



FORMULARIO DE RECLAMOS UNI-CARE

LLENAR EN INGLÉS – Tenga a bien hacerlo con letra clara

Su número de póliza

Datos del titular de la póliza

Nombre de pila: Apellido: Fecha de nacimiento: / /
Teléfono: Celular: Correo electrónico:

Datos de la persona que hace el reclamo (si no es el titular)

Nombre de pila: Apellido: Fecha de nacimiento: / /
Domicilio para el pago del reclamo:
Nombre de la institución educativa (si corresponde):

Sección de la póliza bajo la cual realiza el reclamo: Médica Equipaje Otra

GASTOS MÉDICOS Y RELACIONADOS (Sección 1 de la Póliza)

Describa la enfermedad o lesión por la cual realiza el reclamo y el tratamiento recibido:
.....
.....

Fecha de la consulta médica: Costo reclamado \$ Pagar al titular de la póliza Pagar al proveedor de asistencia médica

¿Cuándo se trató la afección médica por primera vez? / / • ¿Cuándo se trató la afección médica por última vez? / /

Si el reclamo es oftalmológico, suministre la fecha de la primera consulta / / • Si el reclamo es por un cambio en su visión, especifique:

A: Receta anterior **B:** Receta nueva **C:** Cambio en dioptrías:

EQUIPAJE – EFECTOS PERSONALES, etc. (Sección 2 de la Póliza)

Fecha de la pérdida, el daño o el hurto: / / País y lugar en el que ocurrió:
Describa el artículo**

Fecha de compra / / Comprado a Costo \$ Costo de la reparación o por la compra de un sustituto \$

Descripción de lo ocurrido:
.....
.....

IMPORTANTE: si la pérdida se debe a un hurto o a un robo de la casa, se debe haber denunciado a la policía y se debe suministrar un informe policial.

**Tenga a bien proporcionar pruebas de ser propietario de todos los bienes reclamados; por ej. recibos, manuales o estados de cuenta de tarjetas de crédito.

OTRAS CATEGORÍAS DE RECLAMO (Secciones 3 a 7 de la Póliza)

Categoría de reclamo: Fecha del episodio: / / País y lugar: Costo reclamado: \$

Descripción de lo ocurrido:
.....
.....

DECLARACIÓN: Declaro (declaramos) que:

1. a mi (nuestro) saber, toda la información suministrada en este formulario de reclamo es veraz desde todo punto de vista.
2. el monto reclamado NO está cubierto por otra póliza de seguro ni por otro esquema médico o de salud.

LEY DE PRIVACIDAD: Autorizo (autorizamos) a American Home Assurance o a sus agentes o representantes para que obtengan información personal (incluida información médica) sobre mí (nosotros) a partir de cualquier otra fuente y para que divulguen dicha información a otras partes en caso de que se solicite. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma efectividad y validez que el original.

FIRMA: FECHA: / /

Para apoyar este reclamo solicitamos que se suministren recibos, facturas y presupuestos originales.

Envíe sus reclamos y recibos originales por correo, fax o correo electrónico (una vez escaneados) a:
The Uni-Care Claims Service, P.O. Box 496, Wellington, Nueva Zelanda. Llame gratis en Nueva Zelanda al 0800 864 227 (0800 UNICARE), y en Australia al 1800 864 227 (1800 UNICARE). Fuera de Nueva Zelanda y Australia llame al +64-4-381 8166 (cobro revertido), fax +64-4-385 7865. Correo electrónico: claims@crombie.co.nz