

Formulaire de déclaration de sinistre Uni-Care



Merci de compléter en anglais et de manière lisible.

Informations sur le titulaire de la police

Prénom :	Nom :
Date de naissance : jj / mm / aaaa	Numéro de police :
E-mail :	
Téléphone :	Portable :
Nom de l'établissement scolaire ou universitaire (le cas échéant) :	

Modalités de remboursement (Veuillez indiquer les coordonnées d'un compte bancaire domicilié en Nouvelle-Zélande.)

Nom du titulaire du compte :

Numéro de compte :	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Remarque : merci de ne pas indiquer de numéro de carte bancaire.
	Banque		Agence		Numéro de compte									Suffixe				

Informations sur le sinistre (Veuillez renseigner les parties correspondant à votre cas.)

Catégorie de sinistre : Santé Bagages Autres

• FRAIS DE SANTÉ ET DÉPENSES ASSOCIÉES (section 1 de la police)

Description de la maladie ou de la blessure faisant l'objet de la déclaration de sinistre, ainsi que le traitement prodigué :

Date de la consultation médicale : jj / mm / aaaa	Montant du remboursement demandé : \$NZ	<input type="radio"/> Paiement au titulaire de la police	<input type="radio"/> Paiement au prestataire de santé
---	---	--	--

Date du premier traitement reçu pour ce problème de santé : jj / mm / aaaa	Date du dernier traitement reçu pour ce problème de santé : jj / mm / aaaa
--	--

Si la déclaration de sinistre concerne des frais d'optique, portiez-vous un dispositif optique à votre arrivée en Nouvelle-Zélande ? Oui Non

• BAGAGES - EFFETS PERSONNELS, ETC. (section 2 de la police)

Date de perte, d'endommagement ou de vol : jj / mm / aaaa Pays et lieu du sinistre :

Description des faits :

Description des biens perdus, endommagés ou volés (veuillez joindre une feuille séparée si nécessaire)

Bien :	Lieu d'achat :	Date d'achat :	Prix d'achat :	Coût de remplacement :	*Preuve de propriété ci-jointe
1.		jj / mm / aaaa	\$NZ	\$NZ	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2.		jj / mm / aaaa	\$NZ	\$NZ	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3.		jj / mm / aaaa	\$NZ	\$NZ	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
4.		jj / mm / aaaa	\$NZ	\$NZ	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
5.		jj / mm / aaaa	\$NZ	\$NZ	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.		jj / mm / aaaa	\$NZ	\$NZ	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Remarque : si le sinistre est dû à un vol ou un cambriolage, vous devez joindre une déclaration de vol auprès de la police à votre demande de remboursement.

*Veuillez fournir une preuve de propriété pour tous les biens faisant l'objet de la présente demande (reçus, modes d'emploi, relevés bancaires, etc.). Si vous joignez un relevé bancaire en guise de preuve de propriété, veuillez barrer le numéro de compte ou de carte bancaire pour des raisons de sécurité.

Merci de compléter en anglais et de manière lisible.

• **AUTRES CATÉGORIES DE SINISTRE** (section 3 à 7 de la police)

Description du sinistre	Date à laquelle il s'est produit jj / mm / aaaa
Lieu du sinistre	Montant du remboursement demandé : \$NZ
Description des faits :	

Déclaration du demandeur

Déclaration

Je déclare sur l'honneur que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont corrects à tous égards et j'accepte que, si j'ai fait, ou soit amené à faire dans toute future déclaration en rapport avec ce sinistre, une quelconque déclaration fautive ou frauduleuse, ou si je fais disparaître, dissimule, ou fais de fausses affirmations quant à un quelconque fait, la police d'assurance pourra être annulée et tout droit de recouvrement pour ladite police d'assurance, pour les réclamations passées comme futures sera perdu.

De plus

Compte tenu du fait que QBE Insurance (Australia) Limited, ABN 78 003 191 035 - Constitué en Australie (« QBE ») accepte de payer pour ce sinistre, je/nous, par la présente, accepte/acceptons de décharger QBE de toute responsabilité supplémentaire, demande ou réclamation à l'égard de cette déclaration de sinistre. Toute propriété faisant l'objet de cette déclaration de sinistre reviendra à l'Assureur en vertu du fait que le sinistre a été réglé par ce dernier pour cette même propriété.

Loi sur la protection de la vie privée

J'admets que QBE nécessite mes informations personnelles avant de prendre toute décision concernant l'acceptation de cette déclaration de sinistre. Ces informations seront conservées et gardées par QBE. Je comprends que la loi sur la protection de la vie privée me donne accès à ces informations et me permet d'en demander la correction. J'autorise QBE à divulguer ces informations à ses conseillers, à d'autres assureurs, réassureurs et autres parties. J'autorise également QBE à avoir accès aux informations me concernant, gardées par toute autre partie et pertinentes dans le contexte de cette déclaration de sinistre.

Autorité médicale

Par la présente, j'autorise tout hôpital, médecin ou autre personne m'ayant procuré des soins, à fournir à QBE ou ses représentants, toute information concernant un/une quelconque maladie ou blessure, antécédent, consultation, prescription ou traitement et toute copie de dossiers hospitaliers ou médicaux. Je consens à ce qu'une photocopie de cette autorisation soit aussi valide que l'original.

Je/Nous accepte/acceptons que QBE Assist enregistre tout appel effectué vers le prestataire de service d'assistance dans le cadre de l'Assurance voyage, pour l'assurance qualité, la formation du personnel ou à des fins de vérification.

Signature

Date

jj / mm / aaaa

Envoi

Toute déclaration de sinistre doit être accompagnée des originaux des reçus, factures et devis. Si vous joignez un relevé bancaire en guise de preuve de propriété, veuillez barrer le numéro de compte ou de carte bancaire pour des raisons de sécurité.

Envoyez votre déclaration de sinistre accompagnée des pièces justificative par fax ou par voie postale ou électronique à :



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



+64 4 385 7865



claims@crombie.co.nz