

Declaración del Médico:

Autorización Para la Divulgación de Información Médica - Para ser Completado por el Paciente

Para procesar un reclamo de beneficios, autorizo a cualquier médico, hospital u otro Proveedor médico a que entregue al Administrador de reclamos de seguro o, a su representante cualquier información relacionada con mi historial médico, síntomas, tratamiento, resultados de exámenes o diagnóstico. Una fotocopia de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original. Esta autorización se considerará válida por la duración del reclamo, pero no excederá dos años y medio a partir de la fecha de la firma. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

1 Fecha MM/DD/YYYY

2 Firma (Firma de la persona que sufre una enfermedad o lesión o un representante legalmente autorizado)

Declaración del Médico: - Debe ser Completado por un Médico Únicamente

3 Nombre del doctor	4 Teléfono	5 Fax	
6 Dirección	7 Ciudad	8 Estado	9 Código postal
10 Nombre del Paciente	11 Fecha de Nacimiento MM/DD/YYYY		
12 Diagnóstico que resultó en la cancelación/interrupción del viaje			
13 Fecha en que aparecieron los primeros síntomas o que ocurrió el accidente MM/DD/YYYY	14 Fecha del tratamiento MM/DD/YYYY Inicio: Fin:		
15 ¿Fue el paciente tratado por otra persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	15a Si es así, ¿por quién?	15b ¿Cuándo? MM/DD/YYYY	
16 ¿Se le prohibió viajar al paciente debido a esta enfermedad/lesión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	16b Si es así, incluya las fechas en que el paciente no pudo viajar. MM/DD/YYYY Desde: Al:		
17 Fecha MM/DD/YYYY	18 Firma del Médico		

Envíe este formulario firmado y los documentos adjuntos a Seven Corners dentro de los 90 días a partir de la fecha del servicio utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

COREO Si no puede enviar sus documentos de reclamo electrónicamente, puede enviarlos a la dirección que figura en el reverso de su tarjeta de identificación o a la dirección que se muestra en sevencorners.com/claims .	UPLOAD Ingrese a MY ACCOUNT y cargue en línea sus documentos www.sevencorners.com/login	FAX 317-575-2256	EMAIL customerservice@sevencorners.com Los archivos adjuntos de correo electrónico no pueden tener más de 10 MB.
--	--	----------------------------	---

Asistencia: 800-335-0611 (gratuito) o 317-575-2652 (mundial) o 317-818-2809 (por cobrar)