

PLANILLA DE RECLAMO

Seven Corners, Inc.
 303 Congressional Blvd.
 Carmel, IN 46032
 800-335-0477 or 317-575-2656 Fax: 317-575-2256



Para que su reclamo sea considerado, debe ser presentado dentro de los 90 días siguientes al servicio!!!!

Instrucciones:

1. Esta planilla es para ser llenada cuando usted solicite reembolso por gastos médicos.
2. Facturas detalladas de los gastos que incluyan el nombre de la persona que fue tratada, tipo de enfermedad o lesión, descripción y cargo por cada servicio recibido.
3. Descripción y cargo por cada servicio recibido.
4. Esta planilla debe ser debidamente firmada y fechada en los espacios donde se solicita.
5. Esta planilla y todos sus anexos deben ser enviados a la dirección arriba indicada.
6. **Si se encuentra en Africa complete la pagina de instrucciones de pago**

El suministro de esta planilla, o su aceptación no constituye admisión de ninguna responsabilidad por parte de la Compañía ni renuncia alguna a las condiciones del contrato de seguro. **Cualquier persona que, con intenciones de fraude, o sabiendo que esta facilitando un fraude contra un asegurador, someta una reclamación conteniendo información falsa, engañosa o incompleta, puede ser culpable de fraude y sujeto a encarar acciones civiles en su contra.**

Información de la cobertura

Aseguradora:	Nombre del Grupo/Plan	Número de la póliza/Certificado:
Fecha efectiva de cobertura (mes/día/año) ____/____/____	Fecha de terminación de la cobertura (mes/día/año) ____/____/____	

Información del asegurado

información del paciente

Nombre del asegurado (apellido, nombre, inicial):	Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial):
Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mes/día/año) Sex: ____ M ____ F	Fecha de nacimiento: ____/____/____ (mes/día/año) Sex: ____ M ____ F

Dirección actual

Dirección permanente

Dirección actual (Dirección, ciudad, estado, código postal, país)	Dirección permanente en país de residencia (Dirección, ciudad, estado, código postal, país)
Teléfono _____ Dirección de Email: _____ Si aplica fecha de retorno al país de residencia ____/____/____ (mes/día/año) o ____ N/A	Si aplica fecha de retorno al país de residencia ____/____/____ (mes/día/año) o ____ N/A

Información medica

es un accidente, de detalles de como y donde ocurrió el accidente:	
Si es enfermedad, de detalles de cuando y donde ocurrieron los síntomas por primera vez	
Nombre y dirección del o los médico (s) tratante:	
¿Ha sido usted tratado por esta enfermedad antes? ____ Si ____ No	¿Cuándo?
Nombre y dirección de su médico tratante en su país de origen :	
Si se encuentra tomando medicamentos actualmente, suministre nombres:	
Si tiene cobertura por otro seguro médico del nombre, dirección, número de la póliza y del certificado:	

El que suscribe autoriza a cualquier hospital o institución médica, médico, farmacia, organización de apoyo de seguro, agencias del gobierno, grupos de asegurados, compañías de seguros arriba mencionadas, ha suministrar cualquier información acerca de mis condiciones de salud, historial médico, tratamientos recibidos, lesiones sufridas o cualquier otra información. Si la persona ha fallecido, cualquier información acerca de enfermedades, lesiones, reclamos, historias médicas, incluyendo información relacionadas con enfermedades mentales, uso de drogas y alcohol, en fin cualquier información que sirva para determinar la elegibilidad del pago de los beneficios establecidos por la póliza cuyo número se menciona en esta planilla. Yo autorizo a mi empleador o al administrador del plan de beneficios a suministrar cualquier información concerniente a mi situación financiera y de relación empleado-empleador. Yo entiendo que esta autorización será valida por él termino de cobertura de la póliza arriba identificada y que copia de esta autorización será considerada valida como el original. También entiendo que yo ó cualquier persona actuando como mi representante puede pedir una copia de la presente autorización.

Firma del reclamante o representante legal (si menor de edad)	Fecha
---------------------------------------------------------------	-------

Seven Corners, Inc.
 303 Congressional Blvd.
 Carmel, IN 46032 USA
 800-690-6295 or 317-818-2808 Fax: 317-
 815-5984
 Email: assist@sevencorners.com
 Visit us on the web at
www.sevencorners.com



Instrucciones de pago/correspondencia

Asegurado: Paciente:	ID #: Dirección e-mail:
Correspondencia en USA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dirección en USA:	# de teléfono en USA:
Correspondencias fuera de USA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dirección fuera de USA:	# de teléfono fuera de US:
Enviar pago a: Dirección en USA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dirección fuera de USA: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <i>(respuestas Si suministrar información del banco)</i> Nombre del Banco: _____ Dirección del Banco: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____ Nombre en la cuenta <i>(como aparece en los registros del Banco)</i> : _____ Número de cuenta: _____ Tipo de cuenta: _____ Tipo de moneda: _____ Número de routing/ABA / Código : _____ Número Iban (requerido para transferencias) : _____ * No se pueden enviar cheques fa Bancos fuera de los Estados Unidos ** Transferencias a Bancos fuera de los Estados Unidos solo para montos mayores a de \$50.00 USD.	

Yo autorizo a Seven Corners para que envíe correspondencia o pagos a las direcciones listadas en este formato. Eximo a Seven Corners de cualquier responsabilidad en la perdida de dicha correspondencia o pagos. Relevo a Seven Corners de cualquier responsabilidad en el caso de robo, extravió de pagos y de los riesgos asumidos al momento del cambio de moneda. Seven Corners no es responsable de trasferencias rechazadas o incompletas debido incompleta información.

 Firma del asegurado

 Date