

แบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมทดแทนของ ยูนิ-แคร์ (Uni-Care)



กรุณากรอกข้อความเป็นภาษาอังกฤษให้ชัดเจน

รายละเอียดของผู้ถือกรมธรรม์

ชื่อ :	ชื่อสกุล :
วันเดือนปีเกิด : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	หมายเลขกรมธรรม์ของท่าน :
อีเมล :	
หมายเลขโทรศัพท์ :	หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่ :
ชื่อสถานศึกษา (ถ้ามี) :	

การจ่ายสินไหมทดแทน (กรุณากรอกรายละเอียดของบัญชีธนาคารนิวซีแลนด์)

ชื่อเจ้าของบัญชี :

เลขที่บัญชี : - - -

ธนาคาร สาขา เลขที่บัญชี คำนำหน้า

หมายเหตุ : กรุณาอย่ากรอกรายละเอียดของบัตรเครดิต

รายละเอียดในการเรียกร้องสินไหมทดแทน (กรุณากรอกในส่วนที่ท่านเรียกร้องสินไหมทดแทน)

ท่านเรียกร้องสินไหมทดแทนในหมวดใดของกรมธรรม์ : การรักษาพยาบาล สัมภาระเดินทาง อื่นๆ

• ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง (หมวดที่ 1 ของข้อความกรมธรรม์)

ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่ท่านต้องการเรียกร้องสินไหมทดแทนและการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับ :

วันเดือนปีไปปรึกษาแพทย์ : / / จำนวนเงินที่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน : \$ จ่ายผู้ถือกรมธรรม์ จ่ายผู้ให้การรักษาพยาบาล

ทำการรักษาพยาบาลครั้งแรกเมื่อไร? / / ทำการรักษาพยาบาลครั้งสุดท้ายเมื่อไร? / /

หากเป็นกรณีเกี่ยวกับการเรียกร้องสินไหมทดแทนด้านสายตา ท่านได้สวมใส่เครื่องช่วยทางสายตาเมื่อท่านเดินทางมาถึงนิวซีแลนด์ในครั้งแรกหรือไม่? ใช่ ไม่ใช่

• สัมภาระเดินทาง เช่น ทรัพย์สินส่วนตัว เป็นต้น (หมวดที่ 2 ของข้อความกรมธรรม์)

วันเดือนปีที่สูญหาย เสียหาย หรือถูกโจรกรรม : / / ประเทศและสถานที่ที่สูญหาย :

รายละเอียดเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น :

รายละเอียดของทรัพย์สินที่สูญหาย/เสียหาย/ถูกโจรกรรม (กรุณาเขียนในหน้ากระดาษเพิ่มเติม หากจำเป็น)

รายละเอียดของทรัพย์สิน :	รายการนี้ซื้อจากที่ใด :	วันที่ซื้อ :	ราคาที่ซื้อ :	ค่าซ่อมหรือค่าเปลี่ยนแทน :	* หลักฐานความเป็นเจ้าของ
1.		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
2.		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
3.		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
4.		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
5.		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่
6.		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	\$ <input type="text"/>	<input type="radio"/> ใช่ <input type="radio"/> ไม่ใช่

หมายเหตุ : หากการสูญหายเกิดจากการโจรกรรมหรือลักขโมย ต้องแจ้งเจ้าหน้าที่ตำรวจและนำบันทึกประจำวันของเจ้าหน้าที่ตำรวจแนบมาด้วย

* กรุณาส่งเอกสารหรือหลักฐานการเป็นเจ้าของในทุกรายการที่เรียกร้องค่าสินไหม เช่น ใบเสร็จ คู่มีอ หรือใบแจ้งยอดของบัตรเครดิต หากท่านส่งใบแจ้งยอดบัตรเครดิตเพื่อเป็นหลักฐานการชำระเงิน กรุณาขีดลบหมายเลขบัตรเครดิตเพื่อความปลอดภัยของท่าน

กรณารอกข้อความเป็นภาษาอังกฤษให้ชัดเจน

• **หมวดการเรียกร้องสินไหมหมวดอื่น ๆ (หมวดที่ 3-7 ของข้อความในกรมธรรม์)**

ท่านเรียกร้องสินไหมสำหรับอะไร ?

เกิดขึ้นเมื่อไร ? จว / คค / ปปปปป

เกิดขึ้นที่ไหน ?

จำนวนเงินที่เรียกร้องค่าสินไหมทดแทน : \$

รายละเอียดเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น :

คำยืนยันของผู้เรียกร้อง
คำยืนยัน

ข้าพเจ้าขอยืนยันด้วยความตั้งใจจริง และด้วยความจริงใจ ว่ารายละเอียดที่อยู่ในแบบฟอร์มนี้เป็นข้อมูลจริง และมีความถูกต้องในทุกรายละเอียด และข้าพเจ้ายอมรับว่าหากข้าพเจ้าได้กระทำการหรือในการยืนยันเพิ่มเติมใดๆ ที่เกี่ยวกับรายละเอียดที่กล่าวถึงด้านบน ที่จะส่งผลให้ข้อความดังกล่าวเป็นเท็จ หรือเป็นการหลอกลวง หรือหากข้าพเจ้าระงับ ปกปิด หรือกล่าวเท็จเกี่ยวกับข้อเท็จจริงสำคัญใดๆ จะถือว่ากรมธรรม์นี้เป็นโมฆะ และจะต้องเสียสิทธิในการได้รับการชดใช้ในทันที เกี่ยวกับข้อเรียกร้องในอดีตหรือในอนาคตไป

เพิ่มเติม

เนื่องจาก QBE Insurance (Australia) Limited, ABN 78 003 191 035 - บริษัทในออสเตรเลีย ("QBE") ยินยอมปฏิบัติตามการชำระเงินของข้อเรียกร้องนี้ เรา/ข้าพเจ้าจึงยินยอมปลด QBE จากข้อผูกมัด ข้อร้องเรียน หรือข้อเรียกร้องใดๆ เพิ่มเติมจากข้อเรียกร้องนี้ ทรัพย์สินใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้อเรียกร้องนี้ จะตกเป็นของผู้รับประกันตามผลการตัดสินของข้อเรียกร้องในส่วนที่เกี่ยวกับทรัพย์สินดังกล่าว

พระราชบัญญัติสิทธิส่วนบุคคล

ข้าพเจ้ารับทราบว่า QBE ต้องการให้ข้อมูลส่วนบุคคลนี้จากข้าพเจ้า ก่อนที่บริษัทจะตัดสินใจจะตอบรับข้อเรียกร้องหรือไม่ ข้อมูลนี้จะอยู่ในครอบครองและดูแลรักษาโดย QBE ข้าพเจ้าเข้าใจว่าพระราชบัญญัติสิทธิส่วนบุคคล มอบสิทธิให้ข้าพเจ้าในการเข้าถึงและร้องขอให้ทำการแก้ไขข้อมูลนี้ได้ ข้าพเจ้านุญาตให้ QBE เปิดเผยข้อมูลนี้กับที่ปรึกษา ผู้รับประกันรายอื่นๆ ผู้รับประกันภัยต่อ และฝ่ายอื่นๆ ข้าพเจ้ายินยอมอนุญาตเพิ่มเติมให้ QBE รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับข้าพเจ้า ที่อยู่ในครอบครองของฝ่ายอื่นๆ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับข้อเรียกร้องนี้

อำนาจด้านการแพทย์

ข้าพเจ้านุญาต ณ ที่นี้ ให้โรงพยาบาล แพทย์ หรือบุคคลอื่นๆ ที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า มอบข้อมูลใด ๆ และข้อมูลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยหรืออาการบาดเจ็บ ประวัติการรักษา การให้คำปรึกษา การฉายยา หรือการรักษา รวมทั้งสำเนาบันทึกข้อมูลของโรงพยาบาล หรือการรักษาใดๆ กับทาง QBE หรือตัวแทนของบริษัทดังกล่าว ข้าพเจ้ายอมรับว่าสำเนาที่ถ่ายเอกสารของเอกสารการอนุญาตนี้ จะสามารถมีผลบังคับใช้ได้เช่นเดียวกับต้นฉบับได้

เรา/ข้าพเจ้านุญาตให้ QBE Assist เก็บบันทึกการโทรติดต่อกับบริการสนับสนุนทั้งหมด ที่ให้บริการภายใต้ประกันการเดินทาง เพื่อใช้ในการรับประกันคุณภาพ การฝึกอบรม และการตรวจสอบความถูกต้อง

ลายมือชื่อ


วันเดือนปี


จว / คค / ปปปปป

การส่งแบบฟอร์มนี้

เราขอให้ท่านส่งใบเสร็จตัวจริง ใบเรียกเก็บเงิน และใบประมาณราคา ไปพร้อมกับแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมนี้ หากท่านส่งใบแจ้งยอดบัตรเครดิตเพื่อเป็นหลักฐานการชำระเงิน กรุณาขีดลบบทบาทบัตรเครดิตเพื่อความปลอดภัยของท่าน

ส่งแบบฟอร์มการเรียกร้องสินไหมของท่านพร้อมกับใบเสร็จตัวจริง ไปทาง ไปรษณีย์ โทรสารหรือการสแกนแล้วส่งไปพร้อมกับอีเมล ถึง :

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

 +64 4 385 7865

 claims@crombie.co.nz