



YÊU CẦU THANH TOÁN UNI-CARE

HÃY VIẾT BẰNG TIẾNG ANH – Xin viết rõ ràng

Số kế ước của quý vị

Thông tin về người đứng tên kế ước:

Tên: Họ: Ngày sinh: / /
Điện thoại: Điện thoại di động: Email:

Tên người yêu cầu thanh toán (nếu không phải người chủ kế ước ở trên)

Tên: Họ: Ngày sinh: / /
Địa chỉ nhận tiền thanh toán:
Tên Nhà cung cấp Dịch vụ Giáo dục (nếu có):

Quý vị yêu cầu thanh toán theo phần nào của kế ước: Y tế Hành lý Phần khác

CÁC CHI PHÍ Y TẾ VÀ LIÊN QUAN (Phần 1 của Hợp đồng Kế ước)

Hãy miêu tả bệnh hay thương tật mà quý vị đang yêu cầu thanh toán và những điều trị mà quý vị đã nhận được:

.
.
.

Ngày khám y khoa. Chi phí Yêu cầu thanh toán \$ Trả cho Chủ kế ước Trả cho Nhà cung cấp Dịch vụ Y khoa

Khi nào là lúc vấn đề y khoa này được điều trị lần đầu? / / • Khi nào là lúc vấn đề y khoa này được điều trị lần cuối? / /
Nếu như yêu cầu thanh toán về nhân khoa xin ghi ngày khám lần đầu / / • Nếu như thanh toán cho việc thay đổi thị lực, xin hãy cho biết:
A: Đơn kê trước B: Đơn kê mới C: Thay đổi về số đo thị lực (đi-ốp):

HÀNH LÝ – TÀI SẢN CÁ NHÂN vv. (Phần 2 của Hợp đồng Kế ước)

Ngày bị Mất, Hỏng, hay bị Trộm: / / Quốc gia & Địa điểm nơi việc đó xảy ra:
Hãy miêu tả Tài sản**

Ngày Mua / / Từ. Chi phí \$ Chi phí Sửa hay Thay thế \$
Miêu tả việc gì đã xảy ra:

QUAN TRỌNG Nếu như mất mát là do bị trộm thì cảnh sát phải được báo và quý vị phải trình biên bản của cảnh sát.
** Xin cung cấp bằng chứng sở hữu cho tất cả mọi món đồ được yêu cầu thanh toán, như hóa đơn, tài liệu kỹ thuật, hoặc bản khai thẻ tín dụng.

CÁC LOẠI YÊU CẦU THANH TOÁN KHÁC (Phần 3-7 của Hợp đồng Kế ước)

Loại Yêu cầu Thanh toán: Ngày xảy ra vụ việc: / / Quốc gia & Địa điểm Chi phí Yêu cầu thanh toán: \$
Miêu tả điều gì đã xảy ra:

TUYÊN THỆ: Tôi/Chúng tôi tuyên thệ rằng:

- theo đúng hiểu biết của tôi/chúng tôi, tất cả mọi thông tin cung cấp trong bản đơn này đều chính xác về mọi phương diện.
- khoản tiền được yêu cầu thanh toán KHÔNG được trả bởi một kế ước bảo hiểm, một kế hoạch y tế hay sức khỏe nào khác.

ĐẠO LUẬT VỀ TÍNH RIÊNG TƯ: Tôi/Chúng tôi ủy quyền cho American Home Assurance hay các đại diện hay đại lý của công ty được thu thập thông tin cá nhân (bao gồm cả thông tin y tế) về tôi/chúng tôi từ bất kỳ nguồn nào và cung cấp thông tin đó cho bất kỳ ai nếu như được yêu cầu. Một bản sao của ủy quyền này sẽ được coi là có giá trị như bản gốc.

CHỮ KÝ: NGÀY: / /

Chúng tôi yêu cầu hóa đơn, chứng từ, và dự toán gốc được cung cấp để làm bằng cho yêu cầu thanh toán này.

Gửi qua bưu chính, fax hoặc scan và email yêu cầu thanh toán và các hóa đơn chứng từ gốc tới cho:

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

Ở trong New Zealand gọi điện miễn phí tới số: 0800 864 227 (0800 UNICARE); ở Australia xin gọi: 1800 864 227 (1800 UNICARE)

Ở ngoài New Zealand và Australia xin gọi: +64-4-381 8166 (người nhận trả tiền), hoặc gửi fax tới +64-4-385 7865. Email: claims@crombie.co.nz