



แบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมของยูนิ-แคร์

กรอกเป็นภาษาอังกฤษ - กรุณาเขียนให้ชัดเจน

หมายเลขกรมธรรม์ของท่าน

รายละเอียดของผู้ถือกรมธรรม์

ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีที่เกิด / /
หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรศัพท์มือถือ อีเมล

รายละเอียดของผู้เรียกร้องค่าสินไหม (หากต่างจากชื่อข้างบน)

ชื่อ นามสกุล วันเดือนปีที่เกิด / /
ที่อยู่สำหรับส่งเงินค่าสินไหม
ชื่อสถานศึกษา (ถ้ามี)

ท่านเรียกร้องค่าสินไหมในหมวดใดของกรมธรรม์ การรักษาพยาบาล สัมภาระเดินทาง อื่น

ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลและที่เกี่ยวข้อง (หมวดที่ 1 ของข้อความในกรมธรรม์)

ชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยหรือบาดเจ็บที่ท่านต้องการเรียกร้องค่าสินไหม และการรักษาพยาบาลที่ท่านได้รับ

วันเดือนปีที่ไปปรึกษาแพทย์ จำนวนเงินที่เรียกร้องค่าสินไหม ดอลลาร์ จ่ายผู้ถือกรมธรรม์ จ่ายผู้ให้การรักษาพยาบาล
วันเดือนปีที่ทำการรักษาพยาบาลครั้งแรก / / • วันเดือนปีที่ทำการรักษาพยาบาลครั้งสุดท้าย / /
หากเรียกร้องสินไหมเกี่ยวกับสายตา ให้ระบุวันเดือนปีที่ไปปรึกษาแพทย์ครั้งแรก / / • หากเรียกร้องสินไหมเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็น โปรดระบุรายละเอียด
A: ใบสั่งแพทย์ก่อนหน้า B: ใบสั่งแพทย์ใหม่ C: เปลี่ยนแปลงด้านการมองเห็น (dioptries)

สัมภาระเดินทาง - เช่น ทรัพย์สินส่วนตัว เป็นต้น (หมวดที่ 2 ของข้อความในกรมธรรม์)

วันเดือนปีที่สูญเสียบ / / ประเทศและสถานที่ที่เกิดขึ้น
รายละเอียดของทรัพย์สิน**

วันเดือนปีที่ซื้อ / / จาก ราคา ดอลลาร์ ค่าซ่อมหรือค่าเปลี่ยนแทน ดอลลาร์
รายละเอียดในสิ่งที่เกิดขึ้น

คำเตือน หากการสูญเสียบเกิดจากการโจรกรรมหรือลักขโมย ต้องแจ้งตำรวจและนำบันทึกประจำวันของตำรวจมาแนบประกอบ
** กรุณาส่งเอกสารหลักฐานการเป็นเจ้าของในทุกรายการที่เรียกร้องค่าสินไหม เช่น ใบเสร็จรับเงิน คู่มือ หรือใบแจ้งยอดขายด้วยบัตรเครดิต

หมวดการเรียกร้องค่าสินไหมอื่น (หมวดที่ 3-7 ของข้อความในกรมธรรม์)

หมวดการเรียกร้องค่าสินไหม วันเดือนปีที่เกิดเหตุการณ์ / / ประเทศและสถานที่ จำนวนเงินที่เรียกร้องค่าสินไหม ดอลลาร์
รายละเอียดในสิ่งที่เกิดขึ้น

คำยืนยัน : ข้าพเจ้า/พวกเรา/ข้าพเจ้าขอยืนยันว่า

- ข้าพเจ้า/พวกเรา/ข้าพเจ้า ขอยืนยันว่า รายละเอียดทุกอย่างที่ได้แจ้งไว้ในแบบฟอร์มการเรียกร้องค่าสินไหมนั้นเป็นความจริงทุกประการ
- จำนวนที่เรียกร้องค่าสินไหม มิได้รับการคุ้มครองจากกรมธรรม์ประกันภัยอื่น โครงการสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลอื่น

พระราชบัญญัติสิทธิส่วนบุคคล : ข้าพเจ้า/พวกเรา/ข้าพเจ้าขอมอบอำนาจให้ American Home Assurance หรือผู้แทน หรือตัวแทน ในการรับรายละเอียดส่วนตัว (รวมถึงด้านการรักษาพยาบาล) เกี่ยวกับข้าพเจ้า/พวกเรา/ข้าพเจ้าจากผู้อื่นและเปิดเผยรายละเอียดนั้นให้แก่ผู้อื่นหากได้รับการร้องขอ สำเนาเอกสารของการมอบอำนาจนี้สามารถมีผลและใช้ได้แทนต้นฉบับจริง

ลายมือชื่อ : วันเดือนปี / /

เราจำเป็นต้องให้ท่านนำหลักฐานตัวจริงของใบเสร็จ ใบแจ้งหนี้ และใบแจ้งประมาณการค่าใช้จ่าย มาประกอบการเรียกร้องค่าสินไหมครั้งนี้

ส่งแบบฟอร์มเรียกร้องค่าสินไหมของท่านพร้อมกับใบเสร็จตัวจริงไปทางไปรษณีย์ โทรสาร หรือสแกนแล้วส่งไปทางอีเมล ถึง The Uni-Care Claims Service, P.O. Box 496, Wellington, New Zealand.

โทรฟรีในประเทศไทยแลนด์ : 0800 864 227 (0800 UNICARE) โทรฟรีในประเทศออสเตรเลีย : 1800 864 227 (1800 UNICARE)

โทรจากนอกประเทศไทยแลนด์และประเทศออสเตรเลีย : +64-4-381 8166 (เก็บเงินปลายทาง), โทรสาร +64-4-385 7865. Email: claims@crombie.co.nz