

Vui lòng điền rõ bằng tiếng Anh

Thông tin về người đứng tên kế ước

Tên:	Họ:
Ngày sinh: dd / mm / yyyy	Số kế ước của quý vị:
Email:	
Điện thoại:	Điện thoại di động:
Tên Nhà cung cấp dịch vụ giáo dục (nếu có):	

Thanh toán cho yêu cầu (Vui lòng điền chi tiết Tài khoản Ngân hàng New Zealand)

Tên chủ tài khoản:

Số tài khoản:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	Xin lưu ý: Không nhập chi tiết thẻ tín dụng
	Ngân hàng		Chi nhánh		Số tài khoản		Mã cuối	

Chi tiết yêu cầu thanh toán (Hãy điền các phần mà quý vị yêu cầu thanh toán)

Quý vị đang yêu cầu bồi thường cho các phần kế ước nào: Y tế Hành lý Phần khác

• CÁC CHI PHÍ Y TẾ VÀ LIÊN QUAN (Phần 1 của Hợp đồng Kế ước)

Hãy miêu tả bệnh hay thương tật mà quý vị đang yêu cầu thanh toán và những điều trị mà quý vị đã nhận được:

Ngày khám y khoa: dd / mm / yyyy	Chi phí Yêu cầu thanh toán: \$	<input type="radio"/> Trả cho Chủ kế ước	<input type="radio"/> Trả cho Nhà cung cấp Dịch vụ Y khoa
----------------------------------	--------------------------------	--	---

Khi nào là lúc vấn đề y khoa này được điều trị lần đầu? dd / mm / yyyy	Khi nào là lúc vấn đề y khoa này được điều trị lần cuối? dd / mm / yyyy
--	---

Nếu đây là yêu cầu thanh toán về nhãn khoa thì có phải quý vị đã đeo kính hỗ trợ khi tới New Zealand lần đầu? Có Không

• HÀNH LÝ - TÀI SẢN CÁ NHÂN, v.v (Phần 2 của Hợp đồng Kế ước)

Ngày bị Mất, Hỏng, hay bị Trộm: dd / mm / yyyy	Quốc gia & Địa điểm bị mất:
--	-----------------------------

Miêu tả điều gì đã xảy ra:

Miêu tả tài sản bị mất/bị hỏng/bị trộm (hãy dùng một tờ giấy riêng nếu cần thiết)

Miêu tả tài sản:	Nơi quý vị đã mua món đồ đó:	Ngày mua:	Giá mua:	Chi phí thay thế:	*Đính kèm bằng chứng sở hữu
1.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không
2.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không
3.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không
4.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không
5.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không
6.		dd / mm / yyyy	\$	\$	<input type="radio"/> Có <input type="radio"/> Không

Quan trọng: Nếu như mất mát là do bị trộm cắp thì quý vị phải xuất trình mẫu xác nhận khiếu nại của cảnh sát

*Xin cung cấp bằng chứng sở hữu cho tất cả mọi món đồ được yêu cầu thanh toán như biên lai, sổ tay hướng dẫn sử dụng hoặc bản khai thẻ tín dụng. Nếu quý vị cung cấp bản khai thẻ tín dụng làm bằng chứng thanh toán, xin để trống số thẻ tín dụng nhằm bảo mật cho quý vị.

Vui lòng điền rõ ràng bằng Tiếng Việt

• CÁC LOẠI YÊU CẦU THANH TOÁN KHÁC (Phần 3-7 của Hợp đồng Khế ước)

Quý vị đang yêu cầu thanh toán cho món đồ nào?	Việc đó đã xảy ra khi nào? dd / mm / yyyy
Việc đó đã xảy ra ở đâu?	Chi phí Yêu cầu thanh toán: \$
Miêu tả điều gì đã xảy ra:	

Tuyên Thệ của Người Yêu Cầu Bồi Thường Bảo Hiểm

Tuyên thệ

Tôi trịnh trọng tuyên thệ trung thực rằng các nội dung cụ thể trong mẫu đơn này là đúng sự thực và chính xác mọi chi tiết và tôi đồng ý rằng nếu tôi đã có, hoặc trong bất kỳ tuyên thệ nào khác về yêu cầu bồi thường bảo hiểm nói trên, sẽ có bất kỳ tuyên bố sai lạc hoặc gian lận nào hoặc xóa bỏ, che giấu hoặc khai man bất kỳ sự thật quan trọng nào, hợp đồng bảo hiểm sẽ bị vô hiệu và mọi quyền thu hồi theo hợp đồng đó trong các yêu cầu bồi thường bảo hiểm trước đây hoặc trong tương lai sẽ bị vô hiệu.

Ngoài ra

Để QBE Insurance (Australia) Limited, với mã số doanh nghiệp ABN 78 003 191 035 - thành lập tại Úc ("QBE") đồng ý thanh toán theo yêu cầu bồi thường bảo hiểm này tôi/chúng tôi theo đây đồng ý miễn trách nhiệm cho QBE đối với bất kỳ trách nhiệm pháp lý, khiếu kiện hay đòi hỏi nào khác liên quan đến yêu cầu bảo hiểm này. Bất kỳ tài sản nào là đối tượng của yêu cầu bảo hiểm này sẽ thuộc sở hữu của Công Ty Bảo Hiểm theo yêu cầu bồi thường bảo hiểm đã được giải quyết liên quan đến tài sản như thế.

Đạo Luật về Quyền Riêng Tư

Tôi xác nhận rằng QBE yêu cầu tôi cung cấp thông tin cá nhân này trước khi họ quyết định có chấp nhận yêu cầu bồi thường bảo hiểm này hay không. Yêu cầu này sẽ được QBE lưu giữ. Tôi hiểu rằng Đạo Luật về Quyền Riêng Tư cho phép tôi có quyền tiếp cận và yêu cầu sửa thông tin này. Tôi cho phép QBE tiết lộ thông tin này cho các cố vấn của họ, công ty bảo hiểm khác, công ty tái bảo hiểm và các bên khác. Tôi cũng cho phép QBE lấy thông tin về tôi do bất kỳ bên nào khác nắm giữ nếu, theo họ, là có liên quan đến yêu cầu bồi thường bảo hiểm này.

Thẩm quyền y tế

Tôi theo đây cho phép bất kỳ bệnh viện, bác sĩ nào hay cá nhân khác đã thăm khám cho tôi cung cấp cho QBE hoặc các đại diện của họ bất kỳ và tất cả thông tin liên quan đến bất kỳ chứng bệnh hay thương tật, bệnh sử, hội chẩn, toa thuốc hay biện pháp điều trị nào và tất cả các bản sao hồ sơ bệnh viện hoặc hồ sơ y tế. Tôi đồng ý rằng một bản phôtô của giấy cho phép này sẽ được xem là có hiệu lực như bản gốc.

Tôi/Chúng tôi cho phép QBE Assist ghi âm mọi cuộc gọi đến bộ phận dịch vụ hỗ trợ được cung cấp theo Bảo Hiểm Du Lịch vì mục đích đảm bảo chất lượng, đào tạo và xác minh.

Chữ ký

Ngày

Gửi Mẫu này

Quý vị phải xuất trình biên lai, hóa đơn và bản kê dự toán gốc kèm theo yêu cầu thanh toán này. Nếu quý vị cung cấp bản khai thẻ tín dụng làm bằng chứng thanh toán, xin để trống số thẻ tín dụng nhằm bảo mật cho quý vị.

Gửi qua bưu chính, fax hoặc scan và email yêu cầu thanh toán và các hóa đơn chứng từ gốc tới cho:



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



+64 4 385 7865



claims@crombie.co.nz