



طلب تعويض يوني - كير Uni-Care

الرجاء تعبئة الطلب باللغة الإنجليزية - الرجاء الكتابة بخط واضح

رقم بوليصة التأمين الخاصة بك

بيانات صاحب البوليصة:

الاسم الأول: اسم العائلة: تاريخ الميلاد: / /

الهاتف: الجوال: البريد الإلكتروني:

تدفع التعويضات لصالح: اسم المؤسسة التعليمية (إذا كان ذلك منطبقاً):

يتم إيداع دفعات التعويض مباشرة في حسابك المصرفي في نيوزيلندا. الرجاء تعبئة بياناتك أدناه.

البيانات الكاملة للحساب المصرفي في نيوزيلندا

نوع الحساب: رقم الحساب:

تحت أي بند من البوليصة تقدم طلب التعويض: طبي أمتعة أخرى

المصاريف الطبية وذات الصلة (القسم 1 من صيغة البوليصة)

الرجاء وصف المرض أو الإصابة التي تطلب التعويض عنها وبيان العلاج الذي تلقته:

.....

.....

.....

تاريخ الاستشارة الطبية: التكلفة المطلوبة (دولار) تدفع لصاحب البوليصة تدفع لمركز الرعاية الطبية

متى كانت أول مرة تمت فيها معالجة هذه الحالة الطبية؟ / / متى كانت آخر مرة تمت فيها معالجة هذه الحالة الطبية؟ / /

إذا كانت الاستشارة خاصة بالعيون، يرجى إدخال تاريخ أول استشارة طبية / / إذا كان طلب التعويض بسبب تغير في البصر، يرجى بيان ما يلي:

أ: الوصفة الطبية السابقة ب: الوصفة الطبية الجديدة ج: التغير في وحدات ديوبتر العدسات الطبية

الأمتعة - المتعلقات الشخصية إلخ (القسم 2 من صيغة البوليصة)

تاريخ فقدان أو التلف أو السرقة: / / البلد والمكان الذي حدث فيه ذلك:

الرجاء وصف المحتويات**

تاريخ الشراء / / من / / التكلفة (دولار) تاريخ التصليح أو الاستبدال (دولار)

وصف لما حصل:

.....

.....

ملاحظة هامة: إذا كان فقدان ناتجاً عن السرقة أو السطو، يجب أن تكون قد أبلغت الشرطة ويتعين عليك إرفاق محضر البلاغ.

**الرجاء تقديم ما يثبت ملكية كافة الأشياء المبينة، كأن تقدم إيصالات أو كتيبات الاستخدام أو كشوفات بطاقة الائتمان.

فئات طلبات التعويض الأخرى (الأقسام 3 - 7 من صيغة البوليصة)

فئة طلب التعويض: تاريخ الحادثة: / / البلد والمكان: التكلفة المطالب بها: (دولار)

وصف لما حصل:

.....

تصريح: أنا أصرح / نحن نصرح بما يلي:

1- على حد علمي / علمنا فإن كافة المعلومات المقدمة في طلب التعويض هذا دقيقة من كل النواحي.

2- مبلغ التعويض المطلوب لا يخضع للتغطية من قبل بوليصة تأمين أخرى، سواء كانت صحية أو طبية.

قانون الخصوصية: أخول / نخول شركة American Home Assurance أو ممثليها أو وكلائها بالحصول على معلومات شخصية (بما في ذلك المعلومات الطبية)

الخاصة بي/ بنا من أي جهة أخرى، وبالإفصاح عن تلك المعلومات إلى جهات أخرى عند الطلب. تعتبر الصورة المأخوذة عن هذا التحويل فعالة وصالحة كالنسخة الأصلية.

التوقيع: التاريخ: / /

نريد الحصول على إيصالات وفواتير وتقييمات أصلية يتم تقديمها كمستندات داعمة لطلب التعويض هذا.

يمكن إرسال طلبات التعويض بالبريد العادي أو بالفاكس أو عن طريق إرفاقها بالبريد الإلكتروني عن طريق الماسح الضوئي إلى:

The Uni-Care Claims Service, P.O. Box 496, Wellington, New Zealand

الهاتف المجاني في نيوزيلندا 0800 864 227 (0800 UNICARE) وفي أستراليا 1800 864 227 (1800 UNICARE)

من خارج نيوزيلندا وأستراليا يمكن الاتصال بالرقم: +64-4-381 8166 (الشركة تدفع قيمة المكالمات)، فاكس +64-4-385 7865. بريد إلكتروني: claims@crombie.co.nz