

Uni-Care 保険金請求書



英語で明記してください

契約者情報:

名:	姓:
生年月日: 日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ)	契約証番号:
Email:	
電話:	携帯:
学校名 (該当する場合):	

請求支払先 (ニュージーランド国内の銀行口座の詳細をご記入ください)

口座名:

口座番号: - - -

銀行番号 支店番号 口座番号 末尾番号

注意: クレジットカード情報は記載しないでください

請求内容 (該当する項目についてご記入ください)

請求の種類 医療 手荷物 その他

• 医療費・関連経費 (保険約款第1章)

請求対象の病気やけがの内容と治療に関する詳細をご記入ください:

初診日: 日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ) 請求額: \$ 保険契約者へ支払う 医療機関へ支払う

最初の治療日 日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ) 最後の治療日 日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ)

視力に関するご請求の場合: ニュージーランドに到着した際、視覚補助具をお使いでしたか。 はい いいえ

• 手荷物・携行品 (保険約款第2章)

紛失・損害・盗難日: 日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ) 発生国・場所:

状況の説明:

該当品の説明 (必要に応じて別紙にご記入の上添付してください)

購入品の詳細:	購入先:	購入日:	購入価格:	修理・交換代金:	*購入を証明する書類を添付してください
1.		日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ)	\$	\$	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
2.		日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ)	\$	\$	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
3.		日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ)	\$	\$	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
4.		日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ)	\$	\$	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
5.		日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ)	\$	\$	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
6.		日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ)	\$	\$	<input type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

重要: 盗難や窃盗による携行品の紛失は、必ず警察へ通報し、その調書を添付してください。

*領収書や使用説明書、クレジットカード明細書など、請求品目の所有を証明するものをご提出ください。支払証明としてクレジットカード明細書を提出する場合は、安全のためクレジットカード番号を塗りつぶしてからご提出ください。

• その他 (保険約款第3〜7章)

請求内容: 発生日: 日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ)

発生国・場所: 請求額: \$

状況の説明:

請求者の宣誓同意

宣誓と同意

私(たち)は、本書の記載事項が詳細に至るまで事実と相違ないことを宣誓します。また、虚偽または不正ないかなる事柄についても、上記の請求に関する宣誓においてこれを述べた、あるいは述べる場合や、いかなる重要な事実についても、これを非公表、隠ぺいあるいは虚偽報告する場合は、本契約が無効となり、本契約下での過去および将来の請求金に関し全ての回収権が失われることに同意します。

さらなる同意

私(たち)は、QBE Insurance (Australia) Limited (オーストラリア会社登録: ABN 78 003 191 035) ("QBE")が本請求の支払に応じる場合、それにより本請求に関してQBEに対しさらなる賠償、請求、要求を求めないことに同意します。本請求の対象となる請求者の所有物は、かかる所有物に関し請求金が支払われた場合、それにより保険会社の所有となります。

プライバシー保護法

私(たち)は、QBEが本請求の承認決定に当たり本書の個人情報を必要とするということを承諾します。この個人情報はQBEにより保管されます。私(たち)は、プライバシー保護法に基づき、この個人情報の入手と訂正の権利を保持していると理解しています。私(たち)は、QBEに、その顧問、他の保険会社、再保険会社、その他の当事者に対するこの個人情報の開示を許可します。私(たち)はまた、QBEに、本請求に関連して他の当事者が保持する、私(たち)についての情報の取得を許可します。

医療従事者への許可

私(たち)は、診療に当たった病院、医師、その他の人物が、QBEまたはその代理人に対し、病気またはけが、病歴、診察、処方、治療に関する全ての情報と、全ての病院記録あるいは診療記録の写しを提出することを許可します。私(たち)は、この許可の写真複製が原本同様の効力を持つと見なされることに同意します。

私(たち)は、QBE Assistが、品質保証、従業員トレーニング、通話内容検証のために、本旅行保険契約に基づいたカスタマーサービスへの全ての通話を録音することに同意します。

署名:



日付:

日(2ケタ) / 月(2ケタ) / 年(4ケタ)

本書の送付方法

本請求書とともに、領収書、請求書、見積書など(コピー不可)をご提出ください。支払証明としてクレジットカード明細書を提出する場合は、安全のためクレジットカード番号を塗りつぶしてからご提出ください。

本請求書および添付書類を下記まで郵送、ファックス、スキャンのEメール添付によりお送りください。

 Uni-Care Claims Service, Crombie Lockwood (NZ) Limited, P.O. Box 496, Wellington, New Zealand. +64 4 385 7865 claims@crombie.co.nz