



UNI-CARE 保険金請求書

保険証番号 (Policy No) /
 保険契約者：
 Mr. / Ms. 名(英語)：..... 姓(英語)：..... 生年月日： / /
 電話：..... 携帯：..... Email：.....

請求者 (上記と異なる場合)：
 名：..... 姓：..... 生年月日： / /
※日本の場合は全てカタカナで記入
 送金先銀行名：..... 支店名名 支店住所
 口座番号..... SWIFT CODE (銀行でお尋ね下さい)
 ご本人の住所：.....

ご請求内容： 医療 携行品 その他
■ 医療費、関連経費 (保険約款第1章)
 請求対象の怪我や病気の内容と治療に関する詳細 **注) 十分なスペースがない場合は、別紙A4に記入**

問診日 / / 請求額 \$ 保険契約者へ支払う医療機関へ支払う
 初診日 / / 最終治療日 / /
 覚矯正 / 検眼の初診日 / / 視覚矯正器具の変更：
 A: 前回検査での視力 B: 現在の視力 C: ジオプトリの変更：

■ 携行品 (保険約款第2章) 注) 十分なスペースがない場合は、別紙のA4に記入
 紛失 / 損害 / 盗難の日付 / / 発生日 / 発生場所：
 該当品の説明**

購入日 / / 購入先 購入価格 (支払貨幣で)
 修理 / 交換代金 \$
 請求理由 (経緯を詳しく説明)

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。

■ その他 (保険約款第3-7章)
 請求内容：..... 発生日： / / 発生日 / 発生場所：..... 請求額： \$
 請求理由：.....

以下を申告します。
 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補償されません。
 プライバシー保護法：請求者は、American Home Assurance あるいはその代理人、または代理店が治療内容などの個人情報を第三者から入手し、必要に応じて第三者に開示することに同意します。尚、本同意書の写しも原本と同様に有効であると認めます。

署名：..... 日付： / /

本請求書と共に領収書、請求書、見積書などをご提出ください。

本請求書および添付書類を下記ウイングオセアニアまでお送りください (郵送、ファックス、またはスキャンのメール可)。

Wing Oceania Ltd, P O Box 4527, Auckland 1140, New Zealand

Fax +64 (9) 377 3172 Email: info@wing-oceania.co.nz