

## מסמך ההשוואה - פוליסות לביטוח בריאות (סעיף 4 (ג))

הנך שוקל רכישת פוליסת ביטוח חדשה תוך אפשרות ביטול פוליסת ביטוח הבריאות שברשותך. לידיעתך, שינוי שכזה עשוי לדרוש ייעוץ מקצועי, שכן יתכן שאין זה משרת את מיטב האינטרס שלך לבצע את השינוי אולם ייתכן ושינוי שכזה ייטיב עמך. 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 תבטא בעיקר ב:

פוליסה חדשה	פוליסה שבתוקף	סעיף
		הנחיות לסוכן הביטוח:
		הכיסויים/ הגדרת מקרה הביטוח שבפוליסה
		סכום הביטוח
		החרגה בגין מצב רפואי קודם ושינויים במצב בריאות המבוטח
תקופה בת _____ חודשים / לא קיימת	<input type="checkbox"/> עברה / <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## חלק 2:

הצהרת הסוכן:

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

( ) 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
-------	-------------------------	-----------	----------------------------

## חלק 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 רטרואקטיבית ממועד ביטולן.

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

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

מס' פוליסה	סוג שינוי	מועד שינוי	הערות
------------	-----------	------------	-------

חתימת המבוטח: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_