



BORANG TUNTUTAN UNI-CARE

DIISI DALAM BAHASA INGGERIS – Sila tulis dengan jelas

Nombor polisi anda.

Butiran Pemegang Polisi:

Nama Pertama: Nama Keluarga: Tarikh Lahir: / /
Telefon: Telefon bimbit: E-mel:

Butiran orang membuat tuntutan (jika selain dari atas)

Nama Pertama: Nama Keluarga: Tarikh Lahir: / /
Alamat untuk pembayaran tuntutan:
Nama Pembekal Pendidikan (jika terpakai):

Seksyen polisi tuntutan anda: Perubatan Bagasi Lain-lain

PERBELANJAAN PERUBATAN & BERKAITAN (Seksyen 1 Butiran Polisi)

Jelaskan Penyakit atau Kecederaan yang anda tuntutan dan rawatan yang diterima:
.....
.....

Tarikh Perundingan Perubatan Kos Tuntutan \$ Bayar kepada Pembekal Perubatan Bayar kepada Pemegang Polisi

Bilakah kali pertama keadaan kesihatan dirawat? / / • Bilakah kali terakhir keadaan kesihatan dirawat? / /

Jika tuntutan optik masukkan tarikh perundingan pertama / / • Jika tuntutan untuk perubahan penglihatan, sila berikan:

A: Preskripsi sebelum **B:** Preskripsi baru **C:** Perubahan dioptres:

BAGASI – BARANGAN PERIBADI dsb (Seksyen 2 Butiran Polisi)

Tarikh Hilang, Rosak atau Dicuri: / / Negara & Lokasi kejadian:

Terangkan Harta**

Tarikh Pembelian / / Daripada Kos \$ Kos Pembaikan atau Penggantian \$

Keterangan kejadian:
.....
.....

PENTING Jika kehilangan disebabkan kecurian atau pecah rumah, pihak polis perlu dimaklumkan dan laporan polis perlu disediakan.

**Sila berikan bukti hak milik bagi semua barangan yang dituntut, seperti resit, manual atau penyata kad kredit.

KATEGORI TUNTUTAN LAIN (Seksyen 3-7 Butiran Polisi)

Kategori Tuntutan Tarikh Kejadian: / / Negara & Lokasi: Tuntutan Kos: \$

Keterangan kejadian:
.....
.....

PERAKUAN: Saya/Kami mengaku bahawa:

1. mengikut pengetahuan saya/kami, semua maklumat yang diberikan di borang tuntutan ini adalah tepat dari semua segi.
2. jumlah tuntutan TIDAK dilindungi oleh polisi insurans, atau skim kesihatan atau perubatan yang lain.

AKTA KEPERIBADIAN: Saya/Kami membenarkan American Home Assurance atau wakil atau agen mereka mendapatkan maklumat peribadi (termasuk maklumat perubatan) mengenai saya/kami daripada mana-mana pihak dan memberikan maklumat tersebut kepada lain-lain pihak sekiranya diperlukan. Salinan kebenaran ini akan dianggap sah sama seperti salinan asal.

TANDATANGAN: TARIKH: / /

Kami memerlukan resit, invois dan anggaran yang asal disediakan bagi menyokong tuntutan ini.

Pos, faks atau imbas dan e-mel tuntutan dan resit asal anda ke:

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

Telefon bebas tol di New Zealand: 0800 864 227 (0800 UNICARE); di Australia: 1800 864 227 (1800 UNICARE)

Di luar New Zealand dan Australia hubungi: +64-4-381 8166 (collect), Faks +64-4-385 7865. E-mel: claims@crombie.co.nz