

Instrucciones para la presentación de reclamaciones

Gastos Médicos

Usted recibió tratamiento médico durante un viaje cubierto.

1. Complete toda la información aplicable que se indica en el formulario de reclamación adjunto.
2. 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.
3. 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").
4. 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).

Formulario de Reclamación de Gastos Médicos

Usted recibió tratamiento médico durante un viaje cubierto.

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.

NOMBRE DEL PROGRAMA EF: EF Educational Tours Go Ahead Tours Ultimate Break
 College Study Tours Gap Year Explore America

Información del Asegurado Principal *Información del Viajero*

| | | | | |
|--|--|-----------------------------------|----------|-----------------|
| 1a Nombre del asegurado primario (La persona que figura primero en su plan.) | | 1b Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY | | |
| 2a Nombre del acompañante | | 2b Fecha de nacimiento MM/DD/YYYY | | |
| 3 Teléfono | | 4 Correo electrónico | | |
| 3 Dirección postal | | 4 Ciudad | 5 Estado | 6 Código postal |
| 7 Número de cuenta (lo encontrará en su tarjeta de identificación). | | | | |
| 8 Fechas de viaje (Este es su período de cobertura) MM/DD/YYYY - MM/DD/YYYY Desde: | | A: | | |
| 9 Nombre de la agencia de viajes | | | | |
| 10a Fecha de salida MM/DD/YYYY | | 10b Fecha de retorno MM/DD/YYYY | | |
| 11 Método de contacto preferido: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono | | | | |

Información del incidente

| | | | |
|--|--|---|--|
| 12 Fecha de la ocurrencia MM/DD/YYYY | | 13 Fecha en que se presentó el informe del incidente/accidente MM/DD/YYYY | |
| 14 Los servicios médicos se requieren como resultado de: <input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| 15 Si es otro, por favor explique | | | |
| 16 Tratamiento recibido en: <input type="checkbox"/> Consultorio / clínica <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> a domicilio <input type="checkbox"/> Urgent care <input type="checkbox"/> Oficina dental <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> Telemedicina | | | |
| 17 Explique brevemente las razones médicas relacionadas con este reclamo. | | | |

18 Gastos

| Nombre del proveedor (médico, clínica, hospital) | Fecha de servicio MM/DD/YYYY | Cuenta o factura No. | Cantidad cobrada | Cantidad total que pagó |
|--|------------------------------|----------------------|------------------|-------------------------|
| | | | | \$ |
| | | | | \$ |
| | | | | \$ |
| | | | | \$ |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 19a En el pasado ha recibido atención médica por esta enfermedad antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | 19b En caso afirmativo, indique cuando fue tratado por última vez MM/DD/YYYY | |
| 19c En caso afirmativo, indique el nombre y la dirección del centro 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 a Seven Corners, 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.

20 Fecha MM/DD/YYYY

21 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

La documentación médica que confirme el tratamiento durante el recorrido puede sustituirse siempre que incluya la información anotada en los campos 31, 32 y 33 a continuación

| | | | |
|--|--|-------------------------|------------------|
| 22 Nombre del doctor | 23 Teléfono | 24 Fax | |
| 25 Dirección | 26 Ciudad | 27 Estado | 28 Código postal |
| 29 Nombre del Paciente | 30 Edad | | |
| 31 Diagnóstico que resultó en la cancelación/interrupción del viaje | | | |
| 32 Fecha en que aparecieron los primeros síntomas o que ocurrió el accidente MM/DD/YYYY | 33 Fecha del primer tratamiento MM/DD/YYYY | | |
| 34a ¿Fue el paciente tratado por otra persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 34b Si es así, ¿por quién? | 34c ¿Cuándo? MM/DD/YYYY | |
| 35a ¿Se le prohibió viajar al paciente debido a esta enfermedad/lesión? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 35b Si es así, ¿Cuándo?? MM/DD/YYYY | | |
| 36 Fecha MM/DD/YYYY | 37 Firma del Médico | | |

Otro Seguro/Autorización

| | |
|---|---|
| 38a ¿Tiene algún otro seguro de viaje o fuera del país a través de un empleador, empleador del cónyuge, plan de jubilación o tarjeta de crédito? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | 38b Si es así, indique el nombre del proveedor de seguros |
| 39 Póliza # | 40 Banco emisor de tarjetas de credito |

AUTORIZO a cualquier compañía de seguros, cualquier organización o agencia de viajes, transportista aéreo, agencia de alquiler, hotel, motel o entidad similar que brinde alojamiento en alquiler o arrendamiento o, a cualquier otra persona que pueda tener conocimiento sobre este reclamo, a divulgar cualquier información solicitada con respecto a este reclamo y la pérdida reportada.

ENTIENDO que la información obtenida por el uso de esta autorización, será utilizada por Seven Corners para determinar la elegibilidad para los beneficios bajo este plan. Seven Corners no divulgará la información obtenida a ninguna persona u organización, EXCEPTO a compañías reaseguradoras u otras personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales en relación con mi reclamo, o que de otra forma se requiera legalmente o que yo autorice.

SÉ que puedo solicitar recibir una copia de la Autorización. ACEPTO que una copia fotográfica de esta autorización es tan válida como el original. ACEPTO que esta Autorización será válida por dos años y medio a partir de la fecha que se muestra a continuación. ENTIENDO que es ilegal presentar un reclamo falso o fraudulento a sabiendas o ayudar a otra persona a presentar uno a sabiendas. He leído y comprendo los Avisos de fraude en la página 3 de este documento. *Un padre o tutor legal puede firmar en nombre de un menor.*

NEW YORK: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa, u oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no exceda los cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción.

| | |
|----------|---------------------|
| 41 Firma | 42 Fecha MM/DD/YYYY |
|----------|---------------------|

Envíe este formulario y los documentos adjuntos a Seven Corners utilizando cualquiera de los siguientes métodos:

| | | |
|--|---------------------------|--|
| CORREO Seven Corners, Inc. Attn: Claims PO Box 211379 Eagan, MN 55121 ((Permitir 7-10 días para la entrega.) | FAX (+01) 317-575-2256 | CORREO ELEC TRÓNICO tourclaims@sevencorners.com *Más rápido y preferido* |
|--|---------------------------|--|

Asistencia: Local 1-317-582-2658 o Gratuito 1-866-887-7148

Formulario de Autorización de Pago

- Para evitar demoras en el manejo de reclamos, asegúrese de firmar este formulario.
- El Nombre en la información de contacto debe coincidir exactamente con el nombre en la cuenta ACH, corriente o transferencia bancaria.
- Las cuentas en conjunto requieren todos los nombres de los titulares de la cuenta.

Información de Contacto

| | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------|---------------|
| Nombre Titular de la cuenta(s) | Número de teléfono | | |
| Correo electrónico | Autorizo a Seven Corners, Inc. a comunicarse conmigo utilizando esta dirección de correo electrónico para discutir y/o informarme sobre la confirmación del pago. <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no | | |
| Dirección (No se aceptan P.O. Boxes) | Ciudad | Estado/Provincia/Región | Código postal |

1 Tipo de Pago

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cheque (el cheque se enviará a la dirección anterior) | <input type="checkbox"/> ACH/EFT: US \$ Canada(CAD) \$ – completar la sección 2 |
| <input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica Internacional– completar la sección 3 | |

2 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 | Código postal |
| Número ABA | Número de Cuenta | SWIFT BIC | |

3 Información de la Cuenta Internacional/No Estadounidense - Complete para el pago a través de transferencia bancaria fuera de los EE. UU.

| | | | |
|------------------------------|---|-------------------------------|---------------|
| Nombre completo del Banco | | | |
| Dirección completa del Banco | Ciudad | Estado/Provincia/Región | Código postal |
| Número de cuenta | Número de Ruta(BLZ, BSB, TRNO, código de sucursal,, etc.) | | |
| IBAN | SWIFT BIC | Moneda de reembolso preferida | |

INFORMACIÓN REGLAMENTARIA

| | |
|------------------------------|---|
| Número de teléfono del Banco | Número de identificación |
| | Tipo de identificación: <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"/> OTHER |

Por la presente, autorizo a Seven Corners, Inc. (en adelante, LA COMPAÑÍA) a enviar por correo cualquier pago a la dirección indicada anteriormente y a depositar cualquier cantidad que se me adeude para el reembolso de gastos médicos o servicios prestados al iniciar entradas de crédito en mi cuenta en la institución financiera (por la presente, BANCO) indicado anteriormente. Además, autorizo al BANCO a aceptar y acreditar cualquier entrada de crédito indicada por la COMPAÑÍA a mi cuenta. En caso de que la COMPAÑÍA deposite fondos en mi cuenta por error (a modo de ejemplo, no tengo derecho a los fondos o el monto del depósito es incorrecto o dichos fondos se depositan en la cuenta incorrecta), autorizo a la COMPAÑÍA a debitar o acreditar mi cuenta por el monto necesario para corregir el depósito inicial, pero en ningún caso ningún débito podrá exceder el monto del depósito inicial. Además, acepto que la COMPAÑÍA no es responsable de las tarifas de transacción cobradas y liberará a Seven Corners de cualquier responsabilidad en caso de pérdida o robo de pagos.

| | |
|--------------------------------|-------|
| Firma del titular de la cuenta | Fecha |
|--------------------------------|-------|

Formulario de reclamo Declaración de fraude: para residentes de todos los estados que no sean los que se enumeran a continuación:

Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

ARIZONA: Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.

ALASKA: Una persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada conforme a la ley estatal.

CALIFORNIA: Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente 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 sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

COLORADO: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un titular de póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o adjudicación pagadero de los ingresos del seguro. se informará a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

ADVERTENCIA DE FLORIDA :Cualquier persona que, a sabiendas y con la 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.

IDAHO: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

KANSAS: 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 puede ser culpable de fraude de seguros según lo determine un tribunal de justicia y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento.

KENTUCKY: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte, con el fin de engañar, información sobre cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

MARYLAND: Cualquier persona que a sabiendas o deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión.

NEW HAMPSHIRE: Cualquier persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier 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 RSA 638:20.

NEW JERSEY: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de demanda que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

NEW MEXICO y PENNSYLVANIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga información materialmente falsa u oculte con el propósito de engañar, información relacionada con cualquier hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

OHIO: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra un asegurador, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguros.

OKLAHOMA: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador, haga un reclamo por el producto de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

TENNESSEE: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios de seguro.

TEXAS: Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

VIRGINIA: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley estatal.

NO NECESITA DEVOLVERNOS ESTA PÁGINA