיעודי".

בנוסף, בפוליסת פרט שנרכשה במסגרת קבוצתית הכוללת הנחות למבוטח הניתנות לו מכוח היותו חבר בקבוצה, וכל עוד הוא חבר בקבוצה, תציג חברת הביטוח לפני הצטרפותו לביטוח את ההנחות הניתנות למבוטח בגין רכישת הפוליסה, לרבות פרק הזמן בו תינתן ההנחה, וכן תציג בדף פרטי הביטוח או בטופס הגילוי הנאות. ההנחה תוצג ביחס ללוח הפרמיות הקיים אצל חברת הביטוח במועד ההצטרפות עבור מבוטח בעל מאפיינים דומים שאינו חבר בקבוצת המבוטחים.

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, לעניין ביטוח סיעודי קבוצתי [ע] (עמדה מס' 53(10)).

3.2.6. ביטוח מחלות קשות

3.2.7. ביטוח נסיעות לחו"ל

3.2.8. ביטוח שיניים

סימן א': ביטוח שיניים

(א) חלות הוראות סעיף 3.1.8, סימן א': "ביטוח שיניים".

3.2.9. ביטוח עובדים זרים

3.2.10. ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

חובות חברת ביטוח בתקופת תקפו של חוזה ביטוח בריאות

4. הוראות בתקופת תקפו של חוזה ביטוח בריאות

סימן א': דיווח שנתי למבוטחים בביטוח בריאות⁵⁴

פוליסות לביטוח בריאות נמכרות במרבית המקרים לטווח ארוך, הן אינן אחידות וכוללות כסויים שונים. למאפיינים אלה של הפוליסות לביטוח בריאות השלכה על מורכבות המוצר והצורך בהגברת השקיפות למבוטח. לפיכך, קיימת חשיבות לקיומו של דיווח שנתי, אשר יאפשר למבוטח לעקוב אחר דמי הביטוח והכסויים הניתנים במסגרת הביטוח שברשותו.

(א) חברת ביטוח תשלח למבוטחיה אחת לשנה דיווח שנתי, תוך ארבעה חודשים מתום השנה (להלן - מועד הדיווח), בגין השנה שנסתיימה, בהתאם למתכונת הדיווח הקבועה בהוראות אלו והמפורטת ב- "נספח 6.4.4.1 - דוח שנתי למבוטח", וב- "נספח 6.4.4.2 - הנחיות בדבר אופן עריכת הדוח השנתי" (בסימן זה - מתכונת הדיווח).

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

הוראות אלה יחולו על פוליסות לביטוח בריאות, אשר תקופת הביטוח בהן עולה על שנה ואשר היו בתוקף במהלך שנת הדיווח, כולה או חלקה, לרבות פוליסות מסולקות.

סימן ב': פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות⁵⁵

בתכניות ביטוח בריאות רבות, המידע בדבר סכום תגמולי הביטוח אינו גלוי וברור דיו למבוטח, ונמסר למבוטח רק עם קרות מקרה ביטוח.

כך למשל, ישנן תכניות ביטוח בריאות שבהן נקבע כי תגמולי הביטוח שיקבל המבוטח לא יעלו על הסכום שמשלמת חברת ביטוח לנותן שירותים הקשור עימה בהסכם או כי תגמולי הביטוח יחושבו ביחס לסכום האמור. יצוין כי הסכום שמשלמת חברת ביטוח לנותן השירותים, אשר משפיע במישרין על היקף תגמולי הביטוח, אינו מפורט בדרך כלל בתכנית הביטוח, והמבוטח למד עליו רק עם קרות מקרה הביטוח.

דוגמה נוספת להיעדר גילוי ופירוט מספקים מצויה בתכניות ביטוח שבהן סכום תגמולי הביטוח נקבע בהתאם לרשימה של מקרים המפורטים בתכנית (כגון רשימת ניתוחים), ואשר בצד כל אחד מהם נקוב סכום תגמולי הביטוח. בהתאם לתנאים בתכניות אלה, סכום תגמולי הביטוח שישולם למבוטח, בגין מקרה שאינו מופיע ברשימה האמורה, נקבע לפי מקרה דומה לאחד מהמקרים המפורטים ברשימה בהתאם לשיקול דעתו של רופא מומחה.

על מנת להבטיח כי בידי המבוטחים יהיה המידע הנדרש בטרם כריתתו של חוזה הביטוח ובמהלך תקופת הביטוח, מפורטות להלן הוראות לעניין המידע שעל חברות ביטוח למסור למבוטחים בנוגע לסכום תגמולי הביטוח לפי תנאי התכנית.

(א) נקבע בתכנית ביטוח כי ישולמו למבוטח תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך נקוב, תציג חברת הביטוח באתר האינטרנט⁵⁶ שלה, בגין כל אחד ממקרי הביטוח שלגביהם נקבעו באותה תכנית תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך

⁵⁴ מקור: מתוך חוזר 9-1-2009 "דיווח שנתי למבוטחים בביטוח בריאות" (מיום 24.6.2009) – מועד תחילה 24.6.2009
⁵⁵ מקור: מתוך חוזר 2-1-2011 "פירוט תגמולי ביטוח בתכניות לביטוח בריאות" (מיום 2.8.2011) – מועד תחילה 1.3.2012

⁵⁶ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5, לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

- נקוב, את הסכום הכספי בערכו הנקוב של תגמולי הביטוח המרביים. הסכום הכספי בערכו הנקוב יוצג במספר סכומים לפי משתנים שיוצגו באתר האינטרנט⁵⁷ 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 האינטרנט⁵⁸ של חברת הביטוח כאמור בסעיף קטן (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 האינטרנט⁵⁹ 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 האינטרנט⁶⁰ 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 האינטרנט⁶¹ של חברת הביטוח כאמור בפסקה (א).
- (ו) 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 בסעיף קטן (ה), וכן את האפשרויות הנוספות העומדות לרשותו של המבוטח לקבל מידע על פירוט תגמולי הביטוח (היינו כתובת אתר האינטרנט⁶² של חברת הביטוח וכן אמצעים נוספים, כגון פרטי מוקד טלפוני).
- (ז) חברת ביטוח רשאית לשנות את פירוט תגמולי הביטוח אחת לשנה לכל היותר, ורק בעקבות אחד מאלה:
- (1) שינוי הסכום שחברת הביטוח משלמת לנותן שירותים הקשור עימו 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 האינטרנט⁶³ של חברת הביטוח.
- (ח) חברת ביטוח המבקשת לשנות את פירוט תגמולי הביטוח, תציין באתר האינטרנט⁶⁴ שלה את זכותה לבצע שינוי כאמור, וכן ואת הנסיבות בהן יתבצע השינוי בהתאם לאמור בסעיף קטן (ז).
- (ט) על אף האמור בסעיף קטן (א), חברת ביטוח רשאית להגביל את הנגישות לפירוט תגמולי הביטוח אשר יוצג באתר האינטרנט⁶⁵ במקרים הבאים:
- (1) 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;

⁵⁷ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5, לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי
⁵⁸ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5 לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי
⁵⁹ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5 לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי
⁶⁰ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5 לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי
⁶¹ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5, לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי
⁶² ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5, לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי
⁶³ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5, לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי
⁶⁴ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5, לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי
⁶⁵ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5, לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(2) 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.

(י) הוגבלה הנגישות כאמור בסעיף קטן (ט), 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 האינטרנט⁶⁶ של חברת הביטוח).
(יא) בהוראות אלו, "תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך נקוב" - תקרת שיפוי או תשלום פיצוי בגין מקרה ביטוח המכוסה בתכנית ביטוח, אשר אינם נקובים בסכום כספי.

4.1. פרט

4.1.1. ביטוח תאונות אישיות

בחלק זה הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים).

סימן א': עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים⁶⁷

תכניות לביטוח בריאות, ובהן תכניות לביטוח מחלות קשות וביטוח סיעודי, הן תכניות לתקופות ארוכות, ומשכך לחברת ביטוח קיים קושי להתחייב לפרמיה שלא תשתנה לאורך השנים, בין היתר, עקב מוגבלות הנתונים הקיימים ואי ודאות בדבר התפתחויות עתידיות שעשויות להשפיע על רמת הסיכונים. מסיבות אלה ניתנת לחברות הביטוח, במסגרת פוליסת הביטוח, האפשרות לא להתחייב לדמי ביטוח למשך כל תקופת הפוליסה, ולשנות את טבלת הפרמיות למבוטחים קיימים, בכפוף לאישור של הממונה על שוק ההון. מכאן, שלפיקוח על הביטוח אין התנגדות עקרונית לשינוי תעריפים בביטוח בריאות, היות ששינויים מסוג זה במהלך תקופת הביטוח, הן כלפי מעלה והן כלפי מטה, עשויים לנבוע מאופיים של מוצרים אלה.

יודגש כי היכולת לבצע שינויים בתעריפים אינה מקנה לחברת הביטוח את האפשרות לתקן תעריפי ביטוח שנקבעו באופן לא מקצועי, ומבלי שנלקחו בחשבון גורמים הרלבנטיים לקביעת הסיכון כגון ניסיון, חיתום וכדומה. בנוסף, אחד החששות בתמחור של פוליסות בריאות הוא שחברת הביטוח תקבע פרמיות נמוכות מידי ביחס לסיכון הביטוחי עקב שיקולים שיווקיים, שנועדו להביא לצירוף רב של מבוטחים במחירים נמוכים, תוך כוונה או הנחה שניתן יהיה להעלות את הפרמיות בעתיד, בשלב בו המבוטחים כבר צורפו לפוליסה, כאשר לחלק מהם אין כלל את האפשרות לרכוש ביטוח אחר עקב גילם או מצב בריאותם. אין ספק שתמחור לא מתאים, בין אם מחוסר מקצועיות ובין אם מתוך רצון שיווקי, אינו הוגן כלפי המבוטחים, ולכן הם אינם נדרשים לשאת בתוצאותיו.

לכן, כיוון ששינויים בתעריפי הביטוח עשויים להיות אינהרנטיים לסוג זה של ביטוח, ובהנחה שקביעת תעריפי הביטוח במקור נעשתה באופן מקצועי והוגן, להלן עקרונות שיעמדו בבסיס בחינתן של בקשות שיגישו חברות ביטוח לממונה על שוק ההון לשינוי תעריפים למבוטחים קיימים.

⁶⁶ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5, לעניין אתר אינטרנט של גוף מוסדי

⁶⁷ מקור: מתוך חוזר 2005-1-29 "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים" (מיום 31.7.2005) – מועד תחילה 31.7.2005

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(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 במודל האמור, בהתאם להוראות סעיף 1, סימן א': "נספח אקטוארי בביטוחי בריאות" לעניין 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 סעיף 1, סימן א' "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 מבטח 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 אלה, 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 המבוטחים בתוכנית, 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 מבוטח, אשר יתווסף לתעריף לאחר שינוי פרמיית הסיכון. סכום זה יכול להשתנות ממבוטח למבוטח.
- (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 מבוטח (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.

מדינת ישראל **משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון**

- (3) שיעורי הנזקים השונים יחושבו על בסיס התעריפים שאושרו (כולל תוספות חיתומיות), ולא לפי הפרמיה שנגבתה בפועל.
- (4) שיעור הנזקים יחושב על פי פרמיה נטו ועל פי פרמיה ברוטו (כולל העמסות). אם מדובר בפרמיה קבועה, ניכוי העתודה במכנה יעשה על בסיס הנחות לחישוב הפרמיה נטו ולא לפי הנחות חישוב העתודה.
- (5) במקרה של חוסר בניסיון התביעות, ניתן יהיה לקבץ תביעות מפוליסות בעלות מאפייני סיכון דומים כדי לקבל ניסיון תביעות רחב יותר. הקיבוץ יעשה רק עבור התביעות ולא עבור הפרמיות (הפרמיות שיילקחו עבור החשיפה של אותן פוליסות בעלות מאפייני סיכון דומים יהיו על בסיס הפרמיות של הפוליסה אותה החברה מבקשת לאשר, ולא הפרמיות בפועל של פוליסות אלו).
- (ד) שיקולים אקטואריים נוספים בקביעת תעריף הביטוח:
- (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:
- (1) 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.
- (2) גילוי למבוטחים חדשים: חברת הביטוח תפרט, במסגרת נספח גילוי נאות המצורף לפוליסת הבריאות, את כל השינויים בתעריפים שביצעה בהתאם להוראות אלו בפוליסות דומות ב- 10 השנים שקדמו להצטרפות לביטוח.

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

סימן ב': התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות

(א) חלות הוראות סעיף 5.1.1, סימן א': "התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות".

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת הממונה - הבהרה, לעניין התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות [ע] (עמדה מס' 10)⁶⁸.

4.1.2. ביטוח ניתוחים

סימן א': עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים

(א) חלות הוראות סעיף 4.1.1, סימן א': "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים".

4.1.3. ביטוח תרופות

סימן א': עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים

(א) חלות הוראות סעיף 4.1.1, סימן א': "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים".

4.1.4. ביטוח השתלות

סימן א': עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים

(א) חלות הוראות סעיף 4.1.1, סימן א': "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים".

4.1.5. ביטוח סיעודי

סימן א': עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים

(א) חלות הוראות סעיף 4.1.1, סימן א': "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים".

4.1.6. ביטוח מחלות קשות

סימן א': עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים

(א) חלות הוראות סעיף 4.1.1, סימן א': "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבוטחים קיימים".

סימן ב': עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות

⁶⁸ מקור: שח. 38547-2013 מה-26 באוגוסט 2013

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(א) חלות הוראות סעיף 2.1.6, סימן א': "עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות".

4.1.7. **ביטוח נסיעות לחו"ל**

4.1.8. **ביטוח שיניים**

סימן א': ביטוח שיניים⁶⁹

(א) חברת ביטוח תציג באתר האינטרנט⁷⁰ 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.

סימן ב': עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבטחים קיימים

(א) חלות הוראות סעיף 4.1.1, סימן א': "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבטחים קיימים".

4.1.9. **ביטוח עובדים זרים**

סימן א': ביטוח בריאות לעובדים זרים: סודיות רפואית⁷¹

זכותו של אדם לפרטיות ולסודיות בנוגע למידע המתייחס למצב בריאותו הגופני או הנפשי או לטיפול הרפואי בו, מעוגנת בהוראות הדין, ובכלל זה בהוראות חוק הגנת הפרטיות ובהוראות חוק זכויות החולה. ההוראות שלהלן מסדירות את הקשר בין חברת ביטוח לבין העובד הזר באמצעות מעסיקו, לעניין מידע רפואי בלבד.

(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.

(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.

⁶⁹ מקור: מתוך חוזר 1-4-2012 "ביטוח שיניים" (מיום 18.6.2012) – מועד תחילה 1.10.2012

⁷⁰ ראו פרק 2 בחלק 4 של שער 5, לעניין אתר האינטרנט של גוף מוסדי

⁷¹ מקור: מתוך חוזר 1-18-2006 "ביטוח בריאות לעובדים זרים: סודיות רפואית" (מיום 27.12.2006) – מועד תחילה 1.3.2007

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(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.

4.1.10. ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות

סימן א': עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבטחים קיימים

(א) חלות הוראות סעיף 4.1.1, סימן א': "עקרונות לשינוי תעריפים בביטוח בריאות עבור מבטחים קיימים".

4.2. קבוצתי

סימן א': מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי⁷²

בחווה ביטוח הנכרת בין חברת ביטוח לבין קבוצת מבטחים, בעל הפוליסה עורך חוזה אחד עם חברת ביטוח ודן עימה על תנאי הביטוח עבור כלל המבטחים. בשל העובדה שבעל פוליסה בביטוח קבוצתי נושא ונותן עם חברת ביטוח בשמם של המבטחים, מוטלת עליו החובה לפעול באמונה ובשקידה לטובתם. כדי שתהיה בידי בעל פוליסה היכולת לקיים את חובותיו כלפי קבוצת המבטחים, יש להבטיח כי יעמוד לרשותו מידע בנוגע לביטוח הקבוצתי. כך למשל, בעל פוליסה זקוק למידע בדבר ניסיון התביעות של קבוצת המבטחים כדי לקבל החלטה אם להמשיך ולהתקשר בחוזה ביטוח קבוצתי, עם איזו חברת ביטוח ובאילו תנאים. מאחר שראוי כי בעל פוליסה יקבל מחברת ביטוח פרטי מידע שונים לגבי קבוצת המבטחים, להלן הוראות לעניין היקף המידע המינימאלי שעל חברת ביטוח למסור לבעל פוליסה.

(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 6.4.3 - 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 (2) ו-(3) שבסעיף קטן (א), תציג חברת הביטוח את המידע הנדרש לפי הוראות פסקה (3) שבאותו סעיף קטן, וזאת גם בנוגע לתשלום החד-פעמי.

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

⁷² מקור: מתוך חוזר 2009-1-10 "מסירת מידע לבעל פוליסה בביטוח קבוצתי" (מיום 17.8.2009) – מועד תחילה 17.8.2009

מדינת ישראל **משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון**

- (1) לעניין חלוקה לפי שנים - אם פחת מספר התביעות בשנה מסוימת מ-10, תצרך חברת הביטוח את מספר התביעות באותה שנה למספר התביעות בשנה הקודמת או בשנה העוקבת, ובלבד שמספר התביעות בכל תקופה לא יפחת מ-10;
- (2) לעניין חלוקה לפי גיל - החלוקה כאמור תוצג רק בשנה שבה מספר התביעות עלה על 20; ואולם אם פחת מספר התביעות בגיל מסוים מ-10, תצרך חברת הביטוח את מספר התביעות באותו גיל למספר התביעות בגיל הקודם או בגיל העוקב, ובלבד שמספר התביעות בכל קבוצת גיל לא יפחת מ-10.
- (ה) עמד מספר התביעות במועד הדיווח על 20 או פחת מ-20, תציג חברת הביטוח את סך התביעות ששולמו לפי סוג תביעה ואת סך הפרמיות, בחלוקה לפי שנים. בהתקיים התנאי האמור בסעיף קטן זה, רשאית חברת הביטוח שלא לפרט מידע נוסף, מעבר לאמור ברישה לסעיף קטן זה, וכן רשאית היא שלא לפרט את המידע בהתאם למתכונת הדיווח הקבועה בלוחות 1 ו-2 לנספח.
- (ו) חברת ביטוח תמסור את המידע המפורט בסעיף זה בכל אחד מהמועדים כמפורט להלן:
- (1) בכל מועד לפי בקשת בעל הפוליסה, ולא יותר מאחת לשנה; מידע כאמור יימסר לבעל הפוליסה בתוך 30 יום ממועד בקשתו, ובלבד שהפוליסה היתה 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 בסיפה להגדרה "תקופת הדיווח";
- (2) בנוסף למועד מסירת המידע לבעל הפוליסה כאמור בפסקה (1), תמסור חברת הביטוח את המידע המפורט בסעיף זה לבעל הפוליסה 60 יום לפני מועד תום תקופת הביטוח, זולת אם מידע כאמור בפסקה (1) נמסר במהלך 30 הימים שקדמו למועד הקבוע בפסקה זו למסירת מידע.
- (ז) נקבע בפוליסה או בהסכם שבין בעל הפוליסה לבין חברת הביטוח תנאי בדבר ביצוע התאמת פרמיה במהלך תקופת הביטוח, תמסור חברת הביטוח לבעל הפוליסה את הסכום של כל אחד מהמשתנים שנעשה בהם שימוש לצורך קביעת התאמת הפרמיה כאמור.
- (ח) חברת ביטוח תמסור את המידע המפורט בסעיף זה 60 יום לפני המועד לביצוע התאמת הפרמיה במהלך תקופת הביטוח, כשהוא מעודכן ליום המסירה כאמור.
- (ט) הוראות אלו יחולו על פוליסות לביטוח בריאות קבוצתי, על פוליסות לביטוח אבדן כושר עבודה קבוצתי ועל פוליסות לביטוח חיים קבוצתי; לעניין זה, "ביטוח בריאות" -
- (1) ביטוח מפני תאונות אישיות כאמור בסעיף 1(א)(5) להודעת הפיקוח על עסקי ביטוח (ענפי ביטוח);
- (2) ביטוח מפני מחלות ואשפוז כאמור בסעיף 1(א)(6) להודעה האמורה, למעט ביטוח אבדן כושר עבודה.
- (י) על אף האמור בסעיף קטן (ט), הוראות אלו לא יחולו על תביעות מכח פוליסות לביטוח בריאות קבוצתי המיועדות למתן כיסוי ביטוחי לשוהים זרים בישראל ומכח פוליסות לביטוח בריאות קבוצתי לעובדים זרים, וזאת לעניין קבלת שירותים במישרין מספק השירות הרפואי ובלא מעורבות של חברת הביטוח.
- (יא) לעניין סימן זה -
- "גיל" - גיל התובע במועד קרות מקרה הביטוח;
- "מועד הדיווח" - 30 יום לפני כל אחד מהמועדים שנקבעו למסירת המידע כאמור בסעיף 13, לפי העניין;
- "סוג תביעה" - סוג הכיסוי הביטוחי: ניתוחים, השתלות, תרופות, סיעוד, הוצאות רפואיות אחרות, שניים, מחלות קשות, נסיעות לחו"ל, עובדים זרים, תאונות אישיות, נכויות, מוות, אבדן כושר עבודה או כיסוי ביטוחי אחר;

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

"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 בגין ;
"תביעות שאושרו" - תביעות שהוגשו בגין מקרי ביטוח שאירעו במהלך תקופת הדיווח, אשר חברת ביטוח הכירה לגביהן, במהלך אותה תקופה, בחבותה כלפי התובע, לרבות חבות חלקית או תשלום שלטענת חברת הביטוח היא אינה חייבת בו ("תשלום לפני משורת הדין"), ולרבות מקרי ביטוח בהם שילמה חברת הביטוח לנותן שירותים הקשור עימה בהסכם ;
"תביעות שאושרו והסתיימו" - תביעות שאושרו ואינן תביעות בתשלום ;
"תביעות שנדחו" - תביעות שהוגשו בגין מקרי ביטוח לכאורה, שאירעו במהלך תקופת הדיווח, אשר חברת ביטוח החליטה, במהלך אותה תקופה, שאין לה חבות בגין כלפי התובע ;
"תקופת הדיווח" - התקופה שבגינה תמסור חברת ביטוח מידע, אשר תחילתה במועד תחילת תקופת הביטוח הראשונה אצל אותה חברת ביטוח וסיומה במועד הדיווח או בתום תקופת הביטוח האחרונה, לפי המוקדם.

4.2.1. ביטוח תאונות אישיות

בחלק זה יופיעו הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים).

סימן א': התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות

(א) חלות הוראות סעיף 5.1.1, סימן א': "התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות".

הממונה על שוק ההון פרסם עמדת ממונה - הבהרה, לעניין התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות [ע] (עמדה מס' 10)⁷³.

4.2.2. ביטוח ניתוחים

4.2.3. ביטוח תרופות

4.2.4. ביטוח השתלות

4.2.5. ביטוח סיעודי

4.2.6. ביטוח מחלות קשות

סימן א': עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות

(א) חלות הוראות סעיף 2.1.6, סימן א': "עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות".

⁷³ מקור: ש.ה. 38547-2013 מ-26 באוגוסט 2013

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

4.2.7. ביטוח נסיעות לחו"ל

4.2.8. ביטוח שיניים

סימן א': ביטוח שיניים

(א) חלות הוראות סעיף 4.1.8, סימן א': "ביטוח שיניים".

4.2.9. ביטוח עובדים זרים

סימן א': ביטוח בריאות לעובדים זרים : סודיות רפואית

(א) חלות הוראות סעיף 4.1.9, סימן א': "ביטוח בריאות לעובדים זרים : סודיות רפואית".

4.2.10. ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

חובות חברת ביטוח בעת טיפול בתביעה ובעת ביטול פוליסת ביטוח בריאות

5. הוראות בעת טיפול בתביעה בחוזה ביטוח בריאות

5.1. פרט

5.1.1. ביטוח תאונות אישיות

בחלק זה הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים)

סימן א': התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות⁷⁴

סעיף 31 לחוק חוזה הביטוח קובע כי תקופת ההתיישנות של תביעה לתשלום תגמולי ביטוח היא שלוש שנים לאחר שקרה מקרה הביטוח. במרבית תכניות הביטוח הקיימות הכוללות כיסוי ביטוחי לנכות מותנית הזכאות לתגמולי ביטוח בשני תנאים: האחד, התרחשות תאונה או מחלה; השני, נכות שקרתה עקב אחד מאירועים אלו. לעתים חולפת תקופה ארוכה ממועד התרחשות התאונה או המחלה ועד למועד בו ניתן לקבוע את הנכות. מטרת הוראה זו לקבוע הוראות המסדירות טיפול בבקשות להארכת תקופת ההתיישנות בתביעות נכות וכן לקבוע הוראות לעניין גילוי שעל חברת ביטוח לתת בעניין זה.

(א) חברת ביטוח תיעתר לבקשה בכתב של מבוטח להאריך את תקופת ההתיישנות של תביעת נכות, בשנתיים לפחות, מתום שלוש שנים מיום קרות התאונה או המחלה, בהתקיים שני התנאים הבאים:

(1) המבוטח פנה אל החברת ביטוח בכתב, לפני שחלפו שלוש שנים מיום קרות התאונה או המחלה, בבקשה להאריך את תקופת ההתיישנות;

(2) מצבו הרפואי של המבוטח אינו מאפשר בירור נכות במהלך תקופת ההתיישנות, בשל אותה תאונה או מחלה או שנכותו עודנה מצויה בבירור רפואי.

(ב) חברת ביטוח תיעתר לבקשה בכתב של מבוטח להאריך את תקופת ההתיישנות של תביעת נכות, לתקופה נוספת בת שנה לפחות, מתום תקופת הארכה לפי סעיף קטן (א) (להלן: תקופת ההארכה) או מתום כל תקופת הארכה נוספת, בהתקיים שני התנאים הבאים:

(1) המבוטח פנה אל החברת ביטוח בכתב, לפני תום תקופת ההארכה או לפני תום תקופת הארכה הנוספת, לפי העניין, בבקשה להאריך שוב את תקופת ההתיישנות;

(2) מצבו הרפואי של המבוטח אינו מאפשר בירור נכות במהלך תקופת ההארכה או במהלך תקופת הארכה הנוספת, לפי העניין, בשל אותה תאונה או מחלה או שנכותו עודנה מצויה בבירור רפואי.

(ג) חברת ביטוח תציג בפוליסת ביטוח הכוללת כיסוי ביטוחי לנכות, בדף פרטי הביטוח של פוליסה כאמור, בדיווח השנתי של פוליסה כאמור ובהודעות על התיישנות של תביעת נכות - פסקה

⁷⁴ מקור: מתוך חוזר 2013-1-4 "התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות" (מיום 19.8.2013) – מועד תחילה 1.6.2014. על אף האמור, תחילתן של הוראות סעיף ג' לסימן זה הנוגעות לגילוי בפוליסת ביטוח ובדף פרטי ביטוח יהיו ב-1 בדצמבר 2014.

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

אשר בה יצוינו בהבלטה מיוחדת כי תקופת ההתיישנות של תביעת נכות מתחילה להימנות ממועד התאונה או המחלה, לפי העניין, וכן את המידע האמור בסעיפים קטנים 3(א) ו-3(ב).

(ד) לעניין סימן זה –

”כיסוי ביטוחי לנכות” - זכאות לקבלת תגמולי ביטוח בשל נכות, כהגדרתה בפוליסת הביטוח, עקב תאונה או מחלה;

”תביעת נכות” - תביעה לקבלת תגמולי ביטוח מכוח כיסוי ביטוחי לנכות.

”הודעה על התיישנות” - הודעה שנשלחת למבוטח על תקופת התיישנות לאחר שהגיש תביעה לחברת ביטוח, כמפורט בסעיף 6.1.4(ז)(1) שער 6 חלק 1⁷⁵

הממונה על שוק ההון פרסם [עמדת ממונה - הבהרה](#), לעניין התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות [ע] (עמדה מס' 10)⁷⁶.

5.1.2. ביטוח ניתוחים

5.1.3. ביטוח תרופות

5.1.4. ביטוח השתלות

סימן א': כיסוי ביטוחי להשתלות⁷⁷

לאחרונה נחקק חוק השתלת איברים. החוק נועד להסדיר היבטים שונים הנוגעים להשתלת איברים, והוא קובע, בין היתר, הוראות לענין איסור סחר באיברים, וכן הוראות לענין איסור תיווך לשם תרומת איברים. החוק אינו אוסר על השתלת איבר שנעשית מחוץ לישראל, לרבות לענין השתתפות גוף בישראל במימון השתלת איברים שנעשית במדינת חוץ, ובלבד שזו נעשתה בהתאם לתנאים שנקבעו בחוק לענין זה.

מטרת הוראות אלו לקבוע הנחיות בדבר יישום הוראות החוק על תכניות הכוללות כיסוי ביטוחי למימון ביצוע השתלה.

יצוין כי משרד הבריאות פרסם הנחיות לקופות החולים לגבי בדיקת בקשה למימון פעולה של השתלת איבר המוגשת לקופת החולים, המפורטות בחוזר המנהל הכללי מספר 7/06, שעניינו מימון השתלות איברים במדינות חוץ.

(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.

⁷⁵ מקור: חוזר גופים מוסדיים 5-9-2011 "ברור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור". – מועד תחילה 11.6.2011

⁷⁶ מקור: שח. 38547-2013 מה-26 באוגוסט 2013

⁷⁷ מקור: מתוך חוזר 1-1-2009 "כיסוי ביטוחי להשתלות" (מיום 14.1.2009) – מועד תחילה 14.1.2009

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(ב) אשר למבוטחים קיימים - נקבעה בתכנית הביטוח הוראה הסותרת את הוראות סעיף 2.1.4, סימן א': "כיסוי ביטוחי להשתלוח", לא תפעל חברת הביטוח על פיה.

5.1.5. ביטוח סיעודי

5.1.6. ביטוח מחלות קשות

5.1.7. ביטוח נסיעות לחו"ל

5.1.8. ביטוח שיניים

סימן א': ביטוח שיניים⁷⁸

תכניות לביטוח שיניים מאפשרות לקבל טיפולי שיניים בעת הצורך או לקבל החזר הוצאות עבור טיפולי שיניים. להלן עקרונות והוראות בקשר לתכניות לביטוח שיניים. עקרונות והוראות אלה מתייחסים, בין היתר, לממשק בין חברת ביטוח לבין רופא השיניים המטפל במבוטח, לאפשרות של מבוטח לבחור את רופא השיניים או המרפאה ולתנאי ביטול הפוליסה על ידי המבוטח.

(א) 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.

(ב) במקרה של דחיית תביעה או דחיית ערעור על בסיס רפואי, תשלח חברת הביטוח למבוטח הודעה מנומקת וחתומה על ידי רופא שיניים.

5.1.9. ביטוח עובדים זרים

סימן א': ביטוח בריאות לעובדים זרים - הודעה למבוטח⁷⁹

סעיף 9(א) לצו עובדים זרים (איסור העסקה שלא כדין והבטחת תנאים הוגנים) (סל שירותי בריאות לעובד) (בסימן זה: הצו), קובע כי על חברת ביטוח להודיע בכתב לעובד הזר על זכאותו לחוות דעת נגדית מרופא מומחה לפי בחירתו, ולצרף רשימת גופים או ארגונים העשויים לסייע לו במימוש זכאות זו (בסימן זה: ההודעה).

(א) על חברת ביטוח למסור למבוטח הודעה בכל מקרה שבו ניתנה חוות דעת של רופא מומחה מטעם חברת הביטוח אשר מתייחסת לבעיה רפואית הנובעת ממצב רפואי קודם, אי כשירות לעבודה או ייצוב מצבו הרפואי של המבוטח.

(ב) חברת ביטוח תצרף להודעה את חוות הדעת של הרופא המומחה מטעמו.

(ג) בהודעה יצוין כי למבוטח קיימת הזכות לקבל חוות דעת נגדית מרופא מומחה לפי בחירתו. כן יפורט בהודעה כי על חוות הדעת הנגדית כאמור להימסר לחברת ביטוח תוך 21 ימים מיום שהמבוטח קיבל את חוות הדעת הרופא המומחה מטעם חברת הביטוח.

⁷⁸ מקור: מתוך חוזר 2012-1-4 "ביטוח שיניים" (מיום 18.6.2012) – מועד תחילה 1.10.2012

⁷⁹ מקור: מתוך חוזר 2005-1-19 "ביטוח בריאות לעובדים זרים - הודעה למבוטח" (מיום 18.4.2005) – מועד תחילה 1.7.2005

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

- (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.
- (3) חברת ביטוח תכלול כל ארגון המבקש להיכלל ברשימה ובלבד שהארגון עומד בתנאי שפורט בפסקה (2).

5.1.10. ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות

5.2. קבוצתי

5.2.1. ביטוח תאונות אישיות

בחלק זה יופיעו הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים).

סימן א': התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות

(א) חלות הוראות [סעיף 5.1.1, סימן א': "התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות"](#).

הממונה על שוק ההון פרסם [עמדת ממונה - הבהרה](#), לעניין התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות [ע] (עמדה מס' 10)⁸⁰.

5.2.2. ביטוח ניתוחים

5.2.3. ביטוח תרופות

5.2.4. ביטוח השתלות

סימן א': כיסוי ביטוחי להשתלות

(א) חלות הוראות [סעיף 5.1.4, סימן א': "כיסוי ביטוחי להשתלות"](#).

5.2.5. ביטוח סיעודי

5.2.6. ביטוח מחלות קשות

5.2.7. ביטוח נסיעות לחו"ל

5.2.8. ביטוח שיניים

סימן א': ביטוח שיניים

⁸⁰ מקור: ש.ה. 38547-2013 מ-26 באוגוסט 2013

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(א) חלות הוראות סעיף 5.1.8, סימן א': "ביטוח שיניים".

5.2.9. ביטוח עובדים זרים

סימן א': ביטוח בריאות לעובדים זרים - הודעה למבוטח

(א) חלות הוראות סעיף 5.1.9, סימן א': "ביטוח בריאות לעובדים זרים - הודעה למבוטח".

5.2.10. ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות

6. הוראות בעת ביטול חוזה ביטוח בריאות

6.1. פרט

6.1.1. ביטוח תאונות אישיות

בחלק זה יופיעו הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים).

6.1.2. ביטוח ניתוחים

6.1.3. ביטוח תרופות

6.1.4. ביטוח השתלות

6.1.5. ביטוח סיעודי

6.1.6. ביטוח מחלות קשות

6.1.7. ביטוח נסיעות לחו"ל

6.1.8. ביטוח שיניים

6.1.9. ביטוח עובדים זרים

6.1.10. ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות

6.2. קבוצתי

6.2.1. ביטוח תאונות אישיות

בחלק זה יופיעו הנחיות הנוגעות לביטוח תאונות אישיות לרבות ביטוח נכות מתאונה. לעניין נכות תעסוקתית ואובדן כושר עבודה, ראו הוראות חלק 5 בשער 6 (לעניין ביטוח חיים).

6.2.2. ביטוח ניתוחים

6.2.3. ביטוח תרופות

6.2.4. ביטוח השתלות

6.2.5. ביטוח סיעודי

6.2.6. ביטוח מחלות קשות

6.2.7. ביטוח נסיעות לחו"ל

6.2.8. ביטוח שיניים

6.2.9. ביטוח עובדים זרים

6.2.10. ביטוחי בריאות אחרים וכתבי שירות

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

נספחים

נספח 6.3.1.1 - דוגמה לחישובי החשיפה

מבוטח בגיל X ממין זכר רוכש יחידת ביטוח אחת.

תאריך תחילת הביטוח: 1.4.2000.

תקופת אכשרה: 3 חודשים.

תאריך סיום הביטוח: 31.5.2002.

נקבל חשיפות עבור שנת חיתום 2000 כדלקמן:

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

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

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

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 תחילת הביטוח 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.

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

נספח 6.3.3.1 - גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות

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

1. **חלק א':**

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

בפוליסה לביטוח סיעודי יתווספו הנתונים הבאים:

- (16) הגדרת מקרה הביטוח: מספר ADL's ואלצהיימר.
- (17) משך תקופת תשלום תגמולי הביטוח: בחודשים או בשנים.
- (18) סוג תגמולי הביטוח: פיצוי או שיפוי.
- (19) סכום הביטוח: תקרה/ גובה הסכום החודשי.
- (20) תגמולי הביטוח עבור טיפול בבית: פירוט סכום הביטוח החודשי כתקרה או סכום קבוע והאם נדרשת קבלה.
- (21) שחרור מתשלום פרמיה בקרות מקרה הביטוח: קיים/ לא קיים.
- (22) סקאלת הפרמיה: פירוט סקאלת הפרמיה ע"פ כל הגילאים.
- (23) זכויות המבוטח בגין העלאת פרמיה: ערכי סילוק והחזר פרמיה.

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

- (24) ערך מסולק: האם קיים ערך מסולק בפוליסה ובאילו תנאים.
- (25) תלות בין סכום ביטוח לגיל המבוטח: פירוט הסכומים לפי גיל המבוטח.
- (26) קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים: פירוט האם ניתן לקזז מתגמולי הביטוח במקרה של כיסוי חופף בחברות ביטוח אחרות.

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

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

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

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

2. חלק ב':

עבור כל פוליסה יוצג לוח 2 המרכז את תמצית הכיסויים. העמודות המופיעות בלוח מתייחסות לכיסויים ספציפיים על פי העניין. בעמודה ב' יש לפרט את תאור הכיסוי בהתאם למפורט בלוח 2. בעמודה ד' יש לפרט את הגוף המאשר כגון רופא חברת הביטוח, מנהל מחלקה וכד'. להלן הסבר לאופן מילוי עמודות ה' ו':

עמודה ה': ממשיק עם סל הבסיס ו/או השב"ן (רובד ביטוח):

יש למלא את העמודה עפ"י האפשרויות להלן:

- ביטוח תחליפי
- ביטוח משלים
- ביטוח מוסף

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

בביטוחי בריאות קיימים מספר סוגי כיסויים:

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

יצוין כי ההגדרות האמורות תקפות ליום פרסומן.

עמודה ו': קיזוז תגמולים מביטוחים אחרים

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

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

חלק ב': לוח 2 - ריכוז הכיסויים בפוליסה ומאפייניהם

א	ב	ג	ד	ה	ו
פירוט הכיסויים בפוליסה	תאור הכיסוי	שיפוי או פיצוי	צורך באישור חברת הביטוח מראש והגוף המאשר	ממשק עם סל הבסיס ו/או השב"ן: רובד ביטוחי	קיצוז תגמולים מביטוח אחר
ניתוח					
הניתוחים המכוסים	במקרה ומדובר בפוליסה לניתוחים נבחרים, יש לציין האם קיים כיסוי עפ"י רשימת ניתוחים או כיסוי לכל הניתוחים.				
כיסוי עבור ניתוחים פרטיים בארץ ו/או בחו"ל	יצוין בארץ ו/או בחו"ל				
פיצוי בגין ניתוח בבית חולים ציבורי	באילו תנאים ושיעור הפיצוי				
כיסוי למנתח שאינו בהסכם עם חברת הביטוח	לציין אם קיים				
השתלה וטיפול מיוחד					
תקרת תגמולי הביטוח	האם יש תקרה, ומהי				
גמלת החלמה בעקבות השתלה	גובה הגמלה ומשך הכיסוי				
התייעצות עם רופא מומחה					
תקרת כיסוי ומספר התייעצויות					
בדיקות					
פרקים נוספים					
רפואה משלימה	תקרת כיסוי וסכום השתתפות עצמית				
תרופות	הגדרת התרופות הנכללות, תקרה כיסוי וסכום ההשתתפות העצמית				
שירותים אמבולטוריים	טיפולים ובדיקות במסגרת הפרק, כולל תקרת תגמולי הביטוח.				
אחר					

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

מחלות קשות:

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

ביטוחי נכות, לרבות אבדן כושר עבודה :

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

ביטוח שיניים:

א	ב	ג	ד
---	---	---	---

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

פירוט הכיסויים בפוליסה	דברי הסבר	שיפוי – גבול אחריות חברת הביטוח	צורך באישור חברת הביטוח מראש
כיסויים במסגרת מרפאות ורופאים שבהסכם	במקרה שהטיפול מוגבל למרפאות ו/או רופאי הסכם יש לציין זאת מפורשות.		
שטר ביטחון	האם נדרש שטר ביטחון ועל איזה סכום		
אחריות לטיפול המשך	משך האחריות לטיפולי המשך לאחר תום הביטוח		

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

נספח 6.3.3.2 - גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי

חלק א'

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

חלק ב'

ללא שינוי.

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

נספח 6.3.4.1 - דוח שנתי למבוטח

חלק א' - פרטים בסיסיים, נתונים אישיים ונתונים כספיים

(1) פרטים בסיסיים ונתונים אישיים :

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

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

(2) לוח 1- פירוט הפוליסות והכיסויים:

א'	ב'	ג'	ד'	ה'	ו'	ז'	ח'	ט'	י'	יא'	יב'	יג'	יד'	טו'	טז'	יז'
שם פוליסה	מספר פוליסה	סוג פוליסה	סטטוס פוליסה	תאריך תחילת תקופת הביטוח	תאריך תום תקופת הביטוח	סכום ביטוח מירבי של הפוליסה	פירוט כיסויים עיקריים	סכום ביטוח מירבי עבור עיקרי הכיסויים	סוג תגמולי הביטוח	תוספות חיתומיות	החרגות בגין מצב רפואי מסויים למבוטח מסויים	מבנה הפרמיה	אופן הצמדת סכום הביטוח במהלך תקופת הביטוח	אופן הצמדת סכום הביטוח אחרי קרות מקרה הביטוח	השתתפות עצמית	פרמיה שנתית

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

לוח 2 - פירוט הפרמיות ששולמו במהלך שנת הדיווח (עבור כל פוליסה בנפרד) :
ריכוז חודשי של תשלומי פרמיה לשנה המדווחת :

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

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

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

(3) עדכון מוטבים :

ניתן לקבוע או לשנות מוטבים בכתובת הבאה : _____ .

(4) פירוט תגמולי הביטוח ששולמו במהלך שנת הדיווח :

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

חלק ב' - שינויים בפוליסות הביטוח של המבוטח

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

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

חלק ג' - ספח לעדכון פרטים אישיים

חלק ד' - מילון מושגים

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

נספח 6.3.4.2 - הנחיות בדבר אופן עריכת הדוח השנתי

מרכיבי הדוח ומשמעותם:

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

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

חלק ב' - שינויים בפוליסות הביטוח של המבוטח;

חלק ג' - ספח לעדכון פרטים אישיים;

חלק ד' - מילון מושגים.

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

(1) פרטים בסיסיים ונתונים אישיים:

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

(2) נתוני הפוליסות:

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

לוח 1 - פירוט הפוליסות והכיסויים:

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

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

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

(1) בפוליסות לביטוח הוצאות רפואיות:

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

עבור הכיסוי להשתלות וטיפולים מיוחדים יצוין, בין היתר, האם קיים כיסוי לביצוע השתלה או טיפול מיוחד בארץ או בחו"ל.

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

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

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

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

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

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

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

(יג) מבנה הפרמיה - קבועה או משתנה.

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

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

מדינת ישראל **משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון**

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

(יז) פרמיה שנתית - סך כל התשלומים במהלך שנת הדיווח בגין כל פוליסה (פוליסה בסיסית ונספחיה) בערכם הנומינלי. בפוליסה לביטוח קבוצתי שבה תשלום הפרמיה נעשה באמצעות בעל הפוליסה (לרבות בנסיבות של גבייה מרוכזת מהמבוטחים), יוצג פירוט של סך הפרמיה השנתית שבה מחויב כל מבוטח, במהלך שנת הדיווח, על פי תנאי הפוליסה.

לוח 2 - פירוט הפרמיות ששולמו במהלך שנת הדיווח (עבור כל פוליסה בנפרד):
בלוח זה יוצג פירוט חודשי של הפרמיות בערכים נומינליים אשר שולמו במהלך שנת הדיווח. בפוליסה לביטוח קבוצתי שבה תשלום הפרמיה נעשה באמצעות בעל הפוליסה (לרבות בנסיבות של גבייה מרוכזת מהמבוטחים), יוצג פירוט של טבלת הפרמיות שבהן מחויבים המבוטחים על פי תנאי הפוליסה, במקום הפרמיות ששולמו בפועל במהלך שנת הדיווח.

לוח 3 - פירוט הנחה / החזר פרמיה בגין היעדר תביעות:
בלוח זה יפורטו הפוליסות הכוללות הנחה / החזר פרמיה (בנוסף בגין היעדר תביעות).

(3) עדכון מוטבים:
תצוין כתובת חברת הביטוח בה ניתן לקבוע או לשנות מוטבים.

(4) פירוט תגמולי הביטוח ששולמו במהלך שנת הדיווח:
תובא בפני המבוטח האפשרות לקבלת פירוט תגמולי הביטוח ששולמו לו בשנת הדיווח, על פי דרישתו.

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

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

חלק ג' - ספח לעדכון פרטים אישיים:

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

חברת ביטוח תציין בחלק זה לפחות את הפרטים הבאים:

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

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

חלק ד' - מילון מושגים:

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

מילון המושגים יצורף לדיווח השנתי ויכלול לפחות את המושגים הבאים:

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

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

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

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

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח 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 שאושרו		תביעות שנדחו	תביעות בברור	סך הכל	בגין תביעות בתשלום
			תביעות שאושרו והסתיימו	תביעות בתשלום				

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 המפקח 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 מנמק ממושט של תאי כבד כתוצאה מזיהום חריף ו/או מהרעלת תרופות או מסיבות אחרות, והמאופיינת על ידי כל הסימנים הבאים:

- (1) הקטנה חדה בנפח הכבד;
 - (2) נמק ממושט בכבד, המותיר רק רשת רטיקולרית המוכח בהיסטולוגיה;
 - (3) ירידה חדה בבדיקות הדם הבאות בתפקודי הכבד - PT או רמות פקטורים 5 ו-7;
 - (4) צהבת, מעמיקה;
 - (5) אנצפלופטיה כבדית;
 - (6) דמום בלתי נשלט;
 - (7) אי ספיקת כליות על רקע מחלת הכבד ותסמונת הפאטור-רנאלית.
- הסיבות לעדכון: בהתאם להגדרה העדכנית של האיגוד האמריקאי לחקר מחלות כבד (AASLD) ניתן לאבחן את המחלה הקשה כבר עם הופעת רק חלק מהתסמינים האמורים בהגדרה.
- העדכון שיש לערוך: אין לכלול בהגדרה דרישה לסימנים המופיעים בסעיפים 5 עד 7 כתנאי לקיום המחלה הקשה.

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

הגדרה רווחת: חוסר תפקוד כרוני, בלתי הפיך, של שתי הכליות המחייבת חיבור קבוע להמודיאלזה 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 ונוקטים לאחד מהטיפולים המופיעים בהגדרה.

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

העדכון שיש לערוך: יש להתאים בין שם המחלה הקשה בכותרת ההגדרה לבין תוכן ההגדרה. לכן המחלה הקשה תקרא "אנמיה אפלטטית 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, גרנומות, מלפורמציות של כלי הדם המוחיים, המטומות וגידולי יותרת המוח וקרומי המוח.
הסיבות לעדכון: גידולי מוח שפירים כוללים מנינגיומות (קרומי מוח), גידולים של בלוטת יותרת המוח ושואנומות וסטיבלריות, 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. בחלוק 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.

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

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

הגדרה רוחת: 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 כעליה בלחץ העורקי של דו תחמוצת הפחמן מעל 50 מ"מ.
- סיבות לעדכון: מחלת ריאות כרונית נחלקת לשני סוגים - מחלת ריאות כרונית חסימתית ומחלת ריאות כרונית רסטורטיבית. 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 רוחת: 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 רוחת: ניתוח בו מתבצעת החלפת קטע או ניתוח לתיקון מפרצת באבי העורקים, בחזה או בבטן. הסיבות לעדכון: עם התקדמות הרפואה מקובל היום לבצע חלק גדול מהניתוחים באבי העורקים באמצעות פרוצדורה של צנתור, ולא בהכרח באמצעות ניתוח. לפיכך, הגדרה שלא מכסה גם צינתור מחריגה חלק גדול של המקרים ועל כן יש לעדכנה. העדכון שיש לערוך: ההגדרה למחלה הקשה לא תחריג מכיסוי חולים בהם מתבצע ניתוח אבי העורקים. בנוסף ייכללו מקרים בהם הפרוצדורה מבוצעת באמצעות צנתור אם קיימת מפרצת בגודל 5 ס"מ או יותר.

(י) שם המחלה הקשה: סרטן (Cancer)

הגדרה רוחת: 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 כסרטן 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;

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

(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 ul/10,000 B cell lymphocytes ובלבד שהמבוטח לא מקבל טיפול תרופתי;

(7) סרטן תירואיד שבו לא הוסרה כל הבלוטה;

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

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

(10) T cell lymphoma של העור, ובלבד שמדובר בנגעים שטחיים על פני העור בלבד, המחלה הקשה תכוסה בשלב בו הגיעה ל - T CELL LY.

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

הגדרה רווחת: פגיעה מוחית בלתי הפיכה אשר ארעה כתוצאה מתאונה שגרמה לירידה תפקודית שאינה ניתנת לריפוי ואשר אושרה על ידי רופא נוירולוג מומחה בהתאם לאמות המידה הסטנדרטיות לפגועי מוח. לדוגמה: גלזקו קומה 5 או פחות (Glasgow Coma Scale).

הסיבות לעדכון: הגדרה זו מעניקה כיסוי לפגיעה מוחית כתוצאה מתאונה בלבד ולא לפגיעה מוחית מכל סיבה שהיא. העדכון שיש לערוך: יש להתאים בין שם המחלה הקשה בכותרת ההגדרה לבין תוכן ההגדרה. לכן, המחלה הקשה תקרא "פגיעה מוחית מתאונה - Brain Damage By Accident".

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

הגדרה רווחת: האבחנה מתבטאת בתופעות של רעד, נוקשות איברים, חוסר יציבה ותגובות איטיות שאינן מוסברות על ידי סיבה פתולוגית אחרת, ואשר אובחנו על ידי נוירולוג מומחה, כמחלת פרקינסון. המחלה הקשה צריכה להתבטא

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

בחוסר יכולת לבצע באופן עצמאי וללא עזרת הזולת, לפחות שלוש מתוך שש הפעולות הבאות: לקום ולשכב, להתלבש ולהתפשט, להתרחץ, לאכול ולשתות, לשלוט על סוגרים, נידות, 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 (צברוסקולרי), 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.

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

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/לך 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: _____

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

עמדות הממונה על שוק ההון

עמדה מס' 1

המשכיות ביטוח בפוליסות בריאות לעובדים זרים - הבהרה

להלן הבהרות בנוגע להבטחת רציפות ביטוחית בפוליסות הביטוח לעובדים זרים:

- (1) תקופת הביטוח תיקבע בהתאם לשני תנאים מצטברים: משך תקופת עבודתו של העובד בישראל, ולפחות חמש שנים (זאת על בסיס נוהל משרד הפנים להנפקת אשרות שהייה לעובדים זרים).
- (2) למרות האמור לעיל, במקרה של מתן אשרה נוספת להמשך שהות העובד בישראל מעל חמש שנים, תימשך תקופת הביטוח כל עוד האשרה בתוקף.
- (3) במקרה של מעבר בין מעבידים, יהיה המבוטח רשאי, בין בעצמו ובין באמצעות בעל הפוליסה, לחדש את הביטוח ללא חיתום מחדש, תוך זמן סביר.
- (4) תנאי הרציפות חלים על פוליסות שנמכרו החל מיום 1.1.03 ועל פוליסות שנמכרו לפני יום 1.1.03 במועד חידושן.⁸¹ [ע]

⁸¹ מקור: ש.ה. 11867-2002 מה- 10 בדצמבר 2002. נוסח ההבהרה עודכן והותאם.

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

עמדה מס' 2

גילוי נאות בביטוח תאונות אישיות קבוצתי - הבהרה

בהמשך לפניית שהתקבלו במשרדנו בנוגע למסירת פוליסת ביטוח למבוטח בביטוח קבוצתי, למשל בנושא ביטוח תאונות אישיות לתלמידים, ובהמשך להוראות הממונה על שוק ההון⁸² בנושא גילוי נאות בביטוח בריאות קבוצתי, הרינו להבהיר כי על חברת ביטוח להמציא לכל יחיד מקבוצת המבוטחים בתוכניות לביטוח תאונות אישיות את פוליסת הביטוח, לרבות שאר המידע המפורט בהוראות הממונה על שוק ההון⁸³, ובהתאם למועדים שנקבעו בהוראות הממונה

⁸² חוזר ביטוח 2002/3.

⁸³ במקור בחוזר 2002/3.

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

עמדה מס' 3

חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים – תחולה על ביטוח קבוצתי - הבהרה

- (1) יובהר כי הוראות הממונה על שוק ההון בתחום בריאות חלות על כל סוגי ביטוחי הבריאות (פרט וקבוצתי), אלא אם נקבעו הוראות מפורשות אחרות.
- (2) צירוף מבטחים לביטוח באופן אובליגטורי הינו אסור, ויכול להיעשות רק בנסיבות בהן המבוטח אינו משלם את דמי הביטוח במלואם או בחלקם, ואף לא מחויב במס בגין קבלת הטבה מאת מעבידו, שנושא בתשלום דמי הביטוח.

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

עמדה מס' 4

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

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

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

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

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

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

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

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

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

מדינת ישראל משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

(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.⁸⁴ [ע]

⁸⁴ מקור: מכתב הבהרה שה. 2975-2008 מו-12 בפברואר 2008. נוסח ההבהרה הותאם.

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

עמדה מס' 5

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

יובהר כי על כיסוי ביטוחי המקנה שיפוי בגין ביצוע ניתוחים, השתלות או טיפולים מיוחדים, בארץ או בחו"ל, המבוצעים באופן פרטי, לכלול, 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 ממלכתי⁸⁵ [ע]

⁸⁵ מקור: מכתב הבהרה מה- 21 ביולי 2011. נוסח ההבהרה הותאם.

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

עמדה מס' 6

תחולת הוראות הממונה על שוק ההון על פוליסות לביטוח תאונות אישיות - הבהרה

יובהר כי הוראות הממונה על שוק ההון לעניין גילוי נאות למבוטח בעת ההצטרפות לפוליסות לביטוח בריאות⁸⁶ ו"ביטול תקבולים לחברת ביטוח שאינם חלק מפרמיית הביטוח"⁸⁷, חלות גם על פוליסות לביטוח תאונות אישיות.⁸⁸ [ע]

⁸⁶ חוזר ביטוח 2001/9

⁸⁷ חוזר ביטוח 2006-1-13

⁸⁸ ש.ה. 2010-29808 מה- 17 באוקטובר 2010. נוסח ההבהרה הותאם

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

עמדה מס' 7

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.⁸⁹ [ע]

⁸⁹ מקור: ש.ה. 2011-29477 מה-7 באוגוסט 2011⁹⁰ מקור: מכתב הבהרה ש.ה. 2011-29477 מה-7 באוגוסט 2011⁹¹ מקור: ש.ה. 2013-39572 מה-22 באוגוסט 2013. נוסח ההבהרה הותאם

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

עמדה מס' 8

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.⁹⁰ [ע]

⁹⁰ מקור: מכתב הבהרה שה. 2011-29477 מה-7 באוגוסט 2011⁹¹ מקור: שה. 2013-39572 מה-22 באוגוסט 2013. נוסח ההבהרה הותאם

מדינת ישראל

משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון

עמדה מס' 9

פיצוי בכיסוי לניתוחים פרטיים בישראל - הבהרה

לרבים מהמבוטחים בביטוח בריאות פרטי הכולל כיסוי לניתוחים יש גם כיסוי דומה מכוח תכנית לשירותי בריאות נוספים שמציעות קופות חולים (להלן: "שב"ן"). לפיכך, בפני מבוטח שמבקש לעבור ניתוח עומדות, בדרך כלל, שלוש חלופות: כיסוי עלות הניתוח על ידי הביטוח הפרטי, כיסוי עלות הניתוח על ידי השב"ן וביצוע הניתוח באמצעות המערכת הציבורית. במצב זה, לעתים לגורם מממן עשוי להיות אינטרס שהמבוטח יבצע את הניתוח באמצעות גורם אחר.

כיום, קיימות פוליסות ביטוח המכסות ניתוחים פרטיים בישראל, שכוללות סעיף שקובע כי אם עלות הניתוח, כולה או חלקה, מומנה על ידי השב"ן או אם הניתוח בוצע במערכת הציבורית, המבוטח יקבל פיצוי כספי מחברת הביטוח. על אף שסעיף מעין זה עשוי להוזיל את מחיר הביטוח ולאפשר למבוטח גמישות בבחירת הגורם המבצע, הוא גם עלול להטות מבוטח לבחור מבצע ניתוח שלא משיקולי בריאות, שכן לעיתים השיקול הכספי עלול לגבור על השיקול הבריאותי.

לאור האמור, מובהר בזאת כי החל מה- 22 באוגוסט 2013, הממונה על שוק ההון לא יאשר תכנית ביטוח המכסה ניתוחים פרטיים בישראל שתאפשר למבוטח לבחור בין שיפוי עלויות ניתוח על ידי חברת הביטוח ובין פיצוי כספי לניתוח שבוצע בשב"ן או במערכת הציבורית. לפיכך, החל מ- 1 בינואר 2014 אין לשווק או לחדש פוליסות כאמור.⁹¹ [ע]

⁹¹ מקור: ש.ה. 2013-39572 מה-22 באוגוסט 2013. נוסח ההבהרה הותאם

מדינת ישראל
משרד האוצר - אגף שוק ההון, ביטוח וחסכון

עמדה מס' 10

התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות - הבהרה

הוראות הממונה על שוק ההון לעניין "התיישנות בחוזה ביטוח הכולל כיסוי ביטוחי לנכות"⁹², קובעות הנחיות לטיפול בבקשה להארכת תקופת התיישנות ולגילוי שעל חברת ביטוח לתת בנושא זה.

יובהר כי אם חברת ביטוח לא תעמוד בחובות הגילוי האמורות, ישקול הממונה על שוק ההון, בהתאם לנסיבות העניין, לראות במבוטח כמי שביקש להאריך את תקופת ההתיישנות במועדים שנקבעו לעניין זה בהוראות.⁹³ [ע]

⁹² חוזר ביטוח 2013-1-4

⁹³ מקור: שח. 2013-38547 מה- 26 באוגוסט 2013