



מסמך השוואה פוליסה לביטוח בריאות

מס' הצעה
מס' פוליסה

שם סוכן	שם פרטי	שם משפחה	מס' זהות	
מס' סוכן				מבוטח ראשי

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

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

[] המבטח הקיים

[] הערכות (במקרה והמבטח הקיים לא סיפק את המידע המלא או בזמן הנקוב)

חלק 1:

הנחיות לסוכן הביטוח:

ההחלפה תתבטא בעיקר ב - :

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

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

(1) יתרונות הפוליסה החדשה: _____

(2) חסרונות הפוליסה החדשה: _____

(3) היתרונות של המשך פוליסת הביטוח שבתוקף ללא שינוי הם: _____

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

(5) הסיבות העיקריות להמלצה על החלפת פוליסת ביטוח שבתוקף הן: _____

(6) הסיבות העיקריות להמלצה על החלפת הנספחים (ריידרים) לפוליסה שבתוקף הן: _____

חתימת הסוכן: _____

תאריך: _____

חלק 2:

הצהרת הסוכן:

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

(1) אני ממליץ על ביצוע ההחלפה, מהסיבות הבאות: _____

(2) אני ממליץ שלא לבצע את ההחלפה, מהסיבות הבאות: _____

שם הסוכן וסוכנות הביטוח: _____ מס' רשיון: _____

חתימת הסוכן וסוכנות הביטוח: _____ תאריך: _____

למבוטח:

עיין היטב במסמך ההשוואה, הכולל את תמצית ההשוואה האמורה.

זכותך, תוך ששים ימים מקבלת פוליסת ביטוח בריאות חדשה, בתנאי שלא קרה מקרה הביטוח, לבטלה והינך זכאי להחזיר לקדמותם את כל פוליסות ביטוח הבריאות המקוריות שביטלת, סילקת או שינית במסגרת עסקת ההחלפה וזאת רטרואקטיבית ממועד ביטולן.

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

הנני מאשר בזאת שקראתי את **מסמך ההשוואה** דלעיל והנני מבקש לבצע את השינויים הבאים בפוליסות המפורטות להלן:

מספר פוליסה	סוג שינוי	מועד שינוי	הערות

תאריך: _____

חתימת מבוטח ראשי: _____ חתימת בן/בת זוג: _____ חתימת ילד מעל 18: _____