



FORMULIR KLAIM UNI-CARE

SILAKAN ISI DALAM BAHASA INGGRIS – Mohon ditulis dengan huruf cetak

No. polis anda

Informasi Pemegang Polis:

Nama Pribadi: Nama Keluarga/Fam: Tanggal Lahir: / /
 Telepon: Selular: Email:

Informasi pengaju klaim (apabila lain dengan yang tersebut di atas)

Nama Pribadi: Nama Keluarga/Fam: Tanggal Lahir: / /
 Alamat untuk pembayaran klaim:
 Lembaga Pendidikan (apabila berlaku)

Bagian polis yang meliputi klaim Anda: Medis Bagasi Lain-lain

ONGKOS MEDIS & PENGELUARAN BERSANGKUTAN (Bagian 1 Teks Polis)

Keterangan Penyakit atau Cedera yang diklaim, dan perawatan / pengobatan yang Anda terima:

.....

Tanggal Konsultasi Medis Jumlah Ongkos Yang Diklaim \$ Pembayaran Kepada Pemegang Polis Pembayaran Kepada Penyedia Perawatan

Kapan kondisi medis pertama diobati? / / • Kapan kondisi medis terakhir diobati? / /

Untuk klaim optikal, sebutkan tanggal konsultasi pertama / / • Untuk klaim berdasarkan perubahan indera mata, mohon informasi:

A: Resep lensa lama **B:** Resep lensa baru **C:** Perubahan dioptri:

BAGASI – BARANG MILIK PRIBADI dst (Bagian 2 Teks Polis)

Tanggal Kehilangan, Kerusakan atau Kecurian / / Negara & Tempat kejadian:
 Keterangan Barang**

Tanggal Pembelian / / Beli di Harga \$ Ongkos Perbaikan atau Penggantian \$

Keterangan kejadian:

PERHATIAN Apabila kehilangan disebabkan oleh pencurian atau kemalingan, polisi seharusnya diberitahu, dan salinan laporan polisi harus disertakan.
 **Harap menyertakan tanda bukti kepemilikan untuk semua barang yang diklaim, misalnya kuitansi, buku pedoman pemakaian atau lembar penagihan kartu kredit

KATEGORI KLAIM LAIN (Bagian 3-7 Teks Polis)

Kategori Klaim: Tanggal Kejadian: / / Negara & Tempat kejadian: Keterangan kejadian: \$

Keterangan kejadian:

PERNYATAAN: Saya/Kami menyatakan bahwa:

1. sejauh pengetahuan saya/kami, segala keterangan yang diberikan dalam surat klaim ini, adalah betul secara sepenuhnya.
2. ongkos yang diklaim TIDAK diliputi oleh polis asuransi maupun tanggungan kesehatan atau medis lain.

UNDANG-UNDANG PRIVASI: Bersama ini saya/kami memberi wewenang kepada American Home Assurance atau para wakil atau agennya, untuk memperoleh informasi pribadi mengenai diri saya/kami (termasuk informasi kesehatan), dari sumber/pihak apa saja, dan untuk memberikan informasi tersebut kepada pihak lain, sekiranya diperlukan. Sebuah fotokopi dari surat wewenang ini dianggap sama sahnyanya dengan surat wewenang asli.

TANDA TANGAN: TANGGAL: / /

Kami membutuhkan kuitansi, nota faktur dan perkiraan asli untuk mendukung klaim ini.

Surat klaim dan kuitansi asli dapat dikirim lewat pos, difax, atau discan dan dikirim lewat email kepada:
 The Uni-Care Claims Service, P.O. Box 496, Wellington, New Zealand. Telepon gratis di Selandia Baru 0800 864 227 (0800 UNICARE);
 di Australia: 1800 864 227 (1800 UNICARE). Di negeri lain dari Selandia Baru dan Australia telepon +64-4-381 8166
 (dibayar si penerima), Fax +64-4-385 7865. Email: claims@crombie.co.nz