



020203201

שאלון החלפה/שינוי בפוליסה - פוליסות לביטוח בריאות

פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות/דרכון

על מנת לברר אם בכוונתך להחליף או לערוך שינוי בפוליסות הביטוח שברשותך, אגב בקשתך לעריכת פוליסת ביטוח חדשה, ועל מנת לקבל מידע הנוחי לצורך ניתוח והערכת התועלות היחסיות של פעולת החלפה, עליך לענות על השאלות המקדימות שלהלן:

האם בידיך פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף? כן לא

במקרה והתשובה היא כן, כחלק מרכישת פוליסת ביטוח חדשה, האם פוליסות לביטוח בריאות לרבות ריידרים שבתוקף:

1. עשויות להתבטל או יבוטלו באופן חלקי או מלא/יסולקו באופן חלקי או מלא/יסיימו בכל דרך אחרת כן לא

2. כחלק מרכישתך פוליסת ביטוח חדשה ו/או נספחים לפוליסה כזו האם יחולו שינויים מהותיים בתנאי

התוכנית, כגון בכיסויים הביטוחיים בסכומי הביטוח או בפרמיה כן לא

תשובה חיובית לאחת או יותר מהשאלות (1) עד (2) מחייבת את הסוכן להמציא לך מסמך השוואה כתנאי להמשך הטיפול לעריכת פוליסת ביטוח חדשה.

תאריך _____ חתימת המבוטח _____

למיטב הבנתי, כרוכה עסקה זו בהחלפת פוליסות ביטוח בריאות שבתוקף: כן לא

תאריך _____ חתימת המבוטח _____ חתימת הסוכנת _____

מסמך השוואה - פוליסות לביטוח בריאות

הנך שוקל רכישת פוליסת ביטוח בריאות חדשה תוך אפשרות ביטול פוליסות 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 א' - הנחיות לסוכן הביטוח

ההחלפה תבטא בעיקר ב-

פוליסה חדשה	פוליסה שבתוקף	סעיף
		הכיסויים/הגדרות מקרה הביטוח שבפוליסה
		סכום הביטוח
		החרגה בגין מצב רפואי קודם ושינויים במצב בריאות המבוטח.
<input type="checkbox"/> תקופה בת _____ חודשים <input type="checkbox"/> לא קיימת	<input type="checkbox"/> עברה <input type="checkbox"/> לא עברה	תקופת אכשרה
		משך תקופת הביטוח
		סך הכל גובה הפרמיה
		אחר



020203301

פרטי המועמד לביטוח

שם משפחה	שם פרטי	מס' זהות/דרכון
----------	---------	----------------

לאחר שבדקתי את מסמך ההשוואה שלהלן 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: _____

תאריך _____ חתימת הסוכן _____

חלק ב' - הצהרת הסוכן

אני סוכן הביטוח החתום מטה מילאתי מסמך השוואה זה באופן אישי והנני מאשר שהוא נכון למיטב ידיעתי ושיקול דעתי המקצועי. זאת 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: _____

תאריך _____ שם הסוכן _____ חתימת הסוכן _____
וסוכנות הביטוח: _____ מס' רשיון _____ וסוכנות הביטוח: _____

למבוטח:

עיין היטב במסמך ההשוואה, הכולל את תמצית ההשוואה האמורה. זכותך, תוך **שישים 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 רורואקטיבית 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 פוליסת	סוג שינוי	מועד שינוי	הערות

תאריך _____ חתימת המבוטח _____