

Llamar para asistencia:
800-335-0611 (llamada gratuita)
o 317-575-2652 (llamada mundial)
o 317-818-2809 (llamada por cobrar)

Formulario de Reclamación de Gastos Médicos

Consejos Útiles

- Si no tiene otro seguro, envíe sus facturas médicas que incluyan la fecha del servicio, el monto facturado, el tipo de servicio y el diagnóstico. **Aquí hay una guía para ayudarlo a verificar que tiene los documentos de respaldo correctos.** »
- Si tiene otro seguro, necesitamos la declaración final de la compañía de su otro seguro que enumera el pago o la denegación de su reclamo con ellos (Explicación de beneficios o "EOB").
- Proporcione comprobante de su pago por el tratamiento médico recibido (un estado de cuenta de la tarjeta de crédito o si pago en efectivo cash un recibo del proveedor de servicios que muestre que pagó los cargos).
- En la mayoría de los casos, se requiere una copia del pasaporte que incluya sellos de entrada / salida / visa.
- Complete todas las secciones de manera legible y completa. Si una pregunta no se aplica a usted, por favor indique "n/a".
- Envíe este formulario firmado y cualquier documento adjunto a Seven Corners dentro de 90 días a partir de la fecha de servicio utilizando cualquiera de los métodos enumerados a la derecha.

Subir Documentos

Inicie sesión en su cuenta y cargue sus documentos sevendcorners.com/login

Fax

317-575-2256

Correo Electronico

claims@sevendcorners.com

(los archivos adjuntos de correo electrónico no pueden tener más de 25 MB.)

El suministro de este formulario, o su recepción por parte de la Compañía, no debe interpretarse como una admisión de ninguna responsabilidad sobre la Compañía, ni una renuncia a ninguna de las condiciones del contrato de seguro. Cualquier persona que intencionalmente y/o con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros u otra persona presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa, puede ser culpable de fraude y estar sujeta a recibir sanciones penales y civiles.

Información de Cobertura - Esta información se puede encontrar en su tarjeta de identificación de seguro (I.D. Card)

1 Compañía de Seguro	2 Nombre del grupo/poliza	3 Numero de Póliza/certificado
----------------------	---------------------------	--------------------------------

Información de Asegurado Principal

4 Nombre del Asegurado Principal (La persona nombrada primero en la póliza)	5 Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	6 Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
7 Numero de telefono preferido	8 Numero de Fax	
8 Metodo de Contacto Preferido: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> Numero de Telefono		

Información del Reclamante / Paciente Igual que al Asegurado Principal

9 Nombre del reclamante/paciente (persona que sufrió enfermedad o lesión).	10 Fecha de Nacimiento MM/DD/AAAA	11 Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
--	-----------------------------------	---

Dirección Permanente de Asegurado Principal

12 Domicilio Permanente		
13 Ciudad	14 Estado/Provincia/Region	15 Codigo Postal
16 Numero de Telefono	17 Correo Electronico	
18 Si corresponde, indique la fecha programada para regresar al país de origen. MM/DD/AAAA		

Dirección actual del asegurado principal Igual que a Dirección Permanente

19 Dirección Actual		
Ciudad	21 Estado/Provincia/Region	22 Código Postal
23 Número de Teléfono	24 Correo Electrónico	
25 Si corresponde, fecha de llegada a EE. UU. MM/DD/AAAA		

26 Gastos médicos del reclamante / paciente

Proporcionar un comprobante de pago por el tratamiento médico recibido (estado de cuenta de la tarjeta de crédito o, si pagó en efectivo, un recibo del proveedor médico que muestre los cargos que pagó).

Proveedor	Fecha de Servicio	Amount charged	Cantidad Pagada (si es aplicable)

Información médica del reclamante / paciente

27 Si está lesionado, proporcione detalles, como cómo, cuándo y dónde ocurrió la lesión..		
28 Nombre de Reclamante/Paciente <input type="checkbox"/> Igual que Asegurado Principal	29 Número de póliza / certificado	
30 En caso de enfermedad, indique cuándo y dónde aparecieron los primeros síntomas y la naturaleza de la enfermedad.		
31 Nombre de los médicos consultantes o tratantes		
32 Dirección del médico		
33 Ciudad	34 Estado/Provincia/Region	35 Código Postal
36a ¿Alguna vez ha sido tratado por esta enfermedad antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	36b En caso afirmativo, ¿cuándo fue tratado? MM/DD/AAAA	
37 Nombre de su médico de atención primaria en su país de origen.		
38 Dirección postal de su médico de atención primaria en su país de origen.		
39 Ciudad	40 Estado/Provincia/Region	41 Código Postal

3gfaql SUjò` bScđ`S6[hgYSUjò` VW` Xad` SUjò` ? éV[US, 6VWVW5a_ bVWSV badVWVW_S` fW BSUjWfW

BScđ bcaUWđSdg` dWV` a VWTWVWUjaf Sgfaql a S UjS`cg[Vd_ éV[La Zaeb[FS`g afca bdahVWVad_ éV[La SV[hgYSdS^3V_ [fcdVadVWVWV` aeVWVWgde VWEVWV 5ad Vdđ a eg dVdVWV` fWUjS`cg[Vd] Xad` SUjò` dVUj`a` SVS`Ua` _ [Z[efadS^` éV[La e` fa_ Sel fcdS_ [W fal dVg`fSVaeVWVj`a_ WVđ a V[SY` òef[LaZG` S XafaLab[S VWWV`S Sgfaql SUjò` eVLa` e[VWVđ`fS` VWWV[hSk há[VSV`La_ a Wad[Y]` Sž7efS Sgfaql SUjò` eVLa` e[VWVđ`h`á[VSV` _ [W fcdSe Vgd/WV dWV`_ af bVđ` a VjUWVWV` VWaeSnaek` VW[a S bScđ[dVWV`XVZS VVW[d_ Sž7` fWVa cgWVWYa VVWVza S dVWV[dg` S Lab[S VWWV`S Sgfaql SUjò` ž	
42 8VZS MM/DD/3333	43 8[d_ SVWVbVđ` S`cgWegX[fa`g` SW`XVd_ WSV`a` Vđjò` a dVdVWV`fS` fWVWV`^` W fWV`Sgfaql SVA

6WVScđUjò` VW? éV[La, 6VWVW5a_ bVWSVa G` [US_ WfVbadW? éV[La

44 @a_ TdWVW6aUfad	44 @g_ Vđ VWFVWV` a VWa AX[U]` S	45 @g_ Vđ VWBSj	
46 6[dVUjò` baefS^VWSaX[U]` S	47 5jgVSV	48 7efSVa/Provinc[S/Region	49 5aV[Ya BaefS^
50 @a_ TdWVWBSUjWfW	51 8VZS VW@SU_ [W fa MM/DD/3333		
52 6[SY` òef[La cgVdVg`fò W US` UMSUjò` ! [fVtjbUjò` VVh[S`W			
53 8VZS W cgVdVbScđVWV` `aebd_ Vđ`eef` fa_ Sea a Ujdtjò` WVSUjWVW fW MM/DD/AAAA	54 8VZS VWfcdS_ [W fa MM/DD/YYYY: 6W 3:		
55a` 7`bSUjW fWgWfcdSfVa badS`Yg[W _` ae1 E[<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No	55b` 7` USea SX[d_ Sf[hal` `cg[é` `a SFWV[a1	55c` 7` USea SX[d_ Sf[hal` Ujg` Va1 MM/DD/YYYY	
56a` `EWMbcaZ[T]ò h[S`SdS`bSUjW fWVW[Va S Vđ`S E[<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No W`XVd_ WSV! Vđjò` 1	56b` E[`S dVbgVđ`S Vđ`Eđ[UjgkS `Se`XVZ`SeW `SecgVWVbSUjW fWVW`fgha [USbSUjWfVa bScđ h[S`Sd66!`? ? !3333. 6W 3:		
57 Fecha de finalización MM/DD/YYYY	58 Firma del médico		

Otra Cobertura de Seguro Médico

59a` ¿Tiene algun otro seguro de viaje o seguro fuera del país a través de su empleado de su conyuge, plan de jubilacion o tarjeta de credito? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	59b` En caso afirmativo, indique el nombre de la compañía de seguros		
60 Dirección	61 Ciudad	62 Estado/Provincia/Region	63 Codigo Postal
64 Numero de Poliza	65 Numero de Telefono		

Recetas Medicas del Reclamante/Paciente

66 Enumere los medicamentos recetados que está tomando o tomó durante los últimos 6 meses que <i>no</i> estén relacionados con su lesión o enfermedad.	67 Enumere los medicamentos recetados para su lesión o enfermedad.
--	--

IMPORTANTE: FIRMAR Y FECHAR A CONTINUACIÓN. DEVUELVA LAS PÁGINAS 1, 2, 3, Y 5 DE ESTE FORMULARIO. EL NO HACERLO PUEDE RETRASAR / OBSTACULAR EL PROCESAMIENTO DE SU RECLAMO.

AUTORIZO a cualquier compañía de seguros, médico, hospital y otros proveedores de atención médica, cualquier organización o agencia de viajes, aerolínea, agencia de alquiler, hotel, motel o entidad similar que brinde alojamiento en régimen de alquiler o arrendamiento o cualquier otra persona que pueda tener conocimiento sobre este reclamo, para divulgar cualquier información solicitada con respecto a este reclamo y la pérdida reportada.

ENTIENDO que la información obtenida mediante el uso de la autorización será utilizada por Seven Corners para determinar la elegibilidad para los beneficios de este plan. Seven Corners no divulgará la información obtenida a ninguna persona u organización, EXCEPTO a las compañías de reaseguro, u otras personas u organizaciones que realicen servicios comerciales o legales en relación con mi reclamo, o según se requiera legalmente o según yo autorice.

SÉ que puedo solicitar recibir una copia de la Autorización. ACEPTO que una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como el original. ACEPTO que esta Autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se muestra a continuación. ENTIENDO que es ilegal presentar a sabiendas una reclamación falsa o fraudulenta o ayudar a otra persona a presentar una. He leído y entiendo los Avisos de fraude en la página 5 de este documento.

NUEVA YORK: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, o que oculte con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

Firma del Asegurado

Nombre Impreso

Fecha

Formulario de Autorización de Pago

- Para evitar demoras en el manejo de reclamaciones, asegúrese de firmar este formulario.
- El nombre en "Información de Contacto" debe coincidir con el nombre en la cuenta bancaria.
- Las cuentas conjuntas requieren todos los nombres.

Información de Contacto

Nombre Titular de la cuenta(s)	Número de teléfono		
Correo electrónico	Autorizo a Seven Corners, Inc. a contactarme usando la dirección de correo electrónico que proporcioné en este formulario para analizar y/o informarme sobre la confirmación del pago. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Dirección (No se aceptan P.O. Boxes)	Ciudad	Estado/Provincia/Región	Código postal

1 Tipo de Pago

Método de pago:
<input type="checkbox"/> Cheque (se enviará a la dirección en Información de Contacto) <input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica Internacional – completar la seccion 3
<input type="checkbox"/> ACH/EFT: US \$ Canada \$, Euros y Libras – completar las seccion 2

2 Información de la Cuenta en U.S.A.

Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cheques <input type="checkbox"/> Ahorros	Nombre Completo del Banco		
Dirección completa del Banco	Ciudad	Estado/Provincia/Región	Código postal
Numero ABA	Número de Cuenta	SWIFT BIC	

3 Información de la Cuenta Internacional No Estadounidense – Complete para el Pago Mediante Transferencia Bancaria Fuera de los EE. UU.

Nombre completo del Banco			
Dirección	Ciudad	Estado/Provincia/Región	Código postal
Número de cuenta	Número de ruta (BLZ, BSB, TRNO, código de sucursal, etc.)		
IBAN	SWIFT BIC	Moneda a ser reembolsada de su preferencia	

INFORMACIÓN REGLAMENTARIA

Número de teléfono del Banco	Número de identificación
Circule el tipo: <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> NIT <input type="checkbox"/> RIF <input type="checkbox"/> CPF <input type="checkbox"/> CNPJ <input type="checkbox"/> RUT <input type="checkbox"/> CUIT <input type="checkbox"/> OTRO	

Autorizo a Seven Corners, Inc. (en adelante, la Compañía) a enviar los pagos a la dirección mencionada anteriormente y depositar los montos adeudados por el reembolso de los gastos médicos o servicios prestados iniciando las entradas de crédito en mi cuenta en la institución financiera (en este documento BANCO) indicado arriba. Además, autorizo al BANCO a aceptar y acreditar cualquier entrada de crédito indicada por la Compañía a mi cuenta. En el caso de que la Compañía deposite fondos erróneamente en mi cuenta (por ejemplo, no tenga derecho a los fondos o la cantidad del depósito es incorrecta o dichos fondos se depositen en la cuenta incorrecta), autorizo a la Compañía a debitar o acreditar mi cuenta en la cantidad necesaria para corregir el depósito inicial, pero en ningún caso, ningún débito excederá el monto del depósito inicial. Además, estoy de acuerdo en que la Compañía no es responsable de ninguna tarifa de transacción cobrada y libero a Seven Corners de cualquier responsabilidad en caso de pérdida o robo de cualquier pago.

Firma del titular de la cuenta	Fecha
--------------------------------	-------

DECLARACIONES DE FRAUDE - Para residentes de todos los estados que no sean los que se enumeran a continuación:

Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

ARIZONA: Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida está sujeto a sanciones penales y civiles.

ALASKA: : Una persona que con conocimiento y con intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

CALIFORNIA: Para su protección, la ley de California requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en una prisión estatal.

COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar estafar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguro o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un tenedor de la póliza o demandante con el propósito de defraudar o intentar estafar al tenedor de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o laudo pagadero de los ingresos del seguro se informará a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

ADVERTENCIA DE FLORIDA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

formación falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

IDAHO: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

KANSAS: Cualquier persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro puede ser culpable de fraude de seguro según lo determine un tribunal de justicia y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión. .

KENTUCKY: Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte, con el propósito de inducir a error, información relacionada con cualquier material de hecho comete un acto fraudulento, el cual es un crimen.

MARYLAND: Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas o deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

NEW HAMPSHIRE: Toda persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a alguna compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa, está sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguros, según lo dispuesto en la sección 638:20.

NEW JERSEY: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

NEW MEXICO y PENNSYLVANIA: Toda persona que a sabiendas y con la intención de estafar a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa u oculte con el propósito de engañar, la información relacionada con cualquier material de

hecho comete una acción fraudulenta, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles

OHIO: Cualquier persona que, con la intención de estafar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un

reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude.

OKLAHOMA: Cualquier persona que, a sabiendas, y con intención de dañar, estafar o engañar a cualquier asegurador, haga cualquier reclamo por el

producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

TENNESSEE: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de

defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

TEXAS: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en una prisión estatal.

VIRGINIA: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

NO NECESITA DEVOLVER ESTA PÁGINA