

גרסה 7.2021

מסמך ההשוואה - פוליסות לביטוח בריאות

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 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
		סכום הביטוח
תקופה בת _____ חודשים / לא קיימת	עברה / לא עברה	החגרה בגין מצב רפואי קודם ושינויים במצב בריאות המבוטח
		תקופת אכשרה
		משך תקופת הביטוח
		סך הכל גובה הפרמיה
		אחר

לאחר שבדקתי את מסמך ההשוואה 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:

חתימה: _____

תאריך: _____

עמוד 1 מתוך 2



dt2513

קוד מסמך 2513

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.

אני ממליץ על ביצוע ההחלפה, מהסיבות הבאות:

אני ממליץ שלא לבצע את ההחלפה, מהסיבות הבאות:

תאריך: _____ שם הסוכן וסוכנות הביטוח: _____

מספר רישיון: _____ חתימת הסוכן וסוכנות הביטוח: _____

למבוטח:

עין היטב במסמך השוואה, הכולל את תמצית השוואה 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 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 המפורטות להלן:

מס' פוליסה	סוג שינוי	מועד שינוי	הערות

תאריך: _____ חתימת המבוטח: _____

בברכה,
אגף ביטוח חיים, פיננסים ובריאות
*3453 מוקד ביטוח חיים ובריאות
*3494 מוקד בסט אינווסט
הכשרה חברה לביטוח בע"מ

את המסמכים יש להחזיר אל: tviot-briut@hcsra-ins.co.il