

DECLARATION – Maladie / Accident

Seven Corners, Inc.

303 Congressional Blvd.

Carmel, IN 46032 USA

(800)335-0477 ou 317-575-2656 | Fax: 317-575-2256

* les documents scannés sont acceptés par email à claims@sevencorners.com



Pour être prise en considération, cette déclaration ainsi que les reçus de frais médicaux doivent être soumis sous 90 jours à partir de la date de service!

(Instructions) le formulaire de Déclaration doit être :

1. Imprimé et Envoyé à l'adresse mentionnée ci-dessus ou Imprimé et Faxé au (317) 575-2256 – Attention : Claims Department.
2. Dûment complété par l'assuré afin d'être pris en considération.
3. Signé et Daté dans les sections spécifiées. La plupart du temps 2 signatures sont requises.
4. Accompagné des factures entièrement détaillées, incluant le nom du Déclarant, la nature de la maladie/blessure.
5. Accompagné dans certains cas, d'une copie du passeport incluant le visa ou timbre d'entrée/sortie.
6. Si vous préférez un remboursement à l'extérieur des Etats-Unis, complétez la page 4.

Le fait que ce formulaire soit soumis et qu'il soit reçu par la compagnie, ne doit en aucun cas être considéré comme une prise de responsabilité de la part de notre compagnie, ni comme une renonciation aux conditions du contrat d'assurance. Toute personne qui en connaissance de cause et/ou avec pour objectif de causer tort, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance ou d'autres parties, remplit une déclaration en indiquant des informations fausses ou trompeuses, sera coupable de fraude à assurance et sera sujette à des pénalités criminelles et civiles importantes.

Détails de la police d'assurance

Compagnie d'Assurance :	Nom du Groupe / Plan :	Police / Numéro de Certificat :
Date Effective de Couverture (mois/jour/année) ____/____/____	Date de Fin de Couverture (mois/jour/année) ____/____/____	

Détails de l'assuré(e)

Détails du Déclarant

Nom de l'Assuré(e) (nom de famille, prénom(s))	Nom du/de la Déclarant(e) (nom de famille, prénom(s))
Date de Naissance : ____/____/____ (mois/jour/année)	Date de Naissance : ____/____/____ (mois/jour/année)
Sexe : ____ M ____ F	Sexe : ____ M ____ F

Adresse Actuelle

Adresse Permanente

Adresse Résidentielle (Ville, Etat, Code postal, Pays):	Adresse Permanente dans le pays d'origine (Ville, Etat, Code postal, Pays):
Numéro de Téléphone : (inclure indicatif ou code pays)	Adresse email:
Si applicable, date d'arrivée aux USA : ____/____/____ (mois/jour/année) ou ____ Non Applicable	Si applicable, Date de retour au pays d'origine : ____/____/____ (mois/jour/année) ou ____ Non Applicable

Renseignements médicaux

S'il s'agit d'une blessure, veuillez indiquer les détails et indiquer comment et quand cela est arrivé :

Nom du Déclarant(e) (<i>nom de famille, prénom(s)</i>)	Police / Numéro de Certificat :
--	---------------------------------

S'il s'agit d'une maladie, veuillez indiquer quand et où les premiers symptômes sont apparus :

Nom et adresse du(des) médecin(s) de consultation ou médecin(s) traitant:

Avez-vous déjà été traité(e) pour cette maladie ? ____Oui ____ Non	Si oui, quand?
--	----------------

Indiquez le nom et adresse de votre médecin de famille ou du médecin traitant dans votre pays d'origine :

Indiquez si autres couvertures d'assurance médicales via employeur privé ou public. Inclure le nom, l'adresse, le numéro de police et le numéro de certificat de l'assureur :

Veuillez indiquer le nom des médicaments prescrits que vous prenez actuellement :

Moi, le signataire, autorise l'hôpital, les institutions médicales, le médecin, et autres professionnels médicaux, pharmacies, organismes d'assurance, agences gouvernementales, le titulaire du groupe, la compagnie d'assurance, association, employeur, parent ou représentant administratif à fournir à Seven Corners, Inc. les informations relatives à toute blessure, ou maladie, l'historique médical concernant toute consultation, prescription ou traitement pourvu à moi-même ou la personne dont le décès, la blessure, la maladie ou le sinistre est la raison de cette déclaration, et les copies des rapports médicaux, ou d'hospitalisation relatifs à cette personne, incluant les informations concernant les maladies mentales et usage de drogue et d'alcool, pour déterminer l'éligibilité pour le paiement des bénéfices selon la police identifiée ci-dessus. J'autorise le titulaire du groupe, employeur ou administrateur du plan de couverture à soumettre à Seven Corners, Inc., les Informations et documents d'ordre financiers et concernant mon emploi. Je m'engage à pourvoir à Seven Corners, Inc. tous les rapports médicaux, et autres certificats requis par Seven Corners, Inc. pour le traitement de la demande de remboursement. Je comprends que mon manquement à fournir les documents demandés par Seven Corners, Inc. peut résulter au rejet de la demande de remboursement. Je conçois que le manquement à fournir les informations et documents à Seven Corners, Inc. par les parties citées ci-dessus, pourra résulter au rejet de la demande de remboursement. De plus, je soussigné(e), certifie que les informations fournies ci-dessus sont exactes. Je comprends que toute fausse déclaration mentionnée sur ce formulaire ou omission d'information requise sur ce formulaire peut résulter au rejet de la demande de remboursement.

Signature du Déclarant ou Parent si le Déclarant est mineur

Date



SEVENCORNERS

Correspondance/ Instructions de Paiement

Informations Principales

Assuré(e):	ID #:
Patient:	adresse email:

Informations de correspondance

Correspondance aux USA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Correspondance hors des USA: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Téléphone aux USA :	Téléphone hors des USA
Adresse aux USA (<i>inclure Ville, Etat, Code postal, Pays</i>):	Adresse hors des USA (<i>inclure Ville, Etat, Code postal, Pays</i>):

Instructions de paiement

Paiement à effectuer à :
Adresse aux USA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse hors des USA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compte bancaire aux USA*: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (<i>Si oui, veuillez indiquer les renseignements bancaires ci-dessous</i>)

Renseignements bancaires

Nom de la banque :	
Adresse de la banque: (<i>inclure Ville, Etat, Code postal, Pays</i>)	Téléphone :
Numéro de compte :	Type de compte :
Nom du titulaire (<i>tel qu'il apparait sur vos relevés bancaires</i>):	Numéro IBAN et/ou Code Swift (requis pour les transferts bancaires):
Devise monétaire pour ce compte:	Numéro Routing/sort code:

*Les chèques ne peuvent pas être envoyés à des banques **hors** des Etats-Unis

Les transferts bancaires pour les banques **hors des Etats-Unis doivent être supérieurs à \$50,00 Dollars US

Décharge de responsabilité:

Je soussigné(e), autorise et demande à Seven Corners de transmettre toute correspondance et/ou paiement à l'adresse citée ci-dessus. J'accepte également de libérer Seven Corners de toute responsabilité en cas de perte ou de vol des instructions et modalités de paiement.

Signature de l'assuré(e)

Date

Option pour faciliter la correspondance :

J'autorise Seven Corners à envoyer les copies des documents « Explanation Of Benefit », les documents de correspondance, et autres informations médicales concernant ma demande de remboursement et celle des autres dépendants de cette police d'assurance à l'adresse email ci-incluse : _____

Date

Signature de l'assuré(e)