

受傷與疾病索賠申請表

此表格必須使用英文填寫

Seven Corners, Inc.

PO Box 211760

Eagan, MN 55121

800-335-0477 or 317-575-2656 Fax: 317-575-2256

Email: customerservice@sevencorners.com



請將索賠申請表和收據在醫療服務90天內遞交。

說明：

1. 本表格必須由受保人填妥,本公司才會考慮支付醫療費用的報銷。
2. 請分條列述受傷/疾病的原因與經過,及包括索賠人姓名和患者姓名。
3. 描述每張醫療費用的收據。
4. 本表格必須簽署和有簽署日期,在適用部分時,必需有兩個簽署。
5. 本表格及所有提供的單據必須填妥及遞交到上述地址。
6. 如果報銷的國家是非洲,請填妥第3頁。

本表格不能釋作任何責任險或保險合同之附加事項。任何人若有意或試圖詐騙或欺詐保險公司,而提交包含有關受傷與疾病或其他保險範圍的虛假,不完整或誤導性資料,則觸犯詐騙保險條例和觸犯刑事、民事罪行。

保單資料

| | | |
|---------------------|---------------------|------|
| 保險公司 | 團體/計劃名稱 | 保單編號 |
| 生效日期 ____/____/____ | 失效日期 ____/____/____ | |

受保人

申請賠償人資料

| | |
|---|---|
| 患者姓名 | 申請賠償人姓名 |
| 出生日期(月/日/年) ____/____/____ 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 | 出生日期(月/日/年) ____/____/____ 性別 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 |

現時居住地址

永久地址

| | |
|-----------------------------|------------------------------|
| 現時居住地址 | 永久地址 |
| 日間電話 () _____ | 電子郵件地址 |
| 來美國日期(月/日/年) ____/____/____ | 回歸祖國日期(月/日/年) ____/____/____ |

醫療資料

| |
|-----------------|
| 受傷發生之日期,地方及詳細經過 |
| 病症發生之日期,症狀及部位 |

| | |
|--|-----------|
| 医生姓名及地址 | |
| 您以前有否此症状和被治愈过？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 若[是], 何时; |
| 祖国主诊医生姓名及地址 | |
| 请提供现在服用之药品 | |
| 列出其他受保之医疗保险公司名称,地址及保单编号 | |

本人茲授权任何医院,医疗保健机构,醫師,医務人員,药制師,其他医疗专业,保險公司之付屬机构,政府机构,团体投保人,保險公司,协会,僱主,协会主办机构提供SevenCorners任何有關對病者之死亡,受伤,疾病,或损失索賠之医院、医疗记录,医疗史,处方或治疗资料的咨询。包括有关精神疾病,药物和酒精的使用以确定權益付款资格。本人授权团体投保人,僱主,协会主办机构提供SevenCorners财务和就业有关的资料 and 文件。本人並同意提供SevenCorners要求的医疗记录及其它记录以处理索賠過程。我明白如未能提供要求的文件會导致索賠的否定。我明白如上述之机构未能提供要求的文件亦可导致索賠的否定。我明白遺漏任何要求的资料如有虛假陈述會导致索賠的否定。我並且明白第一页列出的詐騙保險條例。我在此证明上述提供的资料是正确属实。

 受保病人或家長(若為未成年人)署名

 日期 (月/日/年)



索赔信函/付款说明

投保人资料

| | |
|-------|--------|
| 投保人姓名 | 保单编号 |
| 患者姓名 | 电子邮件地址 |

联络资料

| | |
|--|--|
| 美国联络 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 | 美国以外联络 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 美国电话 | 美国以外电话 |
| 美国地址 | 美国以外地址 |

付款方法

| |
|--|
| 付款地址 |
| 美国地址： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 美国以外地址： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 美国银行帐户*： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (如是, 请提供下列银行资料) |

银行资料

| | |
|------------------------|----------------------------------|
| 银行名称 | |
| 银行地址 | 银行电话号码 |
| 银行帐号 | 支票帐户, 储蓄帐户或其他 |
| 帐户人的姓名 (银行对账单的确切帐户人姓名) | IBAN号码或Swift号码, 如要求电汇, 必需填写此号码** |
| 此帐户的银行货币 | |

* 支票不能发送到美国以外的银行

** 电匯到美国以外的银行金額須在\$50美元以上

特此声明

我特此授权并要求SevenCorners邮寄信函或付款到上列地址。我並同意释放任何丢失或被盗的信函或付款的责任。

投保人签署

日期(月/日/年)

被保险人的方便选择

我还同意让SevenCorners將權益說明表格(EOB), 索赔信函副本和其他有關受保人之保密资料以电子邮件方式發送到以下电子邮件地址。

投保人签署

日期(月/日/年)