

# Formulir Klaim Uni-Care



Silakan isi dengan jelas dalam Bahasa Inggris

## Keterangan Pemegang Polis

Nama Depan:	Nama Belakang:
Tanggal Lahir: dd / mm / yyyy	Nomor Polis Anda:
Email:	
Telepon:	Ponsel:
Nama Penyedia Pendidikan (jika ada):	

## Pembayaran Klaim (Silakan isi keterangan Rekening Bank New Zealand)

Nama Pemilik Rekening:

Nomor Rekening:   -     -       -    **Mohon ingat: Jangan masukkan keterangan kartu kredit**

Bank Cabang Nomor Rekening Jenis Rekening

## Keterangan Klaim (Silakan isi bagian yang ingin Anda klaim)

Bagian polis yang ingin Anda klaim:  Medis  Bagasi  Lainnya

### • BIAYA MEDIS & BIAYA TERKAIT (Bab 1 Wording Polis)

Jelaskan Penyakit atau Cedera yang ingin Anda klaim dan perawatan yang sudah Anda jalani:

Tanggal Konsultasi Medis: dd / mm / yyyy Jumlah Klaim: \$  Bayar Pemegang Polis  Bayar Penyedia Jasa Medis

Kapan kondisi medis ini pertama kali mendapat pengobatan? dd / mm / yyyy Kapan kondisi medis ini terakhir kali mendapat pengobatan? dd / mm / yyyy

Jika ini adalah klaimacamata, apakah Anda memakai alat bantu penglihatan ketika pertama kali datang ke Selandia Baru?  Ya  Tidak

### • BAGASI - DAMPAK PRIBADI DLL. (Bab 2 Wording Polis)

Tanggal Kehilangan, Kerusakan atau Pencurian: dd / mm / yyyy Negara & Lokasi kehilangan:

Deskripsi kejadian:

Deskripsi barang yang hilang/rusak/dicuri (silakan gunakan lembar kertas terpisah jika perlu)

Deskripsikan Barang:	Tempat pembelian:	Tanggal pembelian:	Harga pembelian:	Biaya penggantian:	*Bukti kepemilikan terlampir
1.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
2.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
3.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
4.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
5.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak
6.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Ya <input type="radio"/> Tidak

**Penting:** Jika kehilangan ini karena pencurian atau perampokan, Anda harus menyertakan surat keterangan kehilangan dari kepolisian

\*Mohon cantumkan bukti kepemilikan untuk semua barang yang ingin diklaim seperti tanda terima, buku panduan pengguna atau tagihan kredit. Jika Anda mencantumkan tagihan kartu kredit sebagai bukti pembayaran, mohon kosongi nomor kartu kredit demi keamanan Anda.

Silakan isi dengan jelas dalam Bahasa Inggris

• **KATEGORI KLAIM LAIN** (Bab 3-7 Wording Polis)

Apa yang ingin Anda klaim? Kapan terjadi? dd / mm / yyyy

Dimana terjadi? Jumlah Klaim: \$

Deskripsi kejadian:

### Pernyataan Pemohon

#### Pernyataan

Saya menyatakan dengan sungguh-sungguh dan jujur bahwa fakta-fakta yang terkandung dalam formulir ini adalah benar dan tepat dalam setiap rinciannya dan saya setuju bahwa jika saya telah membuat, atau dalam pernyataan selanjutnya terkait permohonan di atas, harus membuat pernyataan yang keliru atau palsu, atau menyembunyikan, merahasiakan, atau menyatakan dengan keliru fakta material apa pun, maka kebijakan ini batal dan segala hak pemulihan yang terkait dengan permohonan di masa lalu ataupun di masa mendatang akan menjadi hangus.

#### Selanjutnya

Menimbang bahwa QBE Insurance (Australia) Limited, ABN 78 003 191 035 - Didirikan di Australia ("QBE") telah setuju untuk melakukan pembayaran atas permohonan ini dengan ini saya/kami sepakat untuk selanjutnya membebaskan QBE dari segala kewajiban, permohonan, atau tuntutan sehubungan dengan permohonan ini. Seluruh kekayaan yang menjadi subjek permohonan ini akan dimiliki oleh Pihak Penanggung (Insurer) berdasarkan permohonan yang telah diselesaikan sehubungan dengan kekayaan tersebut.

#### Undang-undang Privasi

Saya mengakui bahwa QBE membutuhkan informasi pribadi ini dari saya sebelum memutuskan untuk menerima atau menolak permohonan ini. Informasi ini akan disimpan dan dimiliki oleh QBE. Saya mengerti bahwa Undang-undang Privasi memberikan saya hak untuk memiliki akses dan meminta perbaikan atas informasi ini. Saya mengizinkan QBE untuk mengungkapkan informasi ini kepada para penasihat, pihak penanggung lainnya, kepada pihak penanggung ulang, dan pihak-pihak lain. Selanjutnya saya mengizinkan QBE untuk memperoleh informasi milik pihak lain tentang saya yang menurut pandangannya relevan dengan permohonan ini.

#### Otoritas medis

Dengan ini saya mengizinkan rumah sakit, dokter, atau orang lain yang telah merawat saya untuk memberikan kepada QBE atau perwakilannya segala informasi yang berkaitan dengan penyakit atau luka, riwayat medis, konsultasi, resep atau perawatan, dan semua salinan riwayat rumah sakit atau medis. Saya setuju bahwa salinan fotostat dari pemberian kuasa ini dianggap berlaku seperti aslinya.

Saya/Kami mengizinkan QBE Assist untuk merekam seluruh panggilan kepada layanan bantuan yang disediakan berdasarkan Asuransi Perjalanan demi kepastian kualitas, pelatihan, dan verifikasi.

#### Tanda Tangan


#### Tanggal


dd / mm / yyyy

### Pengiriman Formulir

Kami mengharuskan tanda terima, tagihan dan estimasi asli disertakan sebagai pendukung klaim ini. Jika Anda mencantumkan tagihan kartu kredit sebagai bukti pembayaran, mohon kosongi nomor kartu kredit demi keamanan Anda.

**Kirim lewat pos, faks atau scan lalu email klaim dan tanda terima asli Anda ke:**

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

 +64 4 385 7865

 claims@crombie.co.nz