

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:

宣誓同意書

私(たち)は、以下を宣誓します。

1. 請求者が知る限り、本書の記載内容は事実と相違ありません。
2. 請求額は他社の保険契約や保健医療制度では保証されません。
3. 以下のプライバシーに関する同意事項を読み、内容を理解しました。

プライバシー保護法

請求者は、1993年プライバシー保護法に基づきChartis Insurance New Zealand Limitedの以下の行為に同意します。

1. 調査、評価、請求者またはその代理者による請求の支払を含む保険請求処理を目的とした、音声、写真、ビデオ監視機器によるものも含む個人情報の収集、保管、使用
2. 本請求の処理と報告書作成を目的とした、Chartis関連会社およびその従業員、被保険者、他の保険会社および再保険会社、警察機関および捜査当局、弁護士、査定人、以上各人の顧問および代理人、保険仲立人、保健代理人、仲介人、または従業員への個人情報の開示

情報の提供は自発的に行われるものとしませんが、当該情報の収集が行われない場合、請求の査定が出来ない場合があります。プライバシー保護法に基づき、被保険者は個人情報の取得と訂正を行う権利を保持します。上記の同意事項ならびにプライバシーに関する申立てについての詳細情報は、以下のメールアドレスまでご請求ください: privacy.officerNZ@chartisinsurance.com

注意: 本宣誓同意書は、正本と同様その写しも効力を持つものとしします。

私(たち)は、Chartisのカスタマーサービス業務提携会社Travel Guard™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き、カスタマーサービスへのすべ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