



מדינת ישראל

רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון

י"ט בכסלו התשע"ט
27 בנובמבר 2018
חוזר ביטוח 12-1-2018
סיווג: בריאות

תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 - ביטוח סיעודי

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

1. כללי

חוזר מס' 2016-9-9 בנושא "בירור ויישוב תביעות וטיפול בפניות ציבור", מיום 5 ביולי 2016 (להלן - **חוזר יישוב תביעות**) מסדיר את נושא יישוב תביעות של גופים מוסדיים.

במהלך השנים האחרונות ערכה רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון¹ ביקורות על יישום הוראות חוזר יישוב תביעות בגופים המוסדיים. הביקורות העלו כי לאור זאת שהליך יישוב תביעות בביטוח סיעודי מצריך, לעיתים, ביצוע הערכה של מצבו התפקודי של מבוטח, או הערכה קוגניטיבית לגביו, ולאור זאת שמרבית מקרי הסיעוד מתרחשים עת הגיעו של מבוטח לגיל זקנה, יש מקום להסדיר, באופן נפרד ופרטני, את הליך יישוב התביעות בביטוח סיעודי. חוזר זה קובע הוראות ליישוב תביעות בביטוח סיעודי שמטרתן להבטיח הליך יישוב תביעות מהיר, ככל הניתן, הוגן, המצריך טרחה מינימלית מצד המבוטח, שלרוב כאמור נמצא בגיל מבוגר. הוראות אלה באות במקום ההוראות הכלליות שקבועות בחוזר יישוב תביעות.

2. הוראות

בחוזר המאוחד שער 6, חלק 3 -

א. בהגדרות יבואו השינויים המפורטים בתיקוני מהדורה בנספח.

ב. בפרק 5, בסעיף 5.1.6, יבואו ההוראות המפורטות בנספח.

3. תחולה

א. הוראות חוזר זה יחולו על כל חברות הביטוח, לרבות אם הן פועלות ליישוב תביעות באמצעות אחר.

ב. הוראות חוזר זה יחולו על תביעות שהתקבלו בחברות הביטוח לאחר מועד התחילה.

¹ בהתאם לחוק הפיקוח על שירותים פיננסיים (תיקוני חקיקה), התשע"ו-2016, החל מיום 1 בנובמבר 2016 הוקמה רשות שוק ההון, ביטוח וחיסכון. פעולות הביקורת, החלו במהלך התקופה שבה הפעילות בוצעה באגף שוק ההון, ביטוח וחיסכון במשרד האוצר לפני הפיכתו לרשות עצמאית.

4. תחילה

א. תחילתו של חוזר זה ביום 1 בספטמבר 2019.

ב. על אף האמור בסעיף קטן (א) -

(1) תחילתן של הוראות סעיף קטן 5.1.6(ו)(4) לנספח ביום 2 בדצמבר 2018;

(2) תחילתן של הוראות פסקת משנה 5.1.6(ו) לנספח, למעט סעיף קטן 5.1.6(ו)(4) לאותו נספח כאמור לעיל, ביום 1 במרס 2019.

משה ברקת

הממונה על שוק ההון, ביטוח וחיסכון

נספח

תיקון הוראות החוזר המאוחד שער 6 חלק 3 - ביטוח סיעודי

הגדרות

מונח	הגדרה
אמצעי דיגיטלי	כתובת דואר אלקטרוני או מסרון למספר טלפון נייד, ככל שמספר הטלפון הנייד מקבל הודעות טקסט;
בגיר	מבוטח שהגיע לגיל בגרות בהתאם להוראות הפוליסה או שהגיע לגיל 25 המוקדם מביניהם
ביטוח סיעודי לחברי קופ"ח ²	כהגדרתו בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח)(ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;
ביטוח סיעודי קבוצתי ³	ביטוח שעורך בעל פוליסה עבור חבריו, למעט בעל פוליסה שהוא קופת חולים;

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

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

לרבות בן או בת זוג של מבוטח, הוריו, ילדיו, אחיו, סבו, סבתו, נכדיו;	בן משפחה קרוב⁴
סכום הכיסוי המקסימלי אותו מתחייבת חברת ביטוח לשלם למבוטח בקרות מקרה ביטוח בהתאם לתנאי הביטוח;	גבול אחריות⁵
בחינת יכולתו התפקודית של מבוטח בביטוח סיעודי;	הערכת תפקוד
הצטרפות מבוטח לביטוח סיעודי קבוצתי כלשהו, ששווק לראשונה או חודש לראשונה אחרי 1 בספטמבר 2017, אשר החל ממנה הוא מבוטח ברצף;	הצטרפות לראשונה לביטוח⁶
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;	השתלה⁷
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;	זכות המשכיות לפוליסת פרט
כמשמעותה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;	זכות המשכיות לפוליסת פרט
מספר תכניות לביטוח בריאות המשווקות ביחד, בין אם נעשו לפי תכנית בסיס ובין אם שנעשו לפי תכנית נוספת;	הבילה⁸
חשבון פרטי של מבוטח באתר האינטרנט של גוף מוסדי שבו מקבל הלקוח שירותי אחזור מידע, בהתאם להוראות חוזר ביטוח 6-1-2016, בנושא "אחזור מידע אישי", מיום 23 במאי 2016;	חשבון אישי מקוון

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

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

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

⁷ מקור: חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות";

⁸ מקור: חוזר 2015-1-19 "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט";

<p>יכולתו של מבוטח לבצע פעולות ADL בהתאם לסעיף 2.2.6(א)(1), או היותו של המבוטח תשוש נפש, כהגדרתו בסעיף 2.2.6(א)(2) או יכולתו של מבוטח כמוגדר בהגדרת מקרה הביטוח בפוליסה שברשות המבוטח, אם נקבעה בפוליסה הגדרה אחרת מהאמור;</p>	<p>יכולת תפקודית</p>
<p>כיסוי המקנה שיפוי (החזר הוצאות) בשל ביצוע ניתוחים פרטיים בישראל;</p>	<p>כיסוי ביטוחי לניתוחים 'מהשקל הראשון'⁹</p>
<p>תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לביצוע ניתוחים פרטיים בישראל, היינו תכנית שמתחשבת בזכויות הניתנות במסגרת תכנית השב"ן לביצוע ניתוחים פרטיים;</p>	<p>כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים¹⁰</p>
<p>מי שהתקשר עם מבטח בחוזה ביטוח עבורו וגם עבור משפחתו</p>	<p>מבוטח ראשי</p>
<p>כהגדרתו בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;</p>	<p>מבוטח זכאי</p>
<p>מחלה קשה, אירוע רפואי חמור או פרוצדורה רפואית משמעותית, שנהוג לכסותם בביטוח מסוג מחלות קשות;</p>	<p>מחלה קשה¹¹</p>
<p>מחלה שבשלה היה המבוטח בטיפול או בהשגחה בעת צאתו לחוץ לארץ או במשך ששת החדשים שקדמו לצאתו, ולמעט כאשר קבלת הטיפול היתה מטרת הנסיעה;</p>	<p>מצב רפואי קודם¹²</p>
<p>בן או בת זוג של מבוטח וילדי כל אחד מהם;</p>	<p>משפחה גרעינית¹³</p>

⁹ מקור: חוזר 2007-1-6 "חובת הצעת תכנית בעלת כיסוי ביטוחי משלים לניתוחים";

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

¹¹ מקור: חוזר 2013-1-6 " עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות";

¹² מקור: מתוך חוזר 2016-1-26"תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 3 ו-4 - ביטוח נסיעות לחו"ל (מיום 1.1.2017);

¹³ מקור: מתוך חוזר 2016-1-26"תיקון הוראות החוזר המאוחד - שער 6 חלק 3 פרקים 1, 3 ו-4 - ביטוח נסיעות לחו"ל (מיום 1.1.2017);

<p>פעולה פולשנית-חדירתית (Invasive Procedure) החודרת דרך רקמות ומטרתה טיפול במחלה ו/או פגיעה ו/או תיקון פגם או עיוות אצל המבוטח;</p> <p>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;</p>	<p>ניתוח¹⁴</p>
<p>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);</p>	<p>ניתוח אלקטיבי¹⁵</p>
<p>לעניין ביטוחי שיניים -</p> <p>קבוצת טיפולים שקובצו ומהווים פרק בתכנית הביטוח (לדוגמה: סל בסיסי - הכולל טיפולים משמרים בלבד, סל מורחב - הכולל גם טיפולים משקמים, סל הכולל טיפולים אורתודנטיים וכדומה);</p>	<p>סל טיפולים¹⁶</p>
<p>בעל מקצוע, לרבות תאגיד, שהוא, או מי מעובדיו, בעל רישיון לעסוק ברפואה, לפי פקודת הרופאים [נוסח חדש], התשל"ז-1976, או בעל תעודת אח מוסמך שרשום בפנקס הרלוונטי במשרד הבריאות, שהוא בעל הכשרה מספקת לביצוע הערכת תפקוד וכן בעל ניסיון בעבודה עם האוכלוסייה המבוגרת;</p>	<p>ספק הערכות תפקוד</p>
<p>לעניין סעיף קטן 2.2.1 -</p> <p>למעט שינוי הנובע מהצמדה למדד שנקבע בתכנית או בשל מעבר בין קבוצות גיל או בשל סיום הנחה שניתנה לתקופה קצובה, כפי שפורטו בטבלת דמי הביטוח האחרונה שנמסרה למבוטח;</p>	<p>עלייה או שינוי בדמי הביטוח¹⁷</p>
<p>סכום הביטוח שבתוקף לאחר הפסקת תשלומי הפרמיה, הנגזר מהרזרבה שנצברה למבוטח מסוים;</p>	<p>ערך מסולק¹⁸</p>
<p>סכום כספי שהמבוטח זכאי לו בעת ביטול הפוליסה, הנגזר מהרזרבה שנצברה לזכותו באותו מועד;</p>	<p>ערך פדיון¹⁹</p>

¹⁴ מקור: חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות";

¹⁵ מקור: חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות";

¹⁶ חוזר 2012-1-4 "ביטוח שיניים";

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

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

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

פוליסה 20	פוליסה לביטוח בריאות שנעשתה לפי תכנית בסיס ותכנית נוספת, לרבות פוליסה שנעשתה לפי חבילה;
פוליסה מזכה אחרונה	כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;
פוליסת המשך	כמשמעותה בסעיף 11(א) להוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;
פעולות ADL ²¹	פעולות יומיומיות (Activities of Daily Living) המפורטות בפסקת משנה (א)(1) בסעיף קטן 2.1.6;
פרמיה מוגדלת ²²	פרמיה המשתנה לאורך תקופת הביטוח לפי גיל המבוטח, כאשר שיעור השינוי בפרמיה בין שנים עוקבות אינו עולה על 4%, טרם הצמדתה למדד;
פרמיה קבועה ²³	פרמיה שאינה משתנה לאורך תקופת הביטוח לפי גיל המבוטח, למעט שינוי הנובע מהצמדתה למדד;
קרן המבוטחים	כהגדרתה בהוראות הפיקוח על שירותים פיננסיים (ביטוח) (ביטוח סיעוד קבוצתי לחברי קופת חולים), התשע"ו-2015;
רצף ביטוח ²⁴	צירוף לביטוח ללא בחינה מחודשת של מצב רפואי וללא תקופת אכשרה;
שתל ²⁵	כל אביזר, איבר טבעי או חלק מאיבר טבעי, או איבר מלאכותי, מפרק מלאכותי או טבעי המושתלים או המורכבים בגופו של המבוטח במהלך ותוך כדי ניתוח המכוסה במסגרת הביטוח (כגון: עדשה, פרק ירך וכו'), למעט תותבת שיניים, שתל דנטלי ושתל במהלך השתלה;
תגמולי ביטוח מרביים שלא בערך נקוב ²⁶	תקרת שיפוי או תשלום פיצוי בגין מקרה ביטוח המכוסה בתכנית ביטוח, אשר אינם נקובים בסכום כספי;

²⁰ מקור: חוזר 2015-1-19 "עריכת תכנית לביטוח בריאות פרט";

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

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

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

²⁴ מקור: חוזר 2013-1-6 " עריכת תכנית לביטוח מחלות קשות";

²⁵ מקור: חוזר 2004/20 "הגדרות של פרוצדורות רפואיות בביטוח בריאות";

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

תכנית בסיס ²⁷	תכנית ביטוח בריאות שלאחר שעמדה בהוראות הנדרשות לצורך כך לפי סעיף 40 לחוק הפיקוח על הביטוח, חברת ביטוח רשאית להנהיגה כתכנית בפני עצמה (ללא תלות ברכישת תכנית אחרת);
תכנית נוספת ²⁸	תכנית ביטוח בריאות או כתב שירות בביטוח בריאות שחברת ביטוח רשאית להנהיגם בהתאם לסעיף 40 לחוק הפיקוח על הביטוח, רק כנלווים לתכנית בסיס;
תקופת תשלום תגמולי ביטוח ²⁹	מספר השנים שנקבע בפוליסה לתשלום תגמולי ביטוח;

5.1.6 ביטוח סיעודי

סימן א': יישוב תביעות בביטוח סיעודי:

(א) עקרונות ליישוב תביעה בביטוח סיעודי.

מבלי לגרוע מהוראות כל דין, פעולתה של חברת ביטוח, סוכן ביטוח, או ספק הערכת תפקוד הפועל מטעמה של חברת ביטוח או סוכן ביטוח, ליישוב תביעת סיעוד, לרבות ביצוע הערכת תפקוד וחקירה לפי הוראות חוזר זה, תעשה בתום לב, בענייניות, ביסודיות, במקצועיות, בשקיפות, בהוגנות, באופן שישמור על כבודו של המבוטח ושיצמצם, ככל הניתן, את הטרחה שלו.

(ב) קבלת תביעה לתגמולי ביטוח.

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

²⁷ מקור: חוזר 2015-1-20 "אי תלות בין כיסויים בביטוח בריאות פרט";

²⁸ מקור: חוזר 2015-1-19 "עריכת תכנית לביטוח תאונות פרט";

²⁹ מקור: חוזר 2013-1-5 "עריכת תכנית לביטוח סיעודי";

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

(3) קיבלה חברת ביטוח את הטפסים ממבוטח:

(א) תמנה החברה נציג שירות אשר יהיה איש קשר מטעם חברת הביטוח מול המבוטח וילווה

את המבוטח לאורך כל הליך הטיפול בתביעה (להלן - **נציג אישי**); פרטי ההתקשרות

הישירים עם הנציג האישי יימסרו למבוטח יחד עם הודעת קבלת המסמכים, כאמור בסעיף

קטן (ב); לעניין זה "פרטי התקשרות" - לכל הפחות, מספר טלפון וכתובת דואר אלקטרוני.

(ב) הנציג האישי יעדכן את המבוטח בשיחה טלפונית בתוך שני ימי עסקים ממועד קבלת

הטפסים, או חמישה ימי עסקים במקרה בו המבוטח פנה בדואר או בפקס ויודיע אם התקבלו

במלואם (להלן - **הודעת קבלת המסמכים**); על אף האמור, התקבלו הטפסים במלואם,

רשאית חברת ביטוח לעדכן את המבוטח באמצעות הודעה למכשיר הטלפון הנייד; עדכונים

כאמור ישלחו למבוטח גם בדואר.

(ג) תפנה החברה לגורמים הרלוונטיים, לא יאוחר משני ימי עסקים ממועד קבלת המסמכים,

לקבלת כל המידע הנדרש לה לצורך קביעת יכולתו התפקודית של המבוטח.

(4) החליטה חברת הביטוח כי המידע שנמצא ברשותה מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של

המבוטח, תכריע לגבי תביעת המבוטח, על בסיס המידע שקיבלה מהמבוטח ושהשיגה באמצעות טופס

ויתור סודיות, לא יאוחר מ-20 ימי עסקים ממועד הודעת קבלת המסמכים; החליטה חברת ביטוח כי

המידע האמור מספק לקביעה כי יכולתו התפקודית של המבוטח מזכה בתגמולי ביטוח, לא תהיה

רשאית להפנות את המבוטח להערכת תפקוד קובעת, כמפורט בפסקה (ג) (להלן - **הערכת תפקוד**

קובעת); כלל המידע שנמצא ברשות חברת ביטוח הערכת תפקוד שבוצעה על ידי המוסד לביטוח

לאומי או הערכת תפקוד שבוצעה עבור חברת ביטוח אחרת (בפסקה זו - **הערכת תפקוד אחרת**),

תחשב הערכת התפקוד האחרת כמידע מספק לעניין תיאור ביצוע הפעולות המפורטות בה.

(5) חלפו 20 ימי עסקים כאמור בפסקת משנה (4) והחליטה חברת ביטוח כי המידע שנמצא ברשותה

אינו מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח, תפנה חברת הביטוח את המבוטח לביצוע

הערכת תפקוד קובעת; החלטת חברת הביטוח כאמור תנומק ותתייחס, בין היתר, לסיבות שבגינן

המידע כאמור אינו מספק; החלטת חברת הביטוח תישלח למבוטח.

(6) חברת ביטוח תקבע כללים לקבלת החלטתה ביחס לפסקאות משנה (4) ו-(5); כללים כאמור יתייחסו,

לכל הפחות, למצבים רפואיים ותפקודיים שונים, פרק הזמן הצפוי לשיקומו של המבוטח וגילו של

המבוטח.

(7) קיבלה חברת ביטוח את תוצאות הערכת התפקוד הקובעת, תכריע בתביעה לא יאוחר מ-15 ימי עסקים ממועד שקיבלה את ההערכה; החליטה חברת ביטוח לדחות את תוצאות הערכת התפקוד הקובעת, תמנה ספק מכריע בהתאם להוראות פסקת משנה (ה)(2).

(8) החליטה חברת ביטוח לדחות את תביעת המבוטח, תנמק החברה את החלטתה; דחתה חברת ביטוח את תביעת המבוטח בטענה שלא קרה מקרה הביטוח, תציין החברה בהודעת הדחייה אלו מפעולות ה-ADL, בהתאם לסעיף 2.2.6(א)(1), התובע אינו מסוגל לבצע בכוחות עצמו.

(9) ביקשה חברת ביטוח לבדוק מחדש את זכאותו של מבוטח לתגמולי ביטוח או דחתה חברת ביטוח את תביעת המבוטח והובא לידיעתה כי הוזמרה יכולתו התפקודית של המבוטח, תראה חברת הביטוח בכך כתביעה חדשה לעניין חוזר זה.

(ג) ביצוע הערכת תפקוד.

(1) חברת ביטוח תבחר ספק הערכות תפקוד באופן אקראי ומחזורי מתוך רשימה של ספקי הערכות תפקוד בהתאם לחלוקת הספקים כמפורט בסעיף קטן ז(3) (להלן - **ספק מעריך**).

(2) חברת ביטוח, או מי מטעמה, תיצור קשר עם המבוטח, לא יאוחר מ-3 ימי עסקים מהמועד שבו החליטה חברת ביטוח כי המידע שנמצא ברשותה אינו מספק באשר לקביעת יכולתו התפקודית של המבוטח כמפורט בפסקה (ב)(5) לעיל, לתיאום מועד לביצוע הערכת תפקוד; הערכת התפקוד תבוצע לא יאוחר מ-3 ימי עסקים מהמועד שבו יצרה חברת הביטוח, או מי מטעמה, קשר עם המבוטח, אלא אם ביקש המבוטח שההערכה תבצע במועד מאוחר יותר.

(3) הערכת תפקוד תיעשה תוך שמירה על כבודו של המבוטח;

(4) הערכת התפקוד תכלול, לכל הפחות, בדיקה מקיפה של המבוטח ותיעוד מפורט של מהלך ההערכה, ביחס לכל אחת מהפעולות הנבחנות, וכן התייחסות לבדיקות ולמבחנים שבוצעו למבוטח במסגרת הערכת התפקוד;

(5) הערכת התפקוד תכלול תיאור מילולי שרשם הספק המעריך ביחס לכל פעולה שנבדקה; הערכה תכלול, לכל הפחות, את הבאים: מידע שנמסר מאת המבוטח או מי מטעמו; תיאור של המעריך בדבר אופן ביצוע הפעולה על ידי המבוטח; והתרשמות המעריך בדבר יכולתו של המבוטח לבצע את הפעולה בכוחות עצמו, בהתבסס על הערכת התפקוד ועל מידע רפואי נוסף שהעבירה חברת הביטוח לספק לצורך ביצוע הערכת התפקוד; הערכת התפקוד לא תכלול הערכה מספרית ביחס ליכולתו של מבוטח לבצע פעולות ADL הנבחנות במסגרת הערכת התפקוד;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

(ג) חוות דעתו המנומקת של הספק המכריע תתייחס רק לשאלה "האם יש בממצאים הסותרים כדי לדחות את ממצאי הערכת התפקוד הקובעת?"; חוות דעתו של הספק המכריע תוגש לחברת הביטוח לא יאוחר מ-5 ימי עסקים מהמועד שבו קיבל את המסמכים כאמור בפסקה (2)(ב); חברת הביטוח תעביר את העתק חוות הדעת למבוטח מיד עם קבלתה; חוות הדעת תהיה חוות הדעת הסופית לצורך יישוב תביעת הביטוח של המבוטח בפוליסה שברשותו.

(ה) ערעור מבוטח.

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

(ו) ביצוע חקירה.

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

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

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

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

(4) החקירה כללה רק תיעוד של פעולות המבוטח כהווייתם; במהלך החקירה לא יגרום החוקר, או מי מטעמו, למבוטח או למי מטעמו, בכל צורה שהיא, לבצע פעולות.

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

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

- (7) דוח החקירה לא הועבר לעיונו של הספק המעריך המבצע את הערכת התפקוד הקובעת.
- (8) בחינת יכולתו התפקודית של המבוטח, על בסיס ממצאי החקירה, נעשתה על ידי רופא מטעם החברה והתייחסה, בין היתר, לפעולות ה-ADL, בהתאם לסעיף 2.2.6(א)(1).
- (9) החליטה חברת הביטוח לדחות את תביעת המבוטח והסתמכה החלטתה גם על ממצאים שעלו במסגרת חקירה, תצרף החברה להחלטתה גם את מועד ביצוע החקירה ומיקומה וכן תמונה מתוך החקירה ממנה ניתן יהיה לאמת את זהות המבוטח.

(ז) רשימת ספקים מעריכים.

- (1) חברת ביטוח תאפשר לכל ספק הערכות תפקוד להיכלל ברשימת הספקים המעריכים שלה בכפוף לכך שהספק התחייב בכתב לקיים את ההוראות לפי חוזר זה, הרלוונטיות לגביו; חברת ביטוח תקבע אמות מידה להכללת ספקי הערכות תפקוד ברשימה.
- (2) רשימת הספקים המעריכים תכלול, לכל הפחות, ספק מעריך אחד לכל 300 תביעות בביטוח סיעודי שהוגשו לחברת ביטוח בשנה הקלנדרית הקודמת למועד גיבוש הרשימה ובכל מקרה לא תפחת מ-10 ספקים מעריכים, 3 ספקים מעריכים לפחות בכל מחוז; על אף האמור, היה לחברת ביטוח יסוד סביר להניח כי מספר הערכות התפקוד שיבוצעו בשנה הקלנדרית הסמוכה לאחר מועד גיבוש הרשימה צפוי לגדול, תעדכן את הרשימה בהתבסס על אותה הנחה; לעניין חוזר זה יראו מספר ספקי הערכות תפקוד הנשלטים על ידי ספק הערכות תפקוד כספק אחד; לעניין זה, "מחוז" - כאמור בהודעה על חלוקת שטחי המדינה למחוזות ולנפות ותיאורי גבולותיהם, מיום 20.3.1957.
- (3) רשימת הספקים המעריכים תכלול, לכל הפחות, חלוקה לספקים מעריכים בתחום תשיות הנפש ולספקים מעריכים בתחום של המבוטח לבצע פעולות ADL בהתאם לסעיף 2.2.6(א)(1) ולכל הפחות בהתאם למשקלן של תביעות בגין תשיות נפש מתוך סך התביעות בביטוח סיעודי בשנה הקלנדרית הקודמת למועד גיבוש הרשימה.
- (4) חברת ביטוח לא תכלול ברשימת הספקים המעריכים ספק הערכות תפקוד -
- (א) שהחברה שולטת או מחזיקה בו יותר מ-10% מסוג מסוים של אמצעי שליטה;
- (ב) שהוא או בעלי תפקידים המועסקים אצלו מועסקים או מספקים שירותים לחברת הביטוח במסגרת הליך יישוב התביעות בביטוח סיעודי, למעט אספקת שירות הערכת התפקוד לפי הוראות חוזר זה;
- (ג) שהוא או בעלי תפקידים המועסקים אצלו נושאים בתפקידים משמעותיים בחברת הביטוח.

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

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

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

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

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

(ח) איסור השפעה על ספקים מעריכים.

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

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

(3) העביר ספק מעריך לחברת ביטוח הערכת תפקוד, רשאית חברת הביטוח להעלות בפני הספק המעריך הערה בעניין טכני בלבד הנוגע להערכת התפקוד, ואשר אין בה השפעה כלשהי על שיקול דעתו המקצועי של הספק; לעניין זה, "הערה בעניין טכני" - הערה שמקורה בטעות סופר של הספק; מצא הספק המעריך כי יש בסיס להערה שהועלתה, תפורט ההערה במסמך הערכת התפקוד המתוקנת; הספק המעריך ימסור את הערכת התפקוד המתוקנת לחברת הביטוח ולמבוטח, בצרוף הסבר לגבי ההבדלים בין הערכת תפקוד זו לבין ההערכה הקודמת, בתוך 3 ימי עסקים מהמועד שבו העלתה בפניו חברת הביטוח את ההערה.

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

(ט) תיעוד.

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

(1) תביעות שעבורן החליטה חברת הביטוח לגבי היותו של המידע מספק המאפשר לקבוע את יכולתו התפקודית של המבוטח או לא, כמפורט בפסקאות משנה (ב) (4) ו-(ב) (5).

(2) תביעות שעבורן ביצעה חברת הביטוח הערכת תפקוד קובעת כמפורט בפסקת משנה (ב) (5). עבור כל תביעה כאמור תתעד חברת הביטוח המפורט להלן:

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

(ב) האם החברה דחתה את תוצאות הערכת התפקוד.

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

(ז) שמירת דינים.

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