

Uni-Care 보험 청구 양식



영어로 또박 또박 작성해 주십시오.

보험 가입자 내역

이름: _____ 성: _____

생년월일: 일/월/년 _____ 보험 증권 번호: _____

이메일: _____

전화: _____ 휴대폰: _____

교육 기관 이름(해당될 경우): _____

보험금 수령 계좌(뉴질랜드 거래 은행 계좌의 내역을 기입해 주십시오)

계좌 소유자 이름: _____

계좌 번호: - - - **참고: 이곳에 신용 카드 번호를 기입하지 마십시오**

은행 번호 지점 번호 계좌 고유 번호 계좌 종류 번호

보험 청구 내역(해당되는 보험 청구 항목을 작성해 주십시오)

보험 청구 항목: 의료비 수하물 기타

• 의료비 및 관련 비용 (보험 약관의 섹션 1)

청구 대상 질병이나 상해, 그리고 치료 내역: _____

진료 일자: 일/월/년 청구 금액: \$ 보험 가입자 앞 지급 요망 의료 기관 앞 지급 요망

최초 진료일은? 일/월/년 최종 진료일은? 일/월/년

시력 교정을 위한 청구의 경우, 뉴질랜드에 처음 왔을 때 안경이나 콘택트 렌즈를 착용하고 계셨습니까? 예 아니요

• 수하물 - 개인 용품 등 (보험 약관의 섹션 2).

분실, 손상, 도난 일자: 일/월/년 발생 국가 및 위치: _____

사건 개요: _____

분실/손상/도난 당한 물품의 내역(필요 시 별지를 사용하십시오)

청구 대상 물품:	구입처:	구입일:	구입가격:	교체 가격:	* 소유권 입증 서류 첨부 여부
1.		일/월/년	\$	\$	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요
2.		일/월/년	\$	\$	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요
3.		일/월/년	\$	\$	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요
4.		일/월/년	\$	\$	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요
5.		일/월/년	\$	\$	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요
6.		일/월/년	\$	\$	<input type="radio"/> 예 <input type="radio"/> 아니요

중요: 손실이 도난, 절도로 인한 경우에는 반드시 경찰에 신고한 증빙서를 제출해야 합니다.

* 청구 대상 물품의 소유권을 입증하는 영수증, 설명서, 신용카드 명세서 등을 제출하십시오. 신용카드 명세서를 지불 입증 서류로 제출하는 경우에는 보안을 위해 신용카드 번호를 지우시기 바랍니다.

영어로 또박 또박 작성해 주십시오.

• 기타 비용 청구(보험약관의 섹션 3-7)

보험 청구 대상 사건은?	사건 발생 일자? 일/월/년
사건 발생 장소는?	청구 금액: \$
사건 개요:	

보험 청구인의 확인

확인

본인은 이 양식에 포함된 내용이 모든 면에서 사실이며 정확함을 엄숙히 확인하며, 만약 상기 언급한 보험청구와 관련하여 현재 또는 추후의 어떤 확인에서 허위 또는 부정확한 진술을 하거나, 어떤 형태로든 중요한 사실을 감추거나 은폐 또는 허위 진술을 할 경우에는 본인의 보험 증권이 무효가 되며, 이 보험 증권에 의한 과거 또는 미래의 보험청구에서 본인의 모든 권리가 상실됨에 동의합니다.

뿐만 아니라

호주 법인체인 QBE Insurance (Australia) Limited, ABN 78 003 191 035(이하 "QBE") 회사가 이 보험청구의 지불에 동의하면 본인(또는 우리)은 이 건과 관련해 QBE 회사에게 발생하는 어떠한 추가 책임이나 청구 또는 요구로부터 보험회사의 의무가 면제됨에 동의합니다. 이 보험청구의 대상이 되는 본인의 소유 물품은 관련된 보험청구가 완료됨과 동시에 보험 회사의 소유물이 됩니다.

개인비밀 보호법

본인은 QBE 회사가 이 보험청구의 승인 여부를 결정하기 전에 본인으로부터 개인 정보를 요구하는 것에 동의합니다. 이 개인 정보는 QBE 회사가 수집 및 보관합니다. 본인은 개인 정보 보호법에 의해 본인의 개인 정보를 열람 및 정정을 요구할 수 있음을 이해합니다. 본인은 QBE 회사가 이 정보를 그 회사의 자문인, 다른 보험회사, 재보험 회사 및 제 3자에게 공개하는 것을 승인합니다. 나아가 본인은 QBE 회사가 이 보험청구와 관련된다고 판단할 경우, 제 3자가 보유하고 있는 본인에 관한 정보를 수집하는 것을 승인합니다.

의료 기관

본인은 본인을 치료한 병원, 의사 또는 의료인이 QBE 회사 또는 그 대리인에게 본인의 질병, 부상, 의료 기록, 상담, 처방 또는 치료에 관한 정보는 물론, 병원기록이나 의료 기록의 모든 사본을 제공하는 것을 승인합니다. 본인은 이 승인서의 사본을 원본과 같은 효력을 가지는 문서로 인정합니다.

본인(또는 우리)은 QBE Assist가 여행 보험 관련 서비스를 제공할 때 주고 받았던 모든 통화 내용을 품질 보증, 훈련, 검증 목적을 위해 녹음하는 것에 동의합니다.


서명


일자


양식 발송

본 청구와 관련된 영수증, 청구서 및 견적서 등은 반드시 원본을 제출해야 합니다. 신용카드 명세서를 지불 입증 서류로 제출하는 경우에는 보안을 위해 신용카드 번호를 지우시기 바랍니다.

본 보험 청구와 관련된 증빙서 원본을 우편(팩스, 스캔 또는 이메일)으로 보내실 때 사용할 수신자 주소:

 Uni-Care Claims Service, Crombie Lockwood (NZ) Limited, P.O. Box 496, Wellington, New Zealand.

 +64 4 385 7865

 claims@crombie.co.nz