



**Бланк заявления UNI-CARE о выплате страхового возмещения**  
**ЗАПОЛНЯТЬ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ – Просьба писать разборчиво**

Номер вашего полиса: .....

**Данные держателя полиса:**

Имя: ..... Фамилия: ..... Дата рождения: / /  
Телефон: ..... Мобильный телефон: ..... Email: .....

**Данные заявителя (если отличаются от приведенных выше)**

Имя: ..... Фамилия: ..... Дата рождения: / /  
Адрес для выплаты возмещения: .....  
Название учебного заведения (если применимо) .....

По какому разделу полиса подается заявление:  Медицинские расходы  Багаж  Другое

**МЕДИЦИНСКИЕ И СВЯЗАННЫЕ С НИМИ РАСХОДЫ (Раздел 1 текста полиса)**

Опишите болезнь или травму, послужившую причиной заявления и полученное лечение: .....

Дата медицинской консультации: ..... Заявленная стоимость \$ .....  Оплатить держателю полиса  Оплатить медицинскому учреждению  
Когда было проведено первое медицинское лечение? / /  
Когда было проведено последнее медицинское лечение? / /  
При заявлении на возмещение услуг окулиста, укажите дату первой консультации / /  
Если заявление связано с ухудшением зрения, просим сообщить:  
А: Данные предыдущего рецепта ..... Б: Данные нового рецепта ..... В: Данные изменения диоптрий .....

**БАГАЖ – ЛИЧНЫЕ ВЕЩИ и т.д. (Раздел 2 текста полиса)**

Дата потери, повреждения или кражи / / Страна и место, где это случилось: .....  
Опишите имущество\*\* .....

Дата покупки / / Где куплено ..... Стоимость \$ ..... Стоимость ремонта или замены \$ .....  
Описание происшедшего: .....

**ВАЖНОЕ ПРИМЕЧАНИЕ Если потеря произошла в результате кражи или ограбления, Вы должны представить копию полицейского отчета.**

\*\* Просим представить доказательство права собственности на все заявленные предметы: товарные чеки, руководства по эксплуатации или банковские отчеты об оплате кредитной картой.

**ДРУГИЕ КАТЕГОРИИ ЗАЯВЛЕНИЙ (Разделы 3–7 текста полиса)**

Категория заявления: ..... Дата страхового случая: / / Страна и место: ..... Заявленная стоимость: \$ .....  
Описание происшедшего: .....

**ТОРЖЕСТВЕННОЕ ЗАЯВЛЕНИЕ: Я/Мы заявляем, что:**

1. в силу моей/нашей осведомленности приведенная в настоящем заявлении информация является верной во всех отношениях.
2. заявленная сумма НЕ подлежит возмещению в соответствии с другим страховым полисом, или программами медицинской помощи или охраны здоровья.

**ЗАКОН О НЕРАЗГЛАШЕНИИ ИНФОРМАЦИИ:** Я/Мы разрешаем организации American Home Assurance, или ее представителям или агентам получать информацию личного характера (включая медицинскую информацию) обо мне/о нас из любого источника и предоставлять такую информацию другим сторонам по их просьбе. Фотокопия настоящего разрешения имеет юридическую силу оригинала.

ПОДПИСЬ: ..... ДАТА: / /

**В поддержку Вашего заявления Вам необходимо представить оригиналы документов об оплате, счетов и расчетов стоимости.**

Отправьте ваши заявления и оригиналы документов об оплате по почте, факсу или отсканируйте и отправьте приложением по электронной почте: The Uni-Care Claims Service (Служба обработки заявлений), P.O. Box 496, Wellington, New Zealand.  
Бесплатный телефон в Новой Зеландии 0800 864 227 (0800 UNICARE); в Австралии: 1800 864 227 (1800 UNICARE)  
Из других стран (кроме Новой Зеландии и Австралии) звоните +64-4-381 8166 (оплата за счет компании), факс +64-4-385 7865. Email: claims@crombie.co.nz