



MODULO RICHIESTE RIMBORSO UNI-CARE

COMPILARE IN INGLESE scrivendo con chiarezza

Numero della polizza

Dettagli del titolare della polizza:

Nome: Cognome: Data di nascita: / /
Telefono: Cellulare: E-mail:

Dettagli del richiedente (se non è il titolare della polizza)

Nome: Cognome: Data di nascita: / /
Indirizzo per il pagamento del rimborso:
Nome dell'istituto scolastico/universitario (se pertinente):

Sezione della polizza riguardante il rimborso: Assicurazione sanitaria Bagaglio Altro

SPESE MEDICHE E COLLEGATE (Sezione 1 del testo della polizza)

Descrivere la malattia o l'infortunio alla origine della richiesta di rimborso e il trattamento ricevuto:
.....
.....
.....

Data del consulto medico Spesa effettuata \$ Da versare al titolare della polizza Da versare al fornitore di assistenza medica

A quando risale il primo trattamento del disturbo o infortunio? / /

A quando risale l'ultimo trattamento del disturbo o infortunio? / /

In caso di rimborso per spese oculistiche, indicare la data del primo consulto / /

Se il rimborso riguarda un cambiamento della vista, prego specificare:

A: Prescrizione precedente **B:** Nuova prescrizione **C:** Cambiamento delle diottrie:

BAGAGLIO – EFFETTI PERSONALI ecc (Sezione 2 del testo della polizza)

Data di smarrimento, danneggiamento o furto: / / Paese e località del fatto:

Descrizione del/degli oggetto/i**

Data di acquisto / / Da Costo \$ Costo per la riparazione o sostituzione \$

Descrizione dell'accaduto:
.....
.....

NOTA BENE Se la perdita è dovuta a furto o rapina, la polizia deve esserne stata informata e bisogna accludere un rapporto di polizia.

** Accludere prove del possesso di tutti gli oggetti contenuti nella richiesta, come ricevute, manuali o voci di acquisto nei rendiconti bancari.

ALTRE CATEGORIE DI RIMBORSO (Sezioni 3-7 del testo della polizza)

Categoria richiesta: Data dell'evento: / / Paese e località: Ammontare richiesto: \$

Descrizione dell'accaduto:
.....
.....

DICHIARAZIONE: Il/i sottoscritto/i dichiara/no quanto segue:

1. per quel che mi/ci consta, tutti i dettagli forniti in questo modulo sono veritieri sotto ogni aspetto.
2. l'ammontare della richiesta di rimborso NON è coperto da altra assicurazione o polizza sanitaria.

LEGGE SULLA PRIVACY: Con la presente dichiarazione si autorizza American Home Assurance e i suoi rappresentanti o agenti a ottenere informazioni personali (comprese quelle di tipo medico) sul/i sottoscritto/i da terzi e di rivelare tali informazioni a terzi ove richiesto. Una fotocopia di questa autorizzazione sarà da ritenersi altrettanto valida dell'originale.

FIRMA: DATA: / /

Le ricevute, le fatture e i preventivi a supporto della richiesta devono essere acclusi in originale.

Inviare via posta, fax o via e-mail dopo la scansione le richieste e le ricevute originali a:

The Uni-Care Claims Service, P.O. Box 496, Wellington, Nuova Zelanda.

Telefonata gratuita in Nuova Zelanda: 0800 864 227; in Australia: 1800 864 227. Se non ci si trova in Nuova Zelanda o in Australia, chiamare: +64-4-381 8166 (a carico del destinatario), Fax +64-4-385 7865. E-mail: claims@crombie.co.nz