

نموذج مطالبة تعويض Uni-Care

من فضلك أكمل النموذج بطريقة واضحة بالإنجليزية

بيانات صاحب البوليصة

الاسم الأول:	اسم العائلة:
تاريخ الميلاد: ي ي / ش ش / س س س س	رقم البوليصة:
الهاتف:	الجوال:
اسم مؤسسة التعليم (إن وجد):	

سداد المطالبة (من فضلك أكمل بيانات حساب البنك في نيوزيلندا)

اسم صاحب الحساب:	رقم الحساب:
	الرقم اللاحق - رقم الحساب - الفرع - البنك

من فضلك لاحظ: لا تدخل بيانات بطاقة الائتمان

بيانات المطالبة (من فضلك أكمل الأقسام التي تقدم المطالبة من أجلها)

ما أقسام البوليصة التي تدرج تحتها مطالبتك: طبي حقائب سفر أخرى

• الطبي والنفقات المرتبطة به (القسم 1 من صيغة البوليصة)

صف المرض أو الإصابة التي تطالب بالتعويض عنها والعلاج الذي تلقيته:

تاريخ الاستشارة الطبية: ي ي / ش ش / س س س س	التكلفة المطلوب تعويضها: \$	<input type="radio"/> السداد لمقدم الخدمة الطبية	<input type="radio"/> السداد لصاحب البوليصة
متى كان أول علاج للحالة الطبية؟ ي ي / ش ش / س س س س	متى كان آخر علاج للحالة الطبية؟ ي ي / ش ش / س س س س	<input type="radio"/> لا	<input type="radio"/> نعم

إذا كانت مطالبة التعويض هذه خاصة بالبصر، هل كنت تضع مساعدات بصرية عندما قدمت أول مرة إلى نيوزيلندا؟

• حقائب سفر - مملوكات شخصية إلخ (القسم 2 من صيغة البوليصة)

تاريخ الفقد، أو التلف، أو السرقة: ي ي / ش ش / س س س س	بلد ومكان الفقد:
وصف ما حدث:	

وصف المتعلقات المفقودة/التالفة/المسرقة (من فضلك استخدم ورقة منفصلة عند اللزوم)

صف المتعلقات:	مكان شراء المتعلقات:	تاريخ الشراء:	سعر الشراء:	تكلفة الاستبدال:	*مرفق إثبات الملكية
1.	ي ي / ش ش / س س س س	\$	\$	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	
2.	ي ي / ش ش / س س س س	\$	\$	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	
3.	ي ي / ش ش / س س س س	\$	\$	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	
4.	ي ي / ش ش / س س س س	\$	\$	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	
5.	ي ي / ش ش / س س س س	\$	\$	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	
6.	ي ي / ش ش / س س س س	\$	\$	<input type="radio"/> نعم <input type="radio"/> لا	

مهم: إذا كان الفقد نتيجة سرقة أو سطو، يجب تقديم نموذج إشعار التقدم بشكوى للشرطة

*من فضلك قدم ما يثبت ملكية الأغراض التي تطالب بالتعويض عنها مثل إيصالات شراء، أدلة الاستخدام، أو كشوفات حساب بطاقة الائتمان. إذا كنت تقدم كشوفات حساب بطاقة الائتمان كإثبات للسداد، من فضلك احجب رقم البطاقة من أجل حمايتك.

من فضلك أكمل النموذج بطريقة واضحة بالإنجليزية

• فئات التعويض الأخرى (القسم 3-7 من صيغة البوليصا)

متى حدث ذلك؟ ي / ي / ش / ش / ش / ش / ش / ش	ما الذي تطالب بالتعويض عنه؟
التكلفة المطلوب استردادها: \$	أين حدث ذلك؟
	وصف ما حدث:

إقرار المدعين

إقرار

أقر أنا رسمياً وبحسن نية أن التفاصيل المذكورة في هذا النموذج صادقة وصحيحة في كل تفصيل وأنني أوافق على أنه إذا كنت فيما سبق أو في أي إقرار آخر فيما يخص المطالبة المذكورة أعلاه، قد قدمت أي بيانات زائفة أو احتيالية أو كتمت أو أخفيت أو ذكرت أي واقعة جوهرية كذبا أيا كان، فإن السياسة ستصبح لاغية وجميع حقوق الحصول على تعويض طبقاً للقانون المذكور أعلاه فيما يخص المطالبات السابقة أو المستقبلية ستسقط.

علاوة على ذلك

نظراً لموافقة (QBE Insurance (Australia) Limited (ABN 78 003 191 035) - تأسست في أستراليا ("QBE") (كيو بي إي للتأمين (الدولية) المحدودة) على سداد هذه المطالبة، أوافق أنا/نوافق نحن بموجب هذا على إعفاء QBE من أي مسؤولية إضافية أو مطالبات أو طلبات فيما يتعلق بهذه المطالبة. وأي ملكية تكون موضوع هذه المطالبة ستصبح ملكاً لشركة التأمين بمقتضى المطالبة بعد الفصل فيها فيما يتعلق بهذه الملكية.

قانون الخصوصية

أقر أنا بأن QBE تستلزم هذه المعلومات الشخصية مني قبل أن تقرر ما إذا كانت ستقبل هذه المطالبة. وهذه المعلومات ستحتفظ بها وتحفظها QBE. وأنا أفهم أن قانون الخصوصية يجيز لي الوصول إلى هذه المعلومات وطلب تصحيحها. وأنا أفوض إلى QBE الكشف عن هذه المعلومات لمستشاريها أو شركات تأمين أخرى أو شركات إعادة التأمين وغيرهم من الأطراف. كما أنني أفوض إلى QBE الحصول على معلومات عني يحتفظ بها أي طرف آخر تكون من وجهة نظرها ذات صلة بهذه المطالبة.

السلطة الطبية

أرخص أنا بموجب هذا لأي مستشفى أو طبيب أو شخص آخر قام على خدمتي توفير المعلومات من أجل QBE أو ممثلها فيما يتعلق بأي مرض أو إصابة أو تاريخ مرضي أو استشارة أو وصفة طبية أو علاج وجميع نسخ المستشفى أو التقارير الطبية. وأنا أوافق على اعتبار أن نسخة فوتوغرافية لهذا الترخيص تكون سارية مثل الأصل.

أوافق أنا/نوافق نحن على تسجيل QBE Assist لجميع مكالمات خدمة المساعدة المقدمة بمقتضى تأمين السفر لأغراض تأكيد الجودة والتدريب والتحقق.

التاريخ

التوقيع

ي / ي / ش / ش / ش / ش / ش / ش

إرسال هذا النموذج

نحن نطلب تقديم الإيصالات والفواتير الأصلية والتقييمات لتدعيم مطالبة التعويض هذه. إذا كنت تقدم كشوفات حساب بطاقة الائتمان كإثبات للسداد، من فضلك احجب رقم البطاقة من أجل حمايتك.

أرسل مطالباتك بالبريد أو الفاكس أو امسحها ضوئياً وأرسلها بالبريد الإلكتروني على العنوان التالي:

Uni-Care Claims Service, Crombie Lockwood (NZ) Limited, P.O. Box 496, Wellington, New Zealand

+64 4 385 7865

claims@crombie.co.nz

