



uni-care

FORMULAIRE DE DECLARATION DE SINISTRE

VEUILLEZ REMPLIR EN ANGLAIS – Veuillez écrire lisiblement

Votre numéro de police

Informations sur le titulaire de la police :

Prénom : Nom : Date de naissance : / /
Téléphone : Portable : Email :

Informations sur la personne remplissant le formulaire de déclaration de sinistre (s'il ne s'agit pas du titulaire de la police)

Prénom : Nom : Date de naissance : / /
Adresse pour l'envoi du paiement relatif à la déclaration :
Nom de l'établissement d'enseignement (le cas échéant) :

Partie de la police dans le cadre de laquelle vous faites votre déclaration Médical Bagages Autres

FRAIS MEDICAUX ET AUTRES FRAIS ASSOCIES (Section 1 du libellé de la police)

Donnez une description de la Maladie ou de la Blessure objet de cette déclaration et du traitement qui a été prodigué :

.....
.....
.....

Date de la consultation médicale Montant réclamé \$ Paiement au titulaire de la police Paiement au prestataire de santé

Date du premier traitement reçu pour cette condition médicale ? / /

Date du dernier traitement reçu pour cette condition médicale ? / /

Si la déclaration de sinistre concerne une condition ophtalmologique, précisez la date de la première consultation / /

Si la déclaration concerne un changement de vue, veuillez préciser :

A : Prescription précédente **B** : Nouvelle prescription **C** : Changement du nombre de dioptries :

BAGAGES – EFFETS PERSONNELS etc. (Section 2 du libellé de la police)

Date de la perte, de l'endommagement ou du vol : / / Pays et lieu du sinistre :

Description du bien**

Date d'achat / / Lieu d'achat Prix \$ Frais de réparation ou de remplacement \$

Description des circonstances du sinistre :

.....
.....
.....

IMPORTANT : si la perte est le résultat d'un vol ou d'un cambriolage, la police doit avoir été informée et un rapport de police doit être joint à votre déclaration.

**Veuillez fournir la preuve (reçus, modes d'emploi ou relevés de carte de crédit) que tous les articles inclus dans la déclaration vous appartiennent.

AUTRES CATEGORIES DE SINISTRE (Sections 3 à 7 du libellé de la police)

Catégorie de sinistre : Date du sinistre : / / Pays et lieu : Montant réclamé : \$

Description des circonstances du sinistre :

.....
.....

DECLARATION : Je/Nous déclare/déclarons solennellement que :

- à ma/notre connaissance, toutes les informations fournies dans ce formulaire de déclaration de sinistre sont correctes à tous égards.
- le montant réclamé n'est PAS couvert par une autre police d'assurance ni par un autre régime d'assurance maladie.

LOI SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVEE : Je/Nous autorise/autorisons American Home Assurance ou ses représentants ou agents à demander des informations personnelles (y compris des informations médicales) me/nous concernant à toute partie et à communiquer lesdites informations à toute autre partie si besoin est. Toute photocopie de cette autorisation devra être considérée comme ayant la même validité que l'original.

SIGNATURE : DATE : / /

Vous devez fournir les originaux des reçus, factures et estimations avec cette déclaration de sinistre.

Veuillez poster ou faxer vos déclarations de sinistre et les originaux des reçus, ou les numériser et les envoyer par email à :

The Uni-Care Claims Service, P.O. Box 496, Wellington, Nouvelle-Zélande.

Numéro d'appel gratuit en Nouvelle-Zélande : 0800 864 227 (0800 UNICARE) ; en Australie : 1800 864 227 (1800 UNICARE)

En dehors de la Nouvelle-Zélande et de l'Australie, appelez le : +64-4-381 8166 (PCV), Fax. : +64-4-385 7865. Email : claims@crombie.co.nz