



UNI-CARE 保険金請求書

英語で明記してください。

証券番号

保険契約者：

名： 姓： 生年月日： / /
電話： 携帯： Email：

請求者（上記と異なる場合）：

名： 姓： 生年月日： / /
支払先住所：
留学先（該当する場合）：

ご請求内容： 医療 携行品 その他

医療費、関連経費（保険約款第1章）

請求対象の怪我や病気の内容と治療に関する詳細：

問診日 請求額 \$ 保険契約者へ支払う 医療機関へ支払う

初診日 / / ・ 最終治療日 / /
視覚矯正／検眼の初診日 / / ・ 視覚矯正器具の変更：

A： 前回検査での視力 B： 現在の視力 C： ジョブトリの変更：

携行品（保険約款第2章）

紛失／損害／盗難の日付 / / 発生国／発生場所：
該当品の説明**

購入日 / / 購入先 購入価格 \$ 修理／交換代金 \$

請求理由：

重要：盗難や窃盗による携行品の紛失は、必ず警察へ通報し、その調書を添付してください。
** 領収書や使用説明書、クレジットカード明細書など、請求品目の所有を証明するものをご提出ください。

その他（保険約款第3~7章）

請求内容： 発生日： / / 発生国／発生場所： 請求額： \$

請求理由：

以下を申告します。

1. 請求者が知る限り、本書の記載内容は事実と相違ありません。
2. 請求額は他社の保険契約や保健医療制度では補償されません。

プライバシー保護法：請求者は、American Home Assurance あるいはその代理人または代理店が治療内容などの個人情報を第三者から入手し、必要に応じて第三者に開示することに同意します。尚、本同意書の写しも原本と同様に有効であると認めます。

署名： 日付： / /

本請求書と共に領収書、請求書、見積書などをご提出ください。

本請求書および添付書類を下記までお送りください（郵送、ファックス、またはスキャンのeメール送信可）。

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

無料通話番号 ニュージーランド：0800 864 227 (0800 UNICARE)、オーストラリア：1800 864 227 (1800 UNICARE)

ニュージーランド、オーストラリア圏外：+64-4-381 8166 (コレクトコール)、Fax +64-4-385 7865、Email：claims@crombie.co.nz