



# FORMULÁRIO DE REQUERIMENTO DE INDENIZAÇÃO DA UNI-CARE PREENCHA EM INGLÊS – Escreva com clareza

Número da apólice .....

## Detalhes do titular da apólice:

Nome: ..... Sobrenome: ..... Data de nascimento: / /  
Telefone: ..... Celular: ..... E.mail: .....

## Detalhes da pessoa que requer a indenização (se não for a pessoa especificada acima)

Nome: ..... Sobrenome: ..... Data de nascimento: / /  
Endereço para envio de pagamentos de indenizações: .....  
Nome do provedor de educação (se aplicável): .....

Seção da apólice referente à sua indenização:  Saúde  Bagagem  Outro

## SAÚDE E DESPESAS RELACIONADAS (Seção 1 da apólice)

Descreva a doença ou a lesão referente ao requerimento de indenização e o tratamento recebido:

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

Data da consulta médica ..... Custo reclamado \$ .....  Pagar titular da apólice  Pagar provedor de assistência médica

Quando o problema de saúde foi tratado pela primeira vez? / / • Quando o problema de saúde foi tratado pela última vez? / /

Se a reclamação de indenização referir-se a um problema óptico, forneça a data da primeira consulta / /

Se a reclamação da indenização referir-se a uma correção óptica, especifique:

**A:** Prescrição anterior ..... **B:** Nova prescrição ..... **C:** Mudança de dioptria: .....

## BAGAGEM – PERTENCES PESSOAIS etc (Seção 2 da apólice)

Data da perda, danos ou roubo: / / País e local da ocorrência: .....

Descreva o pertence\*\* .....

.....

Data da compra / / De ..... Custo \$ ..... Custo do conserto ou substituição \$ .....

Descrição da ocorrência: .....

.....

.....

**IMPORTANTE Se a perda foi na forma de roubo a polícia deve ter sido informada e você terá de apresentar um atestado da queixa.**

\*\* Forneça provas de propriedade de todos os itens reclamados, tais como recibos, manuais ou extratos de cartões de crédito.

## OUTRAS CATEGORIAS DE REQUERIMENTO DE INDENIZAÇÃO (Seções 3-7 da apólice)

Categoria da reclamação: ..... Data da ocorrência: / / País e local: ..... Custo reclamado: \$ .....

Descrição da ocorrência: .....

.....

.....

DECLARAÇÃO: Eu declaro / nós declaramos que:

1. de sã consciência, todas as informações fornecidas neste requerimento de indenização são precisas em todos seus aspectos.
2. a quantia reclamada NÃO está coberta por nenhuma outra apólice de seguro ou por um esquema sanitário ou médico.

LEI DE PRIVACIDADE: Eu autorizo / nós autorizamos à American Home Assurance ou aos seus representantes ou agentes obterem informações pessoais (inclusive aquelas médicas) sobre a minha pessoa / nossas pessoas de quaisquer outras entidades e transmitirem tais informações a terceiros se tal for requerido. Uma fotocópia desta autorização será considerada tão efetiva e válida como o original.

ASSINATURA: ..... DATA: / /

**Nós exigimos que os recibos, faturas e orçamentos que suportam este requerimento sejam originais.**

Envie os requerimentos de indenização e recibos originais por correio ou mande-os por fax ou por e.mail (escaneados) para:

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

Telefone de discagem gratuita na Nova Zelândia: 0800 864 227 (0800 UNICARE); na Austrália: 1800 864 227 (1800 UNICARE)

Fora da Nova Zelândia e Austrália: ligue para +64-4-381 8166 (a cobrar), Fax +64-4-385 7865. E.mail: Claims@crombie.co.nz