

טופס בקשה לשינויים בפוליסת משכנתא

א. מספר הפוליסה	

ב. פרטי המבוטחים בפוליסה		
מבוטח ראשי	שם פרטי ומשפחה:	מספר זהות:
	כתובת:	ספר טלפון:
	דוא"ל:	@
מבוטח משני	שם פרטי ומשפחה:	מספר זהות:
	כתובת:	ספר טלפון:
	דוא"ל:	@

ג. השינוי המתבקש בפוליסה (יש לצרף אישור הבנק על גובה הסכום העדכני)			
<input type="checkbox"/> הגדלת סכום ביטוח חיים ל: _____, יש לצרף הצהרת בריאות של המבוטחים בפוליסה.			
<input type="checkbox"/> הגדלת סכום ביטוח המבנה ל: _____, בערך כינון _____, שטח מבנה (דירה/בית פרטי): _____ מ"ר			
<input type="checkbox"/> הקטנת סכום ביטוח חיים ל: _____, יש לצרף הצהרת בריאות של המבוטחים בפוליסה.			
<input type="checkbox"/> הקטנת סכום ביטוח המבנה ל: _____, בערך כינון _____, שטח מבנה (דירה/בית פרטי): _____ מ"ר			
<input type="checkbox"/> שינוי תקופת הביטוח ל: _____ שנים, (במקרה של הארכת תקופת הביטוח, ידרש חיתום רפואי מחדש).			
<input type="checkbox"/> שינוי מוטב בלתי חוזר: _____			
<input type="checkbox"/> שינוי כתובת הנכס המשועבד ל: _____			
תיאור המבנה: <input type="checkbox"/> בית פרטי / דירת קרקע (בבניין משותף) <input type="checkbox"/> בניין משותף (קומות) קומה _____ מתוך _____ קומות			
גיל המבנה:	סוג הבניה:	סוג הגג:	שימוש המבנה:
_____	<input type="checkbox"/> בלוקים <input type="checkbox"/> טרומי <input type="checkbox"/> פל-קל <input type="checkbox"/> עץ <input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> אחר _____	<input type="checkbox"/> למגורים* <input type="checkbox"/> אחר _____
כתובת המבנה: _____			
עיר	רחוב	מספר	דירה
_____	_____	_____	_____
סה"כ סכום ביטוח למבנה _____, (בערך כינון) _____ שטח המבנה (הדירה) _____			
נזקי צנרת:			
<input type="checkbox"/> תיקון הנזק יתבצע באמצעות "שרברב הסדר" מטעם חברת הכשרה חברה לביטוח ובאחריותה			
<input type="checkbox"/> תיקון הנזק יתבצע באמצעות "שרברב פרטי" לפי בחירת המבוטח בכפוף לאישור החברה ותנאי הפוליסה			
<input type="checkbox"/> האם חברת ביטוח כלשהי דחתה את הצעתך או ביטלה את הפוליסה או סירבה לחדש את הפוליסה? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, פרטים: _____			
<input type="checkbox"/> האם אירעו נזקים למבנה בשלוש שנים האחרונות? <input type="checkbox"/> לא <input type="checkbox"/> כן, כמה תביעות: _____			
מהות התביעה: _____ כמה שולים: _____			
<input type="checkbox"/> אחר: _____			

שם מבוטח ראשי: _____ מספר זהות: _____ תאריך: _____ חתימה: X _____

שם מבוטח משני: _____ מספר זהות: _____ תאריך: _____ חתימה: X _____



dt3093