

使用授权、隐私披露和索赔信息

如果您希望授权Seven Corners与您指定人员讨论受保护健康信息，请填写此表格。

帮助热线：
800-335-0611 (免费)
或 317-575-2652 (全球)
或 317-818-2809 (付费)

电子邮箱

claims@sevencorners.com
(电子邮件附件不能大于10MB。)

传真

317-575-2256

受保险人姓名

出生日期

证书编号

证书编号（如果您希望本授权书适用于您投保的所有证书，请填写“全部”）您的证书编号将显示在您的证件上。如果您找不到证书编号，请致电Seven Corners。

您授权Seven Corners讨论受保护健康信息的人员姓名

与受保险人的关系

可选：

- 被指定人员可以更正或更改我所投保的保单。

生效日期：本授权自Seven Corners收到之日起生效。

失效日期：

(如果未提供失效日期，本授权将在签字日期后一年内失效。)

您的记录是保密信息，除非法律允许，否则未经您的书面授权不得披露。如果您授权Seven Corners披露信息，该信息可能会被接收信息之个人或实体再次披露，而不再受联邦隐私法保护。您在下面签字确认，表示您同意上述个人健康信息和其他隐私信息 露和使用条款。

年满18周岁或以上人员签字*

日期

*如果您是年满18周岁或以上人员的法定代表，请在此签名并附上代表人员的相关证明。

*如果您是年满18周岁或以上人员的法定代表，请在此签名并附上代表人员的相关证明。

日期

印刷体姓名

关系