

## טופס דיווח על אירוע ביטוח נסיעות לחו"ל

_/_/_				<b>פרטי בעל הפוליסה</b>
תאריך לידה	תעודת זהות	שם בעל הפוליסה		
				<b>פרטי התקשרות</b>
מס' טלפון סלולרי	כתובת דוא"ל	כתובת מגורים		
	_/_/_	_/_/_		<b>פרטי השהות בחו"ל</b>
יעד נסיעה	תאריך חזרה	תאריך יציאה		
	_/_/_			<b>פרטי התובע</b>
מין	תאריך לידה	תעודת זהות	שם התובע	
מקום האירוע	_ : _ : _	_/_/_	תאריך האירוע	<b>פרטי האירוע</b>
	שעת האירוע	תאריך האירוע		
<input type="checkbox"/> הוצאות רפואיות <input type="checkbox"/> ביטול/קיצור נסיעה <input type="checkbox"/> כבודה <input type="checkbox"/> מכשירים ניידים <input type="checkbox"/> אחר				<b>מהות האירוע</b>
<input type="checkbox"/> במסגרת אשפוז (מעל 24 שעות) <input type="checkbox"/> שלא במסגרת אשפוז <input type="checkbox"/> טיפול חירום בשיניים				<b>החזר הוצאות רפואיות</b> (עפ"י מה שסומן בדיווח)
<input type="checkbox"/> ביטול נסיעה <input type="checkbox"/> קיצור נסיעה				<b>ביטול/קיצור נסיעה</b> (עפ"י מה שסומן בדיווח)
<input type="checkbox"/> אובדן, נזק או גניבה לכבודה <input type="checkbox"/> איחור בהגעת כבודה				<b>כבודה</b> (עפ"י מה שסומן בדיווח)
<input type="checkbox"/> גניבה של מכשיר סלולרי <input type="checkbox"/> גניבה של מחשב נייד/טאבלט <input type="checkbox"/> גניבה של מצלמה				<b>מכשירים ניידים</b> (עפ"י מה שסומן בדיווח)
<input type="checkbox"/> חבות צד ג <input type="checkbox"/> שחזור מסמכים <input type="checkbox"/> ביטול השתתפות עצמית ברכב שכור <input type="checkbox"/> הוצאות מיוחדות				<b>אחר</b> (עפ"י מה שסומן בדיווח)

נשמח לשמוע בכמה  
מילים מה קרה...

תיאור הוצאה

תאריך רכישה/הוצאה

תיאור

סכום

סוג מטבע

האם תבעת/בכוונתך  
להגיש תביעה נוספת  
לחברת ביטוח נוספת  
מלבד ליברה?

כן  לא

במידה והשבת כן, אנא ציין את שם חברת הביטוח

התביעה תיבדק על בסיס הדיווח והמסמכים שהועברו, ובמידת הצורך תועבר לבדיקת מומחה מטעמנו.  
יודגש כי אין במפורט להקנות כיסוי אשר אינו מצוי ברשות המבוטח.

### הצהרת התובע

- הריני מצהיר כי הפרטים שדווחו לעיל הינם מלאים ומדויקים, לפי מיטב ידיעתי, וכי לא העלמתי כל מידע הרלוונטי לבירור התביעה.
- הריני מצהיר בזאת כי ידוע לי כי החברה תיידע אותי בתוצאות הבירור ו/או המשך הבירור, לפי העניין, באמצעים דיגיטליים, ואני מסכים לכך.
- הריני מייפה את כוחה של ליברה חברה לביטוח בע"מ לטפל בכל תביעה עתידית אשר תוגש על ידי צד ג' ו/או מי מטעמו כנגדי ובהסכמתי זו יש לראות הסכמה בהתאם לדרישת סעיף 68 לחוק חזרת הביטוח תשמ"א, 1981.

שם מלא	תעודת זהות	תאריך	חתימה
--------	------------	-------	-------

### ויתור על סודיות רפואית

(עליך לחתום על הצהרה זו במקרה של תביעת החזר הוצאות רפואיות)

אני החתום מטה נותן בזה רשות לכל עובד רפואי ו/או מוסד רפואי לרבות קופות החולים, רופאיהן, עובדיהן ו/או מי מטעמן ו/או לכל עובד של המוסד לביטוח לאומי ו/או לשלטונות צה"ל ו/או למשרד הבטחון ו/או לכל עובד בתחום הסוציאלי ו/או הסיעודי למסור לליברה חברה לביטוח ו/או למי מטעמה (להלן "המבקשים") את כל הפרטים המצויים בידי נותני השרותים שיפורטו להלן ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרשו המבקשים על מצבי הבריאותי ו/או סוציאלי ו/או מצבי בתחום הסיעודי ו/או השיקומי ו/או כל מחלקה שחליתי בה בעבר או שאני חולה בה כעת. אני משחרר בזה את כל המוסדות לרבות קופות החולים ו/או כל רופא מרפאיהם ו/או כל עובד אחר מעובדיהם ו/או כל מוסד ממוסדותיהם כולל בתי חולים כלליים ו/או פסיכיאטריים ו/או שיקומיים וכל סניף מסניפי מוסדותיהם, מחובת שמירה על סודיות בכל הנוגע למצבי הבריאותי ו/או השיקומי ו/או הסוציאלי ו/או הסיעודי ומתיר להם בזאת מתן כל מידע מכל תיק שנפתח על שמי אצל נותני השרותים שיפורטו להלן לרבות המוסד לביטוח לאומי כולל מידע על התשלומים שהמוסד לביטוח לאומי שילם ומשלם לי. הנני מוותר על סודיות זו כלפי המבקשים ולא תהא אל כל המוסדות לרבות קופות חולים ו/או למי מרפאיהם ו/או עובדיהם ו/או מי מטעמם ו/או נותני השרותים שלהן, כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור. בקשתי זו יפה גם לפי חוק הגנת הפרטיות, התשמ"א 1981 והיא חלה על כל ידע רפואי או אחר המצוי במאגרי המידע של כל המוסדות. כתב זה מחייב אותי, את באי כוחי החוקיים, עזבוני, ילדיי הקטינים וכל מי שיבוא במקומי ובשמי.

שם מלא	תעודת זהות	תאריך	חתימה
--------	------------	-------	-------