



# UNI-CARE 索赔单

用英文填写-请书写清晰

保单号码 .....

### 保单投保人详情：

名：.....姓：.....出生日期： / /  
电话：.....手机：.....电子邮件：.....

### 索赔人详情(若与上述人士不同)

名：.....姓：.....出生日期： / /  
赔款支付地址：.....  
教育机构名称(若适用)：.....

索赔种类：  医疗费用  行李丢失  其它

### 医疗及其相关费用(保单措辞第一部分)

接受治疗的病症或受伤等索赔详细说明：.....  
.....  
.....

看病日期..... 索赔金额\$.....  支付保单投保人  支付医疗单位

何时接受的首次治疗？ / / • 何时接受的最后治疗？ / /  
若是关于视力方面的索赔，请填写首次看病日期 / / • 若是关于视力校正方面的索赔，请说明：  
A：以前的处方..... B：新处方..... C：改变屈光度：.....

### 行李-个人物品等(保单措辞第二部分)

丢失、损坏或失窃日期： / / 发生的国度和地点：.....  
说明物品\*\* .....

购买日期 / / 从何处购买..... 费用\$..... 修理或更换费用\$.....  
说明发生了什么情况：.....  
.....

**重要事项：若丢失是因为偷盗或入室行窃，应通知警察并必须提供警察报告。**

\*\* 请提供索赔物品拥有证明，例如收据、说明书或信用卡支付结算表。

### 其它索赔种类(保单措辞第二至第七部分)

索赔种类：..... 事件发生日期： / / 发生的国度和地点：..... 索赔金额：\$.....  
说明发生了什么情况：.....  
.....

声明：我/我们声明如下：

1. 就我/我们所知，本索赔单内提供的信息在各方面都是准确的。
2. 任何其它保单、健康或医疗计划都未承保索赔的金额。

隐私法：我/我们授权美国家庭保险公司或者他们的代表或者他们的代理按要求从任何其它有关方面获得有关我本人/我们的个人资料并向其它有关方面提供这些资料。本授权副本应被视为与正本同样有效。

签字：..... 日期： / /

**我们要求提供原始收据、发票和估价以便支持本索赔。**

用邮递、传真或扫描仪电子邮件的形式把本索赔和原始收据发送到：The Uni-Care Claims Service, P.O. Box 496, Wellington, New Zealand.  
新西兰境内免费电话：0800 864 227(0800 UNICARE)；澳大利亚境内免费电话：1800 864 227(1800 UNICARE)  
新西兰和澳大利亚境外致电：+64-4-381 8166 (对方付款)；传真：+64-4-385 7865，电子邮件：claims@crombie.co.nz