



## من فضلك أكمل النموذج بطريقة واضحة بالإنجليزية

### • فئات التعويض الأخرى (القسم 3-7 من صيغة البوليصا)

متى حدث ذلك؟ ي ي / ش ش / سن سن سن سن	ما الذي تطالب بالتعويض عنه؟
التكلفة المطلوب استردادها: \$	أين حدث ذلك؟
	وصف ما حدث:

### إقرار المدعين

#### إقرار

أقر أنا رسمياً وبحسن نية أن التفاصيل المذكورة في هذا النموذج صادقة وصحيحة في كل تفصيل وأنني أوافق على أنه إذا كنت فيما سبق أو في أي إقرار آخر فيما يخص المطالبة المذكورة أعلاه، قد قدمت أي بيانات زائفة أو احتيالية أو كتمت أو أخفيت أو ذكرت أي واقعة جوهرية كذبا أيا كان، فإن السياسة ستصبح لاغية وجميع حقوق الحصول على تعويض طبقاً للقانون المذكور أعلاه فيما يخص المطالبات السابقة أو المستقبلية ستسقط.

#### علاوة على ذلك

نظراً لموافقة ("nib") nib nz limited على سداد هذه المطالبة، أوافق أنا/نوافق نحن بموجب هذا على إعفاء nib من أي مسؤولية إضافية أو مطالبات أو طلبات فيما يتعلق بهذه المطالبة. وأي ملكية تكون موضوع هذه المطالبة ستصبح ملكاً لشركة التأمين بمقتضى المطالبة بعد الفصل فيها فيما يتعلق بهذه الملكية.

#### قانون الخصوصية

أقر أنا بأن nib تستلزم هذه المعلومات الشخصية مني قبل أن تقر ما إذا كانت ستقبل هذه المطالبة. وهذه المعلومات ستحتفظ بها وتحفظها nib. وأنا أفهم أن قانون الخصوصية يجيز لي الوصول إلى هذه المعلومات وطلب تصحيحها. وأنا أفوض إلى nib الكشف عن هذه المعلومات لمستشاريها أو شركات تأمين أخرى أو شركات إعادة التأمين وغيرهم من الأطراف. كما أنني أفوض إلى nib الحصول على معلومات عني يحتفظ بها أي طرف آخر تكون من وجهة نظرها ذات صلة بهذه المطالبة.

#### السلطة الطبية

أرخص أنا بموجب هذا لأي مستشفى أو طبيب أو شخص آخر قام على خدمتي توفير المعلومات من أجل nib أو ممثلها فيما يتعلق بأي مرض أو إصابة أو تاريخ مرضي أو استشارة أو وصفة طبية أو علاج وجميع نسخ المستشفى أو التقارير الطبية. وأنا أوافق على اعتبار أن نسخة فوتوغرافية لهذا الترخيص تكون سارية مثل الأصل.

أوافق أنا/نوافق نحن على تسجيل nib لجميع مكالمات خدمة المساعدة المقدمة بمقتضى تأمين السفر لأغراض توكيد الجودة والتدريب والتحقق.

التاريخ

التوقيع

ي ي / ش ش / سن سن سن سن

### إرسال هذا النموذج

نحن نطلب تقديم الإيصالات والفواتير الأصلية والتقييمات لتدعيم مطالبة التعويض هذه. إذا كنت تقدم كشوفات حساب بطاقة الائتمان كإثبات للسداد، من فضلك احجب رقم البطاقة من أجل حمايتك.

أرسل مطالباتك بالبريد أو الفاكس أو امسحها ضوئياً وأرسلها بالبريد الإلكتروني على العنوان التالي:

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

+64 4 385 7865

claims@crombie.co.nz

