

## 의료 비용 청구 양식- 귀하는 보험 혜택을 받는 여행 중에 의료적 치료를 받으셨습니다.

1. 다른 보험이 없으신 경우 서비스 이용 날짜, 청구 비용, 서비스 유형 및 진단이 명시되어 있는 의료비 청구서를 제출해 주십시오.
2. 다른 보험이 있으시면, 귀하의 청구에 대한 지불 또는 거부 목록이 포함된 다른 보험사의 최종 명세서가 필요합니다(혜택 설명서 또는 "EOB").
3. 귀하가 받은 의료 치료비 지불에 대한 증빙을 제출하십시오(신용 카드 명세서 또는 현금으로 지불한 경우에는 비용 지불을 입증하는 의료 제공자의 영수증).
4. 대부분의 경우, 입국/출국/비자 스탬프를 포함한 여권 사본이 필요합니다.
5. 이미 완료된 지불에 대한 환급을 요청하려면, 3페이지의 지불 승인 양식을 작성하십시오.
6. 모든 섹션을 알아보기 쉽고 완전하게 작성하십시오. 귀하에게 해당하지 않는 질문에는 N/A(해당 없음)라고 기재하십시오.

관련 서류를 모두 제출하지 않을 경우, 귀하의 청구 처리가 지연될 수 있습니다.

서명한 본 양식과 모든 관련 서류를 서비스 이용 날짜로부터 90일 이내에 다음 중 한 방법으로 Seven Corners에 보내주십시오.

우편 Seven Corners, Inc. Attn: Claims 303 Congressional Boulevard Carmel, IN 46032 USA (우편 발송은 7~10일이 걸립니다).	업로드 내 계정(My Account)에 로그인하고 서류를 업로드하십시오  <a href="http://www.sevencorners.com/myaccount#/login">www.sevencorners.com/myaccount#/login</a>	팩스 (+01) 317-575-2256	이메일 claims@sevencorners.com  이메일 첨부 문서 크기는 10MB를 초과할 수 없습니다.
---	---	--------------------------	--

도움이 필요한 경우 이용할 연락처: 1.800.335.0477 수신자 부담: 1.317.575.2656

본 양식을 제공하는 것 또는 회사가 양식을 접수하는 것은 회사에 대한 책임의 인정 또는 보험 계약의 약관 포기로 해석되어서는 안 됩니다. 고의로 보험사 또는 다른 사람에게 해를 끼치거나 속이거나 기만하려는 의도를 가지고 허위이거나 왜곡된 정보 또는 불완전한 정보가 포함된 청구서를 제출하는 것은 보험 사기 범죄에 해당할 수 있고 형사 및 중대한 민사상 처벌을 받을 수 있습니다.

**보장 정보: 이 정보는 귀하의 보험 I.D. 카드에서 확인할 수 있습니다.**

1 보험사	2 그룹/플랜 이름	3 보험 증서 번호
4 보장 발효일 MM/DD/YYYY	5 보장 종료일 MM/DD/YYYY	

### 1차 피보험자 정보

6 피보험자 이름	7 생년월일 MM/DD/YYYY	8 성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
-----------	-------------------	---

### 청구자/환자 정보

9 청구자 이름	10 생년월일 MM/DD/YYYY	11 성별: <input type="checkbox"/> 남성 <input type="checkbox"/> 여성
----------	--------------------	--

### 현재 주소

12 현재 거리 주소		
13 시	14 주/도/지역	15 우편번호
16 주간 연락 전화번호	17 이메일 주소	
18 해당되는 경우, 미국 도착일 MM/DD/YYYY		

### 고정 주소

19 현재 거리 주소		
20 시	21 주/도/지역	22 우편번호
23 해당되는 경우, 본국으로 돌아갈 예정 날짜. MM/DD/YYYY		

## 의료 정보

24 부상의 경우, 부상이 발생한 원인, 시기 및 장소와 같은 세부 정보를 기재하십시오.		
25 청구자/환자 이름	26 보험 증서 번호	
27 질환의 경우, 증상이 처음 발생한 때와 장소 및 질환의 유형을 설명해 주십시오.		
28 상담 또는 치료 의사의 이름		
29 의사의 거리 주소		
30 시	31 주/도/지역	32 우편번호
33a 과거에 이 질환을 치료받으신 적이 있습니까? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	33b "예"로 답한 경우 치료 시기는 언제입니까? MM/DD/YYYY	
34 본국에 있는 일차 진료 의사의 이름.		
35 본국에 있는 일차 진료 의사의 거리 주소.		
36 시	37 주/도/지역	38 우편번호

## 기타 보험 보장

39 다른 고용주/민간/정부 의료 보험 보장의 이름	40 보험 증서 번호	
41 거리 주소		
42 시	43 주/도/지역	44 우편번호

## 처방약

45 귀하의 부상이나 질환과 관련이 없는 현재 복용 중이거나 지난 6개월 동안 복용한 처방약을 기재하십시오.	46 귀하의 부상 또는 질환에 대해 처방을 받은 처방약을 모두 기재하십시오.
--	--

본인, 서명인은, 상기에 언급된 보험 증서에 의거하여 혜택 지급 자격을 결정하기 위해, 병원이나 기타 의료 기관, 의사 또는 기타 의료 전문가, 약국, 보험 지원 단체, 정부 기관, 그룹 보험 계약자, 보험 회사, 협회, 고용주, 친척 또는 보험 혜택 관리자가 Seven Corners, Inc.에 정신 질환, 약물 및 알코올 사용과 관련된 정보를 비롯해 청구의 근거가 된 사망, 부상, 질환 또는 손실이 발생한 개인의 부상 또는 질환, 병력 또는 제공된 모든 상담, 처방 또는 치료에 관한 모든 정보와 이러한 개인의 병원 또는 의무 기록의 모든 사본을 제공하는 것을 허락합니다. 본인은 그룹 보험 계약자, 고용주 또는 보험 혜택 관리자가 Seven Corners, Inc.에 재정 및 고용 관련 정보와 서류를 제공하는 것을 허락합니다. 본인은 청구 처리를 위해 Seven Corners, Inc.의 요청이 있을 경우 본인의 의무 기록 또는 기타 기록을 Seven Corners, Inc.에 제공하는 데 동의합니다. 본인은 요청된 서류를 Seven Corners, Inc.에 제공하지 않을 경우, 청구가 거부될 수 있음을 이해합니다. 본인은 상기에 언급된 단체 또는 기관이 정보 또는 서류를 Seven Corners, Inc.에 제공하지 않을 경우, 청구가 거부될 수 있음을 이해합니다. 본인은 또한 본인이 알고 믿고 있는 한 상기 정보가 정확하고 진실됨을 보장합니다. 본인은 본 양식에 허위 진술이 있거나 본 양식에서 요청한 정보가 누락되었을 경우, 청구가 거부될 수 있음을 이해합니다. 본인은 본 문서의 4페이지에 있는 사기 관련 통지 사항을 이해하며 인정합니다.

47 청구자가 미성년자일 경우 부모/청구자 또는 부모의 서명	48 날짜 MM/DD/YYYY
-----------------------------------	------------------

# 지불 승인 양식

상자 2에 나온 이름은 ACH, 당좌 또는 온라인 송금 계좌에 나온 이름과 정확히 일치해야 합니다. 공동 계좌의 경우에는 모든 이름을 기재해야 합니다.

## 1 지불 유형

지불 방법:	
<input type="checkbox"/> 국제 전신 송금 - 섹션 2 및 4 작성	<input type="checkbox"/> ACH: 미국 달러 - 섹션 2 및 3 작성
<input type="checkbox"/> 수표(수표는 섹션 2의 주소로 발송됨) - 섹션 2 및 3 작성	<input type="checkbox"/> ACH: 캐나다 달러, 유로 및 파운드 - 섹션 2 및 4 작성

## 2 연락처 정보

이름 예금주(들)	전화		
이메일 주소	본인은 Seven Corners, Inc.가 지불 확인에 대해 논의 및/또는 알리기 위해 이 이메일 주소로 본인에게 연락하는 것을 허용합니다. <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요		
우편 주소(사서함 번호는 해당되지 않음)	시	주/도/지역	우편번호

## 3 미국 계좌 정보

계좌 유형: <input type="checkbox"/> 당좌 <input type="checkbox"/> 저축	은행 이름:		
은행 거리 주소	시	주	우편번호
ABA 라우팅 번호	계좌 번호	SWIFT BIC	

## 4 국제/미국 외 계좌 정보 - 미국 밖에서 은행 송금을 통한 지불의 경우에 기재

은행 이름			
은행 거리 주소	시	주/도/지역	우편번호
계좌 번호	라우팅 번호(BLZ, BSB, TRNO, 지점 코드 등)		
IBAN	SWIFT BIC	선호하는 환급 통화	

### 규정 정보

은행 전화번호	식별 번호
	계좌 유형: <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"/> 기타

본인은 Seven Corners, Inc.(이하 "회사")가 지불금을 위에 나열된 주소로 우송하고 본인에게 지불할 의료 비용 또는 제공된 서비스에 대한 환급 금액을 대변 기입 방식으로 위에 명시된 금융 기관(이하 "은행")을 통해 본인의 계좌에 입금하는 것을 승인합니다. 본인은 또한 은행이 본인의 계좌에 회사가 제시한 대변 기입을 수락하고 이를 입금하도록 승인합니다. 회사가 본인의 계좌에 금액을 잘못 입금하는 경우(예를 들어, 본인이 해당 입금액을 받을 자격이 없거나 입금 금액이 잘못되었거나 금액이 잘못된 계좌에 입금된 경우), 본인은 회사가 최초의 입금을 시정하기 위해 본인의 계좌에서 필요한 금액을 인출 또는 입금하는 것을 승인합니다. 단, 어떠한 인출도 최초의 입금액을 초과해서는 안 됩니다. 본인은 또한 회사가 어떠한 거래 수수료도 부담할 책임이 없다는 데 동의하며 지불금 분실 또는 도난의 경우 Seven Corners에 어떠한 책임도 지우지 않을 것입니다.

예금주 서명	날짜
--------	----

## 사기 관련 경고 및 고지 사항

- 일반: 고의로 보험사 또는 다른 사람을 기만할 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서나 청구서를 제출하거나, 호도할 목적으로 중요 사실에 관한 정보를 은폐하는 사람은 사기로 보험금을 청구하는 것입니다.
- 알래스카: 고의로 보험사에 해를 끼치거나 보험사를 속이거나 기만하려는 의도를 가지고 허위이거나 불완전한 정보 또는 왜곡된 정보가 포함된 청구서를 제출하는 이는 주 법률에 의거해 기소될 수 있습니다.
- 애리조나: 귀하를 보호하기 위해 애리조나 법에 따라 본 양식에 다음의 진술이 명시되어야 합니다. 손실 지급금에 대해 고의로 허위 또는 기만적 청구서를 제출하는 이는 민사상 및 형사상의 처벌을 받을 수 있습니다.
- 아칸소, 루이지애나, 메릴랜드, 웨스트 버지니아: 손실 또는 혜택 지급금에 대해 고의로 허위 또는 기만적 청구서를 제출하거나 보험 신청서에 허위 정보를 제공하는 것은 범죄에 해당하며 이러한 위반자는 벌금이 부과되고 교도소에 수감될 수 있습니다.
- 캘리포니아: 귀하를 보호하기 위해 캘리포니아 법에 따라 본 양식에 다음의 진술이 명시되어야 합니다. 손실 지급금에 대해 고의로 허위 또는 기만적 청구서를 제출하는 것은 범죄에 해당하며 이러한 위반자는 벌금이 부과되고 주 교도소에 수감될 수 있습니다.
- 콜로라도: 보험사를 속이거나 이러한 시도를 목적으로 허위이거나 불완전한거나 왜곡된 사실 또는 정보를 제공하는 것은 불법입니다. 구금, 벌금, 보험의 거부 및 민사 손해배상 등의 처벌을 받을 수 있습니다. 보험금으로 지불되는 합의금이나 보상금과 관련하여 보험계약자 또는 청구자를 속이거나 이러한 시도를 목적으로 고의로 허위이거나 불완전한거나 왜곡된 사실 또는 정보를 보험계약자 또는 청구자에게 제공하는 보험사 또는 보험사 대리인은 규제 기관부(Department of Regulatory Agencies) 내 콜로라도 보험 부서(Colorado Division of Insurance)에 신고해야 합니다.
- 코네티컷: 본 양식은 완벽하게 작성해야 합니다. 청구 관련 부상에 대한 중대한 사실을 의도적으로 허위 진술하거나 의도적으로 공개하지 않는 것은 중범죄에 해당할 수 있습니다.
- 델라웨어, 아이다호, 인디애나: 고의로 보험사에 해를 끼치거나 보험사를 속이거나 기만하려는 의도를 가지고 허위이거나 불완전한 정보 또는 왜곡된 정보가 포함된 청구서를 제출하는 것은 중범죄에 해당합니다.
- 컬럼비아 특별구: 경고: 보험사 또는 다른 사람을 기만할 목적으로 허위이거나 왜곡된 정보를 보험사에 제공하는 것은 범죄에 해당합니다. 구금 및/또는 벌금 등의 처벌을 받을 수 있습니다. 또한, 신청자가 청구와 관련하여 중대한 허위 정보를 제공한 경우 보험사는 보험 혜택 제공을 거부할 수 있습니다.
- 플로리다: 고의로 보험사에 해를 끼치거나 보험사를 속이거나 기만하려는 의도를 가지고 허위이거나 불완전한 정보 또는 왜곡된 정보가 포함된 청구서를 제출하는 것은 3급 중범죄에 해당합니다.
- 하와이: 귀하를 보호하기 위해 하와이 법에서는 손실이나 혜택 지급금을 목적으로 사기성 청구서를 제출하는 것은 벌금 또는 구금 또는 이 두 가지 모두로 처벌될 수 있는 범죄임을 귀하에게 통지할 것을 요구하고 있습니다.
- 켄터키: 고의로 보험사 또는 다른 사람을 기만할 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서나 청구서를 제출하거나, 호도할 목적으로 중요 사실에 관한 정보를 은폐하는 사람은 사기로 보험금을 청구하는 것이며 이는 범죄에 해당합니다.
- 메인: 보험사를 속이려는 목적으로 의도적으로 보험사에 허위이거나 불완전한 정보 또는 왜곡된 정보를 제공하는 것은 범죄입니다. 구금, 벌금, 보험 혜택의 거부 등의 처벌을 받을 수 있습니다.
- 미시간, 노스다코타, 사우스다코타: 고의로 보험사 또는 다른 사람을 속이려는 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 청구서를 제출하거나 호도할 목적으로 중요 사실에 관한 정보를 은폐하는 사람은 사기로 보험금을 청구하는 것이고 이러한 행위는 범죄에 해당하므로 형사상 및 민사상 처벌을 받게 될 수 있습니다.
- 미네소타, 보험사를 속이려는 의도로 청구서를 제출하거나 보험사를 상대로 한 사기에 가담하는 것은 범죄에 해당합니다.
- 네바다: 고의로 보험사 또는 다른 사람을 기만할 의도를 가지고 허위이거나 불완전한 정보 또는 왜곡된 정보가 포함된 청구서를 제출하는 것은 주 또는 연방법 또는 이 두 가지 법 모두에 따라 처벌 대상인 범죄에 해당할 수 있고 민사상 처벌을 받을 수도 있습니다.
- 뉴햄프셔: 보험사에 해를 끼치거나 보험사를 속이거나 기만하려는 목적으로 허위이거나 불완전한 정보 또는 왜곡된 정보가 포함된 청구서를 제출할 경우 섹션 638:20에 서 규정된 바에 따라 보험 사기로 기소 및 처벌을 받게 됩니다.
- 뉴저지: 고의로 허위이거나 왜곡된 정보가 포함된 청구서를 제출할 경우 형사상 및 민사상 처벌을 받을 수 있습니다.
- 뉴멕시코: 손실 또는 혜택 지급금에 대해 고의로 허위 또는 기만적 청구서를 제출하거나 보험 신청서에 허위 정보를 제공하는 것은 범죄에 해당하며 이러한 위반자는 민사상 벌금 및 형사상 처벌을 받을 수 있습니다.
- 뉴욕: 고의로 보험사 또는 다른 사람을 속이려는 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서나 청구서를 제출하거나 호도할 목적으로 중요 사실에 관한 정보를 은폐하는 사람은 사기로 보험금을 청구하는 것이고 이는 범죄에 해당하여 5천 달러 이하 및 각 위반 행위에 대해 명시된 금액의 벌금형을 받을 수 있습니다.
- 오하이오: 보험사를 기만하려는 의도를 갖거나 보험사를 대상으로 사기를 행하기 위해 허위이거나 기만적인 명세서가 포함된 신청서나 청구서를 제출하는 것은 보험 사기에 해당합니다.
- 오클라호마: 경고: 고의로 보험사에 해를 끼치거나 속이거나 기만하려는 의도를 가지고 허위이거나 불완전한 정보 또는 왜곡된 정보를 제공하여 보험금을 청구하는 것은 중범죄에 해당합니다.
- 오레곤: 위험과 관련하여 중대한 내용의 의도적인 허위 진술을 한 사람은 법원에 의해 보험 사기 유죄 판결을 받을 수 있습니다.
- 펜실베이니아: 고의로 보험사 또는 다른 사람을 속이려는 의도를 가지고 중대한 허위 정보가 포함된 보험 신청서 또는 청구서를 제출하거나 호도할 목적으로 중요 사실에 관한 정보를 은폐하는 사람은 사기로 보험금을 청구하는 것이고 이러한 행위는 범죄에 해당하므로 형사상 및 민사상 처벌을 받게 될 수 있습니다.
- 테네시, 버지니아, 워싱턴: 보험사를 속이려는 목적으로 의도적으로 보험사에 허위이거나 불완전한 정보 또는 왜곡된 정보를 제공하는 것은 범죄입니다. 구금, 벌금, 보험 혜택의 거부 등의 처벌을 받을 수 있습니다.
- 텍사스: 고의로 손실 지급금에 대해 허위 또는 기만적 청구서를 제출하는 것은 범죄에 해당하며 이러한 위반자는 벌금이 부과되고 주 교도소에 수감될 수 있습니다.

이 페이지는 저희에게 제출하지 않아도 됩니다