

Rellenar en inglés con letra clara

Datos del titular de la póliza

Nombre de pila: _____ Apellido/s: _____

Fecha de nacimiento: dd / mm / aaaa _____ Su número de póliza: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Nombre de la institución educativa (si corresponde): _____

Pago del reclamo (rellenar con los datos de una cuenta bancaria de Nueva Zelanda)

Nombre del titular de la cuenta: _____

Número de cuenta: - - - **Nota: No revele los datos de su tarjeta de crédito**

Banco Oficina Número de cuenta Sufijo

Datos del reclamo (rellene las secciones para las que hace el reclamo)

Secciones de la póliza bajo las cuales realiza el reclamo: Médica Equipaje Otra

• GASTOS MÉDICOS Y RELACIONADOS (Sección 1 de la póliza)

Describa la enfermedad o lesión por la cual realiza el reclamo y el tratamiento recibido: _____

Fecha de consulta médica: dd / mm / aaaa Costo reclamado: \$ _____ Pagar al titular de la póliza Pagar al proveedor de asistencia médica

¿Cuándo se trató la afección médica por primera vez? dd / mm / aaaa ¿Cuándo se trató la afección médica por última vez? dd / mm / aaaa

Si el reclamo es oftalmológico, ¿llevaba usted lentes correctoras cuando llegó por primera vez a Nueva Zelanda? Sí No

• EQUIPAJE - EFECTOS PERSONALES, ETC. (Sección 2 de la póliza)

Fecha de la pérdida, el daño o el hurto: dd / mm / aaaa País y lugar en el que ocurrió: _____

Descripción de lo ocurrido: _____

Descripción de la propiedad perdida/dañada/robada (si es necesario utilice una hoja aparte)

Describa el artículo:	Lugar de compra del artículo:	Fecha de compra:	Precio de compra:	Costo de la compra de un sustituto:	*Se adjunta prueba de ser el propietario
1.		dd / mm / aaaa	\$ _____	\$ _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
2.		dd / mm / aaaa	\$ _____	\$ _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
3.		dd / mm / aaaa	\$ _____	\$ _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
4.		dd / mm / aaaa	\$ _____	\$ _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
5.		dd / mm / aaaa	\$ _____	\$ _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
6.		dd / mm / aaaa	\$ _____	\$ _____	<input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No

Importante: si la pérdida se debe a un hurto o a un robo de la casa, debe presentar el comprobante de la denuncia policial.

***Tenga a bien proporcionar pruebas de ser el propietario de todos los bienes reclamados; p. ej. recibos, manuales o estados de cuenta de tarjetas de crédito. Si va a suministrar un estado de cuenta de su tarjeta de crédito como prueba, tache el número de la tarjeta de crédito para su propia seguridad.**

Rellenar en inglés con letra clara

• **OTRAS CATEGORÍAS DE RECLAMO** (Secciones 3-7 de la póliza)

¿Cuál es el objeto de su reclamo?

¿Cuándo ocurrió? dd / mm / aaaa

¿Dónde ocurrió?

Costo reclamado: \$

Descripción de lo ocurrido:

Declaración del reclamante

Declaración

Declaro que a mi leal saber y entender los datos incluidos en el presente formulario son veraces y correctos en su totalidad, y acepto que en el caso de haber hecho afirmaciones falsas o fraudulentas, o si en una declaración posterior respecto al reclamo mencionado hago afirmaciones falsas o fraudulentas, o suprimo, oculto o afirmo falsamente algún hecho material, la póliza quedará anulada y se perderá todo derecho a obtener reparación en virtud de dicha póliza por reclamos pasados o futuros.

Adición

A cambio de que QBE Insurance (Australia) Limited, ABN 78 003 191 035 - Constituida en Australia ("QBE"), acepte cumplir con el pago de este reclamo, acepto/aceptamos por la presente eximir a QBE de cualesquiera otras responsabilidades, reclamos o peticiones relativos a este reclamo. Toda propiedad sujeta al presente reclamo será propiedad de la Aseguradora en virtud de la resolución del reclamo respecto a dicha propiedad.

Ley de privacidad

Soy consciente de que QBE necesita esta información personal sobre mi persona para poder decidir si acepta el presente reclamo. QBE conservará y custodiará dicha información. Entiendo que la Ley de privacidad me da derecho a acceder a la información y a solicitar su corrección. Autorizo a QBE a revelar esta información a sus asesores, otras aseguradoras, reaseguradoras y a terceros. Autorizo además a QBE a obtener la información que un tercero pueda tener sobre mí que a su juicio sea relevante para este reclamo.

Autoridad médica

Autorizo por la presente a que cualquier hospital, médico u otra persona que me haya atendido proporcione a QBE o a sus representantes toda la información relativa a cualesquiera enfermedades, lesiones, historial médico, consultas, prescripciones o tratamientos, y todas las copias de registros hospitalarios o médicos. Acepto que una fotocopia de la presente autorización tendrá la misma validez que el original.

Acepto/aceptamos que QBE Assist registre todas las llamadas realizadas al servicio de asistencia prestado en virtud del seguro de viajes, para fines de garantía de la calidad, formación y verificación.

Firma

Fecha

Envío del formulario

Para apoyar este reclamo solicitamos que se suministren recibos, facturas y presupuestos originales. Si va a suministrar un estado de cuenta de su tarjeta de crédito como prueba, tache el número de la tarjeta de crédito para su propia seguridad.

Envíe sus reclamos y recibos originales por correo, fax o correo electrónico a:



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



+64 4 385 7865



claims@crombie.co.nz