

# 개인 정보 보호 및 청구 정보의 사용과 공개 승인

만약 귀하께서 Seven Corners가 보호된 건강 정보를 귀하의 지정인과 논의하기를 승인 하신다면 이 형식을 완료하십시오.

도움이 필요할 시:

800-335-0611 (수신자 부담)

ou 317-575-2652 (국외 포함)

ou 317-818-2809 (국외 포함 수신자 부담)

이메일 :

claims@sevencorners.com

(이메일 10MB 이상 첨부 불가)

팩스 :

317-575-2256

피보험자 성명

생년월일

증명서 번호

증명서 번호 > 귀하의 보험 번호는 귀하의 신분증에 기입되어 있습니다. 만약 증명서 번호를 찾지 못할 시, Seven Corners에 연락 해주십시오. (만약 귀하께서 승인을 위하여 보험 계약 아래 모든 증명서 발급을 원 하신다면 빈칸에 "ALL"을 기입하십시오.)

귀하의 보호된 건강 정보에 논할 수 있도록 승인한 지정인 성명

피보험자와의 관계

선택 사항:

- 선택 시, 보험 되신 정책 아래 지정인 변경 가능합니다.

**유효 기간:** 이 승인은 Seven Corners 으로부터 받은 날짜까지 유효합니다.

**만료 날짜:**

(만약 만료 날짜가 제공되지 않았을 시, 이 승인은 서명한 날짜로부터 1년 뒤에 자동 만료 됩니다.)

귀하의 기록은 기밀 사항이며 귀하의 승인 없이 공개될 수 없습니다 (단, 법적으로 허용 될 시 제외). 만약 귀하가 Seven Corners 에게 공개를 승인 하신다면, 이 정보는 수신하는 대상 또는 법인에 의해 재 공개 될 수 있으며 더 이상 연방 개인 보호 규정으로 보호 될 수 없습니다. 귀하의 서명은 개인 건강 정보와 다른 개인 정보를 위해 위 기입된 사항의 공개 및 사용을 허용 함을 증명합니다.

**만 18세 이상 가입자의 서명 \***

**날짜**

\*만약 귀하께서 18세 이상 가입자의 법정 대리인일 경우, 이 가입란에 서명 후 대리인 증명서를 제출 하십시오.

**만 18세 미만의 경우 부모님 및 보호자의 서명**

**날짜**

**성명**

**관계**