

कृपया इसे स्पष्ट रूप से अंग्रेजी में पूरा करें

• क्लेम की अन्य श्रेणियाँ (पॉलिसी भाषा अथवा शब्दों की धाराएँ 3-7)

आप किसके लिए क्लेम कर रहे हैं?

यह कब हुआ था? दिवस / मास / वर्ष

यह कहाँ हुआ था?

किए गए खर्च का क्लेम: \$

जो हुआ उसका विवरण:

दावेदारों की घोषणा

घोषणा

मैं सत्यनिष्ठा और ईमानदारी से यह घोषणा करता/करती हूँ, कि इस फॉर्म में दिए गए विवरण सत्य एवं सही हैं तथा मैं इस बात की सहमति देता/देती हूँ कि अगर मैंने गलत या कपटपूर्ण कथन दिए हैं या अगर मैं उपरोक्त कथित क्लेम के संबंध में आगे की किसी भी घोषणा में गलत या कपटपूर्ण कथन दूँगा/दूँगी अथवा किसी भी सामग्री के तथ्य को, चाहे कुछ भी हो, दबाने, छिपाने या गलत तरीके से व्यक्त करने का प्रयास करूँगा/करूँगी, तो यह पॉलिसी निरस्त हो जाएगी और इसके अंतर्गत विगत या भविष्य के क्लेम के संबंध में सभी पुनर्प्राप्ति अधिकार रद्द हो जाएँगे।

इसके अतिरिक्त

इस क्लेम के लिए भुगतान करने हेतु QBE Insurance (Australia) Limited, ABN 78 003 191 035 - ऑस्ट्रेलिया में शामिल ("QBE") की सहमति के अनुसार, मैं/हम, एतद्वारा QBE को इस क्लेम के संबंध में आगे की किसी भी प्रकार के उत्तरदायित्व से, क्लेम से या माँगों से मुक्त करते हैं। ऐसी कोई भी संपत्ति जो इस क्लेम के अधीन आती हो, इस प्रकार की संपत्ति के संबंध में निपटान किए जा रहे इस क्लेम के आधार पर उस पर बीमाकर्ता का स्वामित्व होगा।

गोपनीयता अधिनियम

मैं इस बात को स्वीकार करता/करती हूँ कि QBE के लिए, यह निर्णय लेने से पहले कि यह क्लेम स्वीकार किया जाए या नहीं, उसको, मेरी ओर से यह व्यक्तिगत जानकारी फॉर्म प्रदान करना आवश्यक है। इस जानकारी को QBE संभालकर और अपने अधिकार में रखेगा। मैं समझता/समझती हूँ कि गोपनीयता अधिनियम मुझे इस जानकारी तक पहुँचने और उसमें सुधार करने का अधिकार देता है। मैं QBE को अपने सलाहकारों, दूसरे बीमाकर्ताओं, पुनः बीमाकर्ताओं और दूसरे पक्षों के सामने इस जानकारी का खुलासा करने के लिए प्राधिकृत करता/करती हूँ। इसके अतिरिक्त, मैं QBE को किसी दूसरे पक्ष के नियंत्रण में रखी गई मुझसे संबंधित जानकारी, जो कि इस दावे के परिप्रेक्ष्य में प्रसंगिक हो, को प्राप्त करने के लिए प्राधिकृत करता/करती हूँ।

चिकित्सा प्राधिकरण

मैं, एतद्वारा किसी भी अस्पताल, चिकित्सक या अन्य व्यक्ति को प्राधिकृत करता/करती हूँ, जिसने किसी भी प्रकार की बीमारी या चोट, चिकित्सकीय इतिहास, परामर्श, चिकित्सकीय परामर्श या उपचार और अस्पताल या चिकित्सकीय रिकॉर्ड की सभी प्रतियों के संबंध में QBE या इसके प्रतिनिधियों को कोई या सभी जानकारी प्रस्तुत करने के लिए मुझसे मुलाकात की है। मैं इस बात की सहमति देता/देती हूँ कि इस प्राधिकार की फोटोस्टेट कॉपी मूल दस्तावेज़ के समान ही प्रभावी मानी जाएगी।

मैं/हम QBE सहायक को क्वालिटी अश्वोरेस (गुणवत्ता आश्वासन), प्रशिक्षण और सत्यापन प्रयोजनों के लिए यात्रा बीमा के अंतर्गत सहायता सेवा की जाने वाली सभी कॉलों को रिकॉर्ड करने की सहमति देते हैं।

हस्ताक्षर

दिनांक

इस फॉर्म को भेजना

हमें इस क्लेम के समर्थन में मौलिक रसीदों, इनवॉयसों (चालानों) और एस्टिमेटों (अनुमानों) की जरूरत है। आप अगर क्रेडिट कार्ड के स्टेटमेंट को भुगतान सबूत के रूप में पेश कर रहे हैं, तो कृपया अपनी स्वयं की सुरक्षा के लिए क्रेडिट कार्ड नम्बर को पूरी तरह से मिटा दें।

अपने क्लेमों और मौलिक रसीदों को पोस्ट, फैक्स द्वारा स्कैन करके ईमेल द्वारा भेजें:

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

☎ +64.4.385.7865

@ claims@crombie.co.nz