

請用英文清晰填寫

## 保單投保人詳情:

名: \_\_\_\_\_ 姓: \_\_\_\_\_

出生日期: 日/月/年 \_\_\_\_\_ 保單號碼: \_\_\_\_\_

電郵: \_\_\_\_\_

電話: \_\_\_\_\_ 手機: \_\_\_\_\_

教育機構名稱(若適用): \_\_\_\_\_

## 賠償款項(請填寫紐西蘭的銀行帳戶詳情)

帳戶持有者: \_\_\_\_\_

帳號:   -     -       -    溫馨提示: 請切勿填入信用卡詳情

銀行                      支行                      帳號                      尾數

## 索賠詳情(請填寫完整您索賠的部分)

索賠種類:       醫療費用       行李丟失       其他

### • 醫療及其相關費用(保單措辭第1部分)

接受治療的病症或受傷等索賠詳細說明:

看病日期: 日/月/年 \_\_\_\_\_ 索賠金額: \$ \_\_\_\_\_  支付保單投保人       支付醫療單位

何時接受首次治療? 日/月/年 \_\_\_\_\_ 何時接受最後一次治療? 日/月/年 \_\_\_\_\_

如果索賠和視力有關,請問在您首次到達紐西蘭時是否有佩戴眼鏡或隱形眼鏡?       是       否

### • 行李 - 個人物品等(保單措辭第2部分)

丟失、損壞或失竊日期: 日/月/年 \_\_\_\_\_ 發生的國家和地區: \_\_\_\_\_

情況說明:

請描述物品丟失/損壞/失竊的情況(如需要可另紙續寫)

| 物品描述: | 購買地點: | 購買日期: | 購買價格: | 重新購買價格: | *附上索賠物品的擁有證明                                    |
|-------|-------|-------|-------|---------|---|
| 1.    |       | 日/月/年 | \$    | \$      | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 2.    |       | 日/月/年 | \$    | \$      | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 3.    |       | 日/月/年 | \$    | \$      | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 4.    |       | 日/月/年 | \$    | \$      | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 5.    |       | 日/月/年 | \$    | \$      | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| 6.    |       | 日/月/年 | \$    | \$      | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |

**重要:** 若丟失是因為偷盜或入室行竊,則必須提供警察報告

\*請提供索賠物品擁有證明,例如收據、說明書或信用卡支付結算表。當提供信用卡支付結算表作為證明時,為了安全起見,請勿顯示信用卡號碼。

請用英文清晰填寫

• 其他索賠種類(保單措辭第3-7部份)

索賠原因?

發生時間? 日/月/年

發生地點?

索賠金額: \$

情況說明:

### 索賠人聲明

#### 聲明

我嚴肅認真地聲明,本表格內填寫的具體詳細內容是真實正確的。我同意,如果對上述索賠做出,或在未來的聲明中做出任何虛假、欺詐聲明或隱瞞、掩飾或虛假說明任何不實事實,本保險將失效並喪失過去和將來索賠的所有權利。

#### 並

考慮到QBE Insurance (Australia) Limited (ABN 78 003 191 035 - 成立於澳洲,以下簡稱「QBE公司」)同意支付此次賠償的情況下,我/我們據此同意免除QBE公司與此次賠償相關的任何進一步責任、賠償或索償。保險公司擁有這項索賠主體的任何財產並憑藉此次索賠已經解決了這類財產事宜。

#### 隱私法

我承認QBE公司需要我提供這些個人資訊才能決定是否接受我的索賠。QBE公司將保留這些資訊。我知道隱私法使我有權接觸並更改這些資訊。我授權QBE公司向其顧問、其他保險公司、分保公司和其他相關各方披露這些資訊。我進一步授權QBE公司保留其他各方認為其持有的與此次索賠相關的資訊。

#### 醫療機構

我在此授權任何醫院、醫生或其他為我看病的人向QBE公司或其代理提供與任何疾病或受傷、病史、看病、處方或治療方面的任何及全部資訊及醫院或治療病歷副本。我同意本授權的影印本與原件具有同等效力。

我/我們同意QBE公司對電話進行錄音,協助他們依據旅行保險的規定對保險品質、培訓和驗證等提供便利。

署名

日期

日/月/年

### 郵寄這張表格

我們要求提供原始收據、發票和估價以便支持本索賠。當提供信用卡支付結算表作為證明時,為了安全起見,請勿顯示信用卡號碼。

用郵遞、傳真或掃描和電子郵件的形式將本索賠表格和原始收據發送到:



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



+64 4 385 7865



claims@crombie.co.nz