



UNI-CARE - 보험 청구 양식

반드시 영어로 작성해야 합니다 - 또박 또박 기록하십시오.

보험증권 번호

보험 가입자 내역:

이름: 성: 생년월일: / /
전화: 휴대폰: 이메일:

보험 청구자 내역(위와 다를 경우)

이름: 성: 생년월일: / /
보험금 수령 주소:
교육기관 이름(해당될 경우):

보험 청구 항목: 의료비 수하물 기타

의료비 및 관련비용(보험약관의 섹션 1)

청구대상 질병이나 상해, 그리고 치료내역:
.....
.....

진료 일자: 청구금액 \$ 보험 가입자 앞 지급 요망 의료기관 앞 지급 요망

최초 진료일은? / / • 최종 진료일은? / /

안경이나 콘택트 렌즈의 경우 최초 검진일 / / • 시력교정을 위한 청구의 경우 기록요망:

A: 이전 처방 시력 **B:** 최근 처방 시력 **C:** 디옵터 변경치:

수하물 - 개인용품 등(보험약관의 섹션 2)

분실, 손상, 도난 일자: / / 발생 국가 및 위치:
대상 물건의 내역**

구입일자 / / 구입처 구입가격 \$ 수리 또는 교체 가격 \$

사건 개요:
.....
.....

중요: 도난, 절도인 경우에는 경찰에 신고한 증빙서를 제출해야 합니다.
** 청구대상 물품의 소유권을 입증하는 영수증, 설명서, 신용카드 명세서 등을 제출하십시오.

기타 청구 비용(보험약관의 섹션 3-7)

청구 카테고리: 사건 발생일: / / 발생 국가 및 위치: 청구 금액: \$

사건 개요:
.....
.....

확인: 본인(또는 우리)은 다음과 같이 확인합니다.

- 1. 이 양식에 기록된 모든 내역이 본인(또는 우리)이 알고 있는 한 모든 면에서 사실이며 정확합니다.
- 2. 본 청구 금액은 다른 의료보험 및 기타 보험에 근거해서 보험금을 청구한 적이 없습니다.

개인비밀 보장법: 본인(또는 우리)은 American Home Assurance, 그 대리점 또는 대리인에게 본인(또는 우리)에 관한 개인적인 정보(의료정보 포함)를 제 3자로부터 취득하거나 그 정보를 필요시 타인에게 공개할 수 있도록 허가합니다. 이 승인서의 사본은 원본과 같은 효력을 가지는 것으로 인정합니다.

서명: 일자: / /

본 청구와 관련된 영수증, 청구서, 견적서 등은 반드시 원본을 제출해야 합니다.

본 보험 청구서와 관련된 증빙서 원본을 우편(팩스 또는 이메일)으로 보내실 때 사용할 수신자 주소:

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

뉴질랜드 내 무료전화: 0800 864 227 (0800 UNICARE); 호주 내 무료전화: 1800 864 227 (1800 UNICARE)

뉴질랜드 및 호주 이외의 지역에서 걸 때: +64-4-381 8166 (수신자 부담), 팩스: +64-4-385 7865, 이메일: claims@crombie.co.nz