

FORMULARIO DE RECLAMAÇÃO

Seven Corners, Inc.

Se você não puder enviar seus documentos de reivindicação eletronicamente, pode enviá-los para o endereço listado no verso do seu cartão de identificação ou para o endereço mostrado em sevencorners.com/claims.

800-335-0477 or 317-575-2656 Fax: 317-575-2256 Email: claims@sevencorners.com



Para ser considerado, este formulário e os recibos das despesas devem ser apresentadas no prazo de 90 dias a partir da data da citação!

Instruções:

1. Este formulário deve ser preenchido pelo segurado completamente para poder ser considerado para pagamento das despesas medicas.
2. Conta totalmente detalhada, incluindo nome do requerente, a natureza da doença/lesão, devem ser incluídos neste formulário.
3. Descrição da cobrança de cada serviço prestado.
4. Este formulário deve ser datado e assinado em todas as seções aplicáveis. Na maioria dos casos, são necessárias duas assinaturas.
5. Este formulário e todas as contas associadas devem ser enviados para o endereço indicado acima.
6. Se você prefere que o reembolso seja enviado a África, favor completar a pagina 3. Obrigatório para qualquer reembolso em África.

O fornecimento deste formulário, ou seu recebimento pela empresa, não deve ser interpretado como uma admissão de qualquer responsabilidade sobre a companhia, nem uma renuncia de qualquer das condições do contrato de seguro. Qualquer pessoa que intencionalmente e / ou com a intenção de ferir, enganar, iludir uma companhia se seguros ou outra pessoa, apresentar uma declaração de crédito que contenha indicações falsas, incompletas ou deturpadas, podem ser culpados de fraude de seguros e sujeitos a sanções penais e substancial civil.

Informações de cobertura

Operadora de Seguros:	Nome do Grupo / Plano:	Numero da Apólice / Certificado:
Data Efetiva de Cobertura (mês/dia/ano) ____/____/____	Data Terminação da Cobertura (mês/dia/ano) ____/____/____	

Informações do segurado

Informações do requerente

Nome do Segurado (sobrenome, nome, segundo nome):	Nome do requerente (sobrenome, nome, segundo nome):
Data de nascimento: ____/____/____ (mês/dia/ano) Sexo: ____ M ____ F	Data de nascimento: ____/____/____ (mês/dia/ano) Sexo: ____ M ____ F

Endereço atual

Endereço permanente

Endereço da residência atual (endereço, cidade, estado, código postal, país):	Endereço permanente no país de origem (endereço, cidade, estado, código postal, país):
Telefone de contato: () _____ Email: _____	Se aplicável, data prevista para retornar ao país de origem: ____/____/____ (mês/dia/ano) o ____ N/A
Se aplicável, data da chegada em U.S.: ____/____/____ (mês/dia/ano) o ____ N/A	

Informação Médica

Se for ferimento, fornecer detalhes, como, quando e onde ocorreu a lesão:	
Se for doença, fornecer detalhes, como, quando e onde ocorreram os primeiros sintomas e a natureza da doença:	
Nome e endereço do medico tratante:	
Alguma vez você já foi tratado por esta doença antes? ____ Sim ____ Não	Se sim, quando?
Fornecer o nome e endereço do seu medico em seu país:	
Por favor, informe os nomes dos medicamentos que você está atualmente a tomar:	
Indicar outro empregador /Cobertura de seguro medico Privado / Governo, incluir o nome, endereço, numero da apólice e numero do certificado da seguradora:	

Eu, assinando abaixo, autorizo qualquer hospital ou instituição medica, medico, ou outro Profissional medica farmácia, organização de apoio a seguros agencia governamentais, tomador do grupo, companhia de seguros, associação, entidade patronal, parente ou administrador de benefícios do plano de fornecer a Sevncorners, Inc., toda e qualquer informação com respeito a qualquer lesão ou doença sofridos por relatórios médicos ou de qualquer consulta, prescrição ou tratamento previsto para a pessoa cuja morte, lesão, doença ou perda é a base do crédito e as copias de tudo o que o hospital ou a pessoa dos relatórios médicos, incluindo informações relativas a doença mental e o uso de drogas e álcool, para determinar a elegibilidade para o pagamento de benefícios no âmbito da apólice acima identificada. Autorizo o grupo segurado, empregador ou administradores do beneficio, fornecer Seven Corners, Inc. com a respectiva informação financeira, de emprego e documentos. Concordo que irão fornecer Seven Corners, Inc. com todos os registros médicos, e outros registros, solicitados pela Seven Corners, Inc. para processar a reclamação. Compreendo que a minha falta de documentos solicitados para Seven Corners, Inc. pode resultar na negação do reclamo. Eu entendo que a falta de qualquer das entidades acima referenciadas ou indivíduos para fornecer informações ou documentos a Seven Corners, Inc. pode também resultar na negação da reclamação. Além disso, Eu certifico que as informações acima são verdadeiras e corretas para o melhor de meu conhecimento e crença. Eu entendo que quaisquer falsas declarações feitas neste formulário ou omissões de informações solicitadas por este formulário pode resultar na negação do reclamo. Eu reconheço e compreendo as informações de fraude explicadas na pagina 2 deste documento.

Assinatura do Requerente ou pai, se o requerente for menor de idade: _____

Data: _____



Correspondência da Reclamação/ Instruções para pagamento

Informação Primária

Segurado:	ID #:
Paciente:	Email:

Informações da correspondência

Correspondência dentro dos E.U: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Correspondência fora dos E.U: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Telefone dentro dos E.U:	Telefone fora dos E.U:
Endereço nos E.U (<i>endereço, cidade, estado, código postal, país</i>):	Endereço fora dos E.U (<i>endereço, cidade, estado, código postal, país</i>):

Informações de pagamento

Pagamentos devem ser enviados para:	
Endereço dentro dos E.U <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Endereço fora dos E.U <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Conta Bancária dentro dos E.U*: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	(Se sim, favor fornecer informações bancárias na seção abaixo)

Informação bancária

Nome do Banco:	
Endereço do banco: (<i>endereço, cidade, estado, código postal, país</i>)	Telefone do banco #
Numero da conta do banco:	Tipo da conta:
Nome da conta (<i>exatamente como parece em seus extratos bancários</i>):	Numero IBAN ou Código Swift (<i>necessários para transferências bancárias</i>):
Tipo de moeda:	Número de Roteamento bancário/código de classificação:

*Os cheques não podem ser enviados para bancos for a dos Estados Unidos.

**Transferência Bancária para bancos dos Estados Unidos só (Maior do que \$50.00 USD)

Autorização:

Eu autorizo a solicitar Seven Corners, Inc. enviar qualquer correspondência e/ ou pagamentos para o endereço acima listado. Além disso, aceito a Seven Corners, Inc. de ter qualquer responsabilidade, em caso de perda ou roubo de correspondência / pagamentos.

Assinatura do Segurado

Data

Opcional para conveniência do segurado

Aceito, ainda, permitir Seven Corners, Inc. para enviar cópias de explicação das formas de benefício, cópias de correspondência, e outras informações confidenciais de saúde sobre a minha reclamação ou as reivindicações dos demais segurados da minha apólice para o seguinte endereço: _____

Assinatura do segurado

Data