



# UNI-CARE ANTRAGSFORMULAR

BITTE AUF ENGLISCH AUSFÜLLEN. Schreiben Sie bitte deutlich!

Ihre Policennummer .....

### Angaben zum Versicherungsnehmer:

Vorname: ..... Nachname: ..... Geburtsdatum: / /  
Telefon: ..... Handy: ..... E-Mail: .....

### Angaben zum Antragsteller (falls nicht der Versicherungsnehmer)

Vorname: ..... Nachname: ..... Geburtsdatum: / /  
Adresse für die Auszahlung von Versicherungsleistungen: .....  
Adresse der Bildungseinrichtung (falls zutreffend): .....

Welche Versicherungskategorie nehmen Sie in Anspruch?  Krankenversicherung  Gepäckversicherung  Andere

### MEDIZINISCHE UND ÄHNLICHE AUSGABEN (Abschnitt 1 der Police)

Beschreiben Sie die Krankheit bzw. Verletzung, für die Sie die Versicherungsleistung beanspruchen, sowie die erhaltene Behandlung:  
.....  
.....  
.....

Datum des Arztbesuches ..... Kosten \$ .....  Auszahlung an den Versicherungsnehmer  Auszahlung an den medizinischen Leistungserbringer

Wann wurden Sie für die Erkrankung zuerst behandelt? / / • Wann wurden Sie für die Erkrankung zuletzt behandelt? / /

Wenn es sich um einen Augenarztbesuch handelt, geben Sie bitte das Datum der ersten Konsultation an. / /

Steht der Anspruch im Zusammenhang mit einer Änderung der Sehstärke, geben Sie bitte Folgendes an:

A: Vorherige Sehstärke ..... B: Jetzige Sehstärke ..... C: Änderung in Dioptrien: .....

### GEPÄCK – PERSÖNLICHE GEGENSTÄNDE usw. (Abschnitt 2 der Police)

Datum des Verlusts, Schadens bzw. Diebstahls / / Land und Ort des Vorfalles: .....

Beschreiben Sie das verloren gegangene, beschädigte bzw. gestohlene Eigentum\*\* .....

Kaufdatum / / Händler ..... Preis \$ ..... Repair or Replacement cost \$ .....

Beschreibung des Vorfalles: .....  
.....  
.....

**WICHTIG Ist es aufgrund eines Diebstahls oder Einbruchs zum Verlust gekommen, muss die Polizei verständigt worden sein und es muss ein Polizeibericht beigelegt werden.**

\*\* Bitte legen Sie einen Eigentumsnachweis wie z. B. Quittung, Bedienungsanleitung oder Kreditkartenauszüge für alle Gegenstände bei.

### WEITERE VERSICHERUNGSKATEGORIEN (Abschnitte 3-7 der Police)

Versicherungskategorie: ..... Datum des Vorfalles: / / Land und Ort: ..... Kosten: \$ .....

Beschreibung des Vorfalles: .....  
.....  
.....

### ERKLÄRUNG: Ich/Wir erklären Folgendes:

1. Alle in diesem Antragsformular angegebenen Informationen sind nach meinem/unserem besten Wissen und Gewissen richtig.
2. Die beantragte Leistungssumme ist durch KEINE andere Versicherungspolice, oder Krankenkasse abgedeckt.

DATENSCHUTZ: Ich/Wir stimme/n hiermit zu, dass American Home Assurance bzw. ihre Vertreter persönliche Informationen (einschließlich medizinische Informationen) über mich/uns von Dritten einholen und auf Ersuchen an andere Parteien weiterreichen können. Eine Fotokopie dieser Vollmacht gilt als ebenso rechtskräftig und gültig wie das Original.

UNTERSCHRIFT: ..... DATUM: / /

**Bei den diesem Antrag beigefügten Quittungen, Rechnungen und Kostenvoranschläge muss es sich um Originale handeln.**

Schicken Sie Ihren Antrag und Ihre Originalquittungen auf dem Postweg oder per Fax bzw. als eingescannte Dokumente per E-Mail an folgende Anschrift: The Uni-Care Claims Service, P.O. Box 496, Wellington, Neuseeland.  
Gebührenfrei in New Zealand: 0800 864 227 (0800 UNICARE); in Australien: 1800 864 227 (1800 UNICARE)  
Außerhalb von Neuseeland und Australien: +64-4-381 8166 (R-Gespräch), Fax +64-4-385 7865. E-Mail: claims@crombie.co.nz