

请用英文清晰填写

• 其它索赔种类(保单措辞第3-7部份)

索赔原因?

发生时间? 日/月/年

发生地点?

索赔金额: \$

情况说明:

索赔人声明

声明

我严肃认真地声明,本表格内填写的具体详细内容是真实正确的。我同意,如果对上述索赔做出,或在未来的声明中做出任何虚假、欺诈声明或隐瞒、掩饰或虚假说明任何不实事实,本保险将失效并丧失过去和将来索赔的所有权利。

并

考虑到nib新西兰有限公司(以下简称“nib”)同意支付此次赔偿的情况下,我/我们据此同意免除nib公司与此次赔偿相关的任何进一步责任、赔偿或索偿。保险公司拥有这项索赔主体的任何财产并凭借此次索赔已经解决了这类财产事宜。

隐私法

我承认nib公司需要我提供这些个人信息才能决定是否接受我的索赔。nib公司将保留这些信息。我知道隐私法使我有权接触并更改这些信息。我授权nib公司向其顾问、其它保险公司、分保公司和其它相关各方披露这些信息。我进一步授权nib公司保留其它各方认为其持有的与此次索赔相关的信息。

医疗机构

我在此授权任何医院、医生或其他为我看病的人向nib公司或其代理提供与任何疾病或受伤、病史、看病、处方或治疗方面的任何及全部信息及医院或治疗病历副本。我同意本授权的影印本与原件具有同等效力。

我/我们同意nib公司对电话进行录音,协助他们依据旅行保险的规定对保险品质、培训和验证等提供便利。

签名

日期

邮寄这张表格

我们要求提供原始收据、发票和估价以便支持本索赔。当提供信用卡帐单作为证明时,为了安全起见,请勿显示信用卡号码。

用邮递、传真或扫描和电子邮件的形式将本索赔表格和原始收据发送到:



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



+64 4 385 7865



claims@crombie.co.nz