

## Formulario de Reclamación de Gastos Médicos– Usted recibió tratamiento médico durante un viaje cubierto.

1. Si no tiene otro seguro, envíe sus facturas médicas que incluyen la fecha del servicio, el monto facturado, el tipo de servicio y el diagnóstico.
2. Si tiene otro seguro, necesitamos la declaración final de su otra compañía de seguros que incluya el pago o la denegación de su reclamo (Explicación de Beneficios o "EOB").
3. Proporcione comprobante de su pago por el tratamiento médico recibido (un resumen de la tarjeta de crédito o si pagó en efectivo, un recibo del proveedor médico que demuestre que pagó los cargos).
4. En la mayoría de los casos, se requiere una copia del pasaporte que incluya sellos de entrada/salida y/o visa.
5. Si busca un reembolso por los pagos ya realizados, complete el Formulario de Autorización de Pago en la página 3.
6. Por favor complete todas las secciones de manera legible y completa. Si una pregunta no se aplica a usted, use N/A.

**¡No enviar la información completa puede demorar el proceso de su reclamación!**

**Envíe este formulario y los documentos que lo acompañan por correo postal, fax, o correo electrónico en un plazo no mayor de 90 días a partir de la fecha del servicio a:**

|  |  |                                  |  |
|--|--|----------------------------------|--|
| <b>CORREO</b><br>Seven Corners, Inc.<br>Attn: Claims<br>303 Congressional Boulevard<br>Carmel, IN 46032 USA<br>(Permitir 7-10 días para la entrega.) | <b>UPLOAD</b><br>Ingrese a MY ACCOUNT y descargue sus documentos<br><a href="http://www.sevencorners.com/myaccount#/login">www.sevencorners.com/myaccount#/login</a> | <b>FAX</b><br>(+01) 317-575-2256 | <b>CORREO ELECTRÓNICO</b><br><a href="mailto:claims@sevencorners.com">claims@sevencorners.com</a><br><br>Los archivos adjuntos de correo electrónico no pueden tener más de 10 MB. |
|--|--|----------------------------------|--|

**Asistencia: 1.800.335.0477 Por cobrar: 1.317.575.2656**

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/plan                        | 3 Póliza/certificado # |
| 4 Fecha de vigencia de cobertura MM/DD/YYYY | 5 Fecha de terminación de cobertura MM/DD/YYYY |                        |

### Información Asegurado Principal

|                        |                                  |  |
|------------------------|----------------------------------|--|
| 6 Nombre del asegurado | 7 Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY | 8 Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
|------------------------|----------------------------------|--|

### Información del Reclamante / Paciente

|                         |                                   |   |
|-------------------------|-----------------------------------|---|
| 9 Nombre del reclamante | 10 Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY | 11 Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
|-------------------------|-----------------------------------|---|

### Dirección Actual

|  |                            |                  |
|--|----------------------------|------------------|
| 12 Domicilio actual de residencia                                  |                            |                  |
| 13 Ciudad  | 14 Estado/Provincia/Región | 15 Código postal |
| 16 Teléfono  | 17 Correo electrónico      |                  |
| 18 Si corresponde, indique la fecha de llegada a U.S.A. MM/DD/YYYY |                            |                  |

### Dirección Permanente

|  |                            |                  |
|--|----------------------------|------------------|
| 19 Domicilio actual de residencia  |                            |                  |
| 20 Ciudad  | 21 Estado/Provincia/Región | 22 Código postal |
| 23 Si corresponde, indique la fecha programada para regresar al país de origen. MM/DD/YYYY |                            |                  |

## Información Médica

|  |                             |                  |
|--|-----------------------------|------------------|
| 24 Si está lesionado, brinde detalles, de cómo, cuándo y dónde ocurrió la lesión.                                  |                             |                  |
| 25 Nombre del reclamante   | 26 Poliza/certificado #     |                  |
| 27 Si está enfermo, avise cuándo y dónde se presentaron los primeros síntomas y la naturaleza de la enfermedad.    |                             |                  |
| 28 Nombre del médico tratante  |                             |                  |
| 29 Dirección del médico tratante   |                             |                  |
| 30 Ciudad  | 31 Estado/Provincia/Región  | 32 Código postal |
| 33a ¿Alguna vez ha sido tratado por esta enfermedad antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 33b ¿Si, cuando? MM/DD/YYYY |                  |
| 34 Proporcione el nombre y la dirección de su médico de atención primaria en su país de origen.                    |                             |                  |
| 35 Dirección de atención primaria en su país de origen   |                             |                  |
| 36 Ciudad  | 37 Estado/Provincia/Región  | 38 Código postal |

## Otra Cobertura de Seguro Médico

|   |                            |                  |
|---|----------------------------|------------------|
| 39 Indique si tiene otra cobertura de seguro médico por parte de su empleador/privado/del gobierno. | 40 Poliza/certificado #    |                  |
| 41 Dirección  |                            |                  |
| 42 Ciudad   | 43 Estado/Provincia/Región | 44 Código postal |

## Medicamentos que le Recetaron

|   |  |
|---|--|
| 45 Indique los nombres de los medicamentos recetados que está tomando actualmente o ha tomado durante los últimos 6 meses, <b>no</b> relacionados con su lesión o enfermedad. | 46 Indique los nombres de los medicamentos que le recetaron para su lesión o enfermedad. |
|---|--|

Yo, el que suscribe, autorizo a cualquier hospital u otra institución de atención médica, médico o cualquier otro profesional médico, farmacia, organización de apoyo de seguro, agencia gubernamental, asegurado grupal, compañía de seguros, asociación, empleador, familiar o administrador del plan de beneficios para que suministre a Seven Corners, Inc. cualquier y toda la información con respecto a cualquier lesión o enfermedad sufrida por, la historia médica de, o cualquier consulta, prescripción o tratamiento proporcionado a la persona cuya muerte, lesión, enfermedad o pérdida es la base del reclamo y copias de todos los registros médicos o hospitalarios de esa persona, incluida información relacionada con enfermedades mentales y el uso de drogas y alcohol, para determinar la elegibilidad para los pagos de beneficios según la póliza identificada anteriormente. Autorizo a los administradores de los planes de beneficios, al empleador o al administrador de planes de beneficios grupales a proporcionar a Seven Corners, Inc. información y documentos financieros y relacionados con mi empleo. Acepto que proporcionaré a Seven Corners, Inc. con cualquier registro médico u otros registros solicitados por Seven Corners, Inc. para procesar el reclamo. Entiendo que mi falta de proporcionar los documentos solicitados a Seven Corners, Inc. puede dar lugar a la denegación del reclamo. Entiendo que el incumplimiento por parte de cualquiera de las entidades o individuos mencionados anteriormente para proporcionar información o documentos a Seven Corners, Inc. puede resultar en la denegación del reclamo. Además, certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que cualquier declaración falsa realizada en este formulario u omisiones de información solicitada en este formulario puede resultar en la denegación del reclamo. Reconozco y comprendo las Notificaciones de Fraude especificadas en la Página 4 de este documento.

|   |                     |
|---|---------------------|
| 47 Firma del paciente/reclamante o padre, si el reclamante es menor de edad | 48 Fecha MM/DD/YYYY |
|---|---------------------|

# Formulario de Autorización de Pago

El nombre en "Información de Contacto" debe coincidir con el nombre en la cuenta bancaria.

## 1 Tipo de Pago

|   |   |
|---|---|
| Método de pago:   |   |
| <input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica Internacional – completar las secciones 2 y 4            | <input type="checkbox"/> ACH: U.S. \$ – completar las secciones 2 y 3                   |
| <input type="checkbox"/> Cheque (se enviará a la dirección en la sección 2) – completar las secciones 2 y 3 | <input type="checkbox"/> ACH: Canada \$, Euros y Libras – completar las secciones 2 y 4 |

## 2 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 |

## 3 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                  |                         |               |

## 4 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:<br><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

- General: Toda persona que con conocimiento y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguro o, a cualquier otra persona que presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o, que oculte información relacionada con cualquier reclamo con el propósito de engañar, comete un acto fraudulento.
- 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.
- 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.
- Arkansas, Louisiana, Maryland, West Virginia: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o, que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y confinamiento en prisión.
- 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.
- Connecticut: Este formulario debe completarse en su totalidad. Cualquier persona que intencionalmente tergiversar o, intencionalmente no revele cualquier hecho material relacionado con una lesión alegada puede ser culpable de un delito grave.
- Delaware, Idaho, Indiana: Cualquier persona que, a sabiendas, y con intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
- Distrito de Columbia: Advertencia: es un delito proporcionar información falsa o engañosa a un asegurador con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, un asegurador puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada con un reclamo.
- Florida: Cualquier persona que con conocimiento y con intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier asegurador presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.
- Hawaii: Para su protección, la ley de Hawaii requiere que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio es un delito que se castiga con multas o prisión, o ambos.
- 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.
- Maine: 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 pueden incluir encarcelamiento, multas o una denegación de los beneficios del seguro.
- Michigan, Dakota del Norte, Dakota del Sur: Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o, a cualquier otra persona presente una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa y oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier material de hecho, comete un acto fraudulento, que es un delito, y podrá ser sometida a sanciones penales y civiles.
- Minnesota: Una persona que presenta un reclamo con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra un asegurador es culpable de un delito.
- Nevada: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga cualquier tergiversación o información falsa, incompleta o engañosa, puede ser culpable de un acto criminal sancionable por la ley estatal o federal, o ambas, y puede estar sujeto a sanciones civiles.
- 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.
- Nueva Jersey: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.
- Nuevo México: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o, que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas civiles y sanciones penales.
- Nueva York: Toda persona que con conocimiento y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguro u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa, y oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier material de hecho, comete un acto fraudulento, que es un delito, y estará sujeto a una multa civil que no excederá los cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo enfrentará cada infracción.
- 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: ADVERTENCIA: 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.
- Oregón: Cualquier persona que haga una declaración intencional errónea que sea importante para el riesgo puede ser declarado culpable de fraude de seguros por un tribunal de justicia.
- 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.
- Tennessee, Virginia, Washington: 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.

NO NECESITA DEVOLVERNOS ESTA PÁGINA