



郵送先住所：

Wing Oceania Ltd

PO Box 4527, Auckland 1140, New Zealand

保険契約者の詳細

Mr Mrs Miss いずれかにチェックを入れてください

お名前 姓(英語)

名(英語)

生年月日

Email アドレス

電話番号

携帯電話番号

保険証番号(Policy Number)

※ ザンクロス・ワールドワイドアシスタンスへ既にクレームについて連絡しましたか? はい いいえ

クレーム返金のお支払い先

1. ニュージーランド国内の住所へ小切手を郵送する

郵送先住所

OR

2. ご本人の銀行口座へ振り込み送金する (NZ 国外への送金は、銀行手数料\$15.00 が返金額から差し引かれ、更にご利用の受け取り銀行で海外送金取り手数料が課せられます。)

注) 全て英語、日本へはカタカナで記入してください

銀行名

SWIFT CODE (銀行でお尋ね下さい)

支店名

支店住所

口座名義

口座番号

ご本人の住所

連絡先電話番号

宣言

1. 関連する全ての情報を提供し、十分注意を払い記入しました。
2. 質問への回答を含む全ての情報は、正確、完全、事実であり紛らわしていません。
3. クレームは、直接的、間接的にも過去に生じた病状からのものではありません。(私達により了承されたもの以外)
4. クレーム請求額は、他から返金された支給金額を差し引いた額です。
5. クレーム請求額には、他の保険会社、健康医療制度、無料健康ケア及び治療からの支給額が含まれていません。

署名 _____ 日付 _____ 年 _____ 月 _____ 日

