



מסמך השוואה - פוליסות לביטוח בריאות

שם: _____ ת.ז.: _____
כתובת: _____ תאריך לידה: _____

הנך שוקל רכישת פוליסת ביטוח בריאות חדשה תוך ביטול פוליסת ביטוח בריאות שברשותך. לידיעתך, שינוי שכזה עשוי לדרוש ייעוץ מקצועי וחשיבה שכן ייתכן שאין זה משרת את מיטב האינטרס שלך לבצע את השינוי כאמור. אולם, ייתכן ושינוי שכזה יטיב עמך. לאור האמור, דורש המפקח על הביטוח להציג בפניך **מסמך השוואה** בו יוצגו היתרונות והחסרונות של העסקה הכוללת לגביך.

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

- המבטח הקיים: _____
 הערכות (במקרה והמבטח הקיים לא סיפק את המידע המלא או בזמן הנקוב).

חלק 1:

הנחיות לסוכן הביטוח:

ההחלפה תתבטא בעיקר ב:

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

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

1. יתרונות הפוליסה החדשה: _____

2. חסרונות הפוליסה החדשה: _____

מק"ט :

קוד סריקה: 129

עמוד מס' 1 מתוך 2

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

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

5. הסיבות העיקריות להמלצה על החלפת פוליסות ביטוח שבתוקף הן:

6. הסיבות העיקריות להחלפת הנספחים (ריידרים) שבפוליסה שבתוקף הן:

חתימת הסוכן

תאריך

חלק 2:

הצהרת הסוכן:

אני, סוכן הביטוח החתום מטה, מילאתי מסמך השוואה זה באופו אישי והנני מאשר שהוא נכון למיטב ידיעתי ושיקול דעתי המקצועי, זאת לאחר שבדקתי את ההשלכות של מצב רפואי קודם או תקופות אכשרה.

 אני ממליץ על ביצוע ההחלפה מהסיבות הבאות:

 אני ממליץ שלא לבצע את ההחלפה, מהסיבות הבאות:

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

חתימת הסוכן וסוכנות הביטוח: _____

למבוטח:

עין ה**יטב** במסמך השוואה, הכולל את תמצית השוואה האמורה. זכותך, תוך **שישים יום** מקבלת פוליסת ביטוח בריאות חדשה, בתנאי שלא קרה מקרה הביטוח, **לבטלה**, והינך זכאי להחזיר לקדמותם את כל פוליסות ביטוח הבריאות המקוריות שביטלת, סילקת או שינית במסגרת עסקת ההחלפה, וזאת רטרואקטיבית ממועד ביטולן.

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

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

מספר הפוליסה	סוג שינוי	מועד שינוי	הערות

ת.ז.

שם מבוטח

תאריך

חתימת המבוטח

מק"ט :

עמוד מס' 2 מתוך 2
קוד סריקה : 129