



UNI-CARE索賠單

用英文填寫 - 請書寫清晰

保單號碼

保單投保人詳情：

名：.....姓：.....出生日期： / /
電話：.....手機：.....電子郵件：.....

索賠人詳情(若與上述人士不同)

名：.....姓：.....出生日期： / /
賠款支付地址：.....
教育機構名稱(若適用)：.....

索賠種類： 醫療費用 行李丟失 其它

醫療及其相關費用(保單措辭第一部份)

接受治療的病症或受傷等索賠詳細說明：.....
.....
.....

看病日期.....索賠金額\$..... 支付保單投保人 支付醫療單位

何時接受的首次治療？ / / • 何時接受的最後治療？ / /

若是關於視力方面的索賠，請填寫首次看病日期 / / • 若是關於視力校正方面的索賠，請說明：

A：以前的處方..... B：新處方..... C：改變屈光度：.....

行李 一個人物品等(保單措辭第二部份)

丟失、損壞或失竊日期： / / 發生的國度和地點：.....
說明物品**

購買日期 / / 從何處購買..... 費用\$..... 修理或更換費用\$.....

說明發生了什麼情況：.....
.....

重要事項：若丟失是因為偷盜或入室行竊，應通知警察並必須提供警察報告。

** 請提供索賠物品擁有證明，例如收據、說明書或信用卡支付結算表。

其它索賠種類(保單措辭第二至第七部份)

索賠種類：..... 事件發生日期： / / 發生的國度和地點：..... 索賠金額：\$.....

說明發生了什麼情況：.....
.....

聲明：我/我們聲明如下：

1. 就我/我們所知，本索賠單內提供的資訊在各方面都是準確的。
2. 任何其它保單、健康或醫療計劃都未承保索賠的金額。

隱私法：我/我們授權美國家庭保險公司或者他們的代表或者他們的代理按要求從任何其它有關方面獲得有關我本人/我們的個人資料並向其它有關方面提供這些資料。本授權副本應被視為與正本同樣有效。

簽字：..... 日期： / /

我們要求提供原始收據、發票和估價以便支援本索賠。

用郵遞、傳真或掃描儀電子郵件的形式把本索賠和原始收據發送到：The Uni-Care Claims Service, P.O. Box 496, Wellington, New Zealand.

紐西蘭境內免費電話：0800 864 227(0800 UNICARE)；澳洲境內免費電話：1800 864 227(1800 UNICARE)

紐西蘭和澳洲境外致電：+64-4-381 8166 (對方付款)，傳真：+64-4-385 7865，電子郵件：claims@crombie.co.nz