



# UNI-CARE TALEP FORMU

## İNGİLİZCE DOLDURUNUZ – Lütfen okunaklı yazınız

Police numaranız .....

### Police Sahibi Ayrıntıları:

Adı: ..... Soyadı: ..... Doğum Tarihi: / /  
Telefon: ..... Cep: ..... E-posta: .....

### Talep eden kişinin ayrıntıları (yukarıdakinden farklı ise)

Adı: ..... Soyadı: ..... Doğum Tarihi: / /  
Talep ödemeleri için adres: .....  
Eğitim Kuruluşunun Adı (varsa): .....

Police'nin hangi bölümü kapsamında talepte bulunuyorsunuz:  Tıbbi  Bagaj  Diğer

### TIBBİ VE İLGİLİ MASRAFLAR (Police Metninde Bölüm 1)

Talep konusu Hastalık veya Yaralanmayı ve yapılan tedaviyi tarif ediniz: .....

Tıbbi Muayene Tarihi ..... Talep Edilen Masraf \$ .....  Police Sahibine Ödeme  Doktora Ödeme

Tıbbi rahatsızlık ilk ne zaman tedavi edildi? / / • Tıbbi rahatsızlık en son ne zaman tedavi edildi? / /

Optik talep durumunda ilk muayene tarihini yazınız / / • Talep görmedeki bir değişiklik içinse, lütfen belirtiniz:

A: Önceki reçete ..... B: Yeni reçete ..... C: Diyopter değişikliği: .....

### BAGAJ – KİŞİSEL EŞYALAR vb. (Police Metninde Bölüm 2)

Kayıp, Hasar veya Çalınma Tarihi: / / Olayın Ülke ve Yeri: .....

Malı Tarif ediniz\*\* .....

Satın alma Tarihi / / Satıcı ..... Fiyat \$ ..... Tamir veya Yenileme Masrafı \$ .....

Olayın tarifi: .....

**DİKKAT Kayıp soygun veya hırsızlıktan dolayı ise polise bildirilmesi gerekirdi ve polis raporu sunulmalıdır.**

\*\* Lütfen talep edilen her eşya için mülkiyeti kanıtlamak üzere makbuz, kullanma kılavuzu veya kredi kartı ekstresi gibi evrak sununuz.

### DİĞER TALEP KATEGORİLERİ (Police Metninde Bölüm 3-7)

Talep Kategorisi ..... Olay Tarihi: / / Ülke ve Yer: ..... Talep edilen Fiyat: \$ .....

Olayın tarifi: .....

BEYAN: İşburada beyan ederim(ederiz) ki:

1. bildiğim(iz) kadarıyla, bu talep formunda sağlanan tüm bilgiler her yönüyle doğrudur.
2. talep edilen meblağ başka bir sigorta, sağlık veya tıbbi plan kapsamında DEĞİLDİR.

GİZLİLİK YASASI: Ben/Biz American Home Assurance firması veya temsilci veya acentalarının başkalarından benim/bizim hakkım(ız)da (tıbbi bilgiler dahil olmak üzere) kişisel bilgi toplamasına ve bu bilgiyi istendiğinde başkalarına vermesine izin veriyorum/veriyoruz. Bu iznin fotokopisi de aslı gibi geçerli olacaktır.

İMZA: ..... TARİH: / /

**Bu talebi desteklemek üzere orijinal makbuz, fatura ve masraf tahminleri sunulmalıdır.**

Taleplerinizi ve orijinal makbuzları aşağıdaki adres veya numaralara postalayın, fakslayın veya taradıktan sonra e-posta ekinde yollayınız:

The Uni-Care Claims Service, P.O. Box 496, Wellington, New Zealand.

Ücretsiz telefon, Yeni Zelanda'da: 0800 864 227 (0800 UNICARE); Avustralya'da: 1800 864 227 (1800 UNICARE)

Yeni Zelanda ve Avustralya'nın dışından telefon: +64-4-381 8166 (ödemeli), Faks: +64-4-385 7865. E-posta: claims@crombie.co.nz