

## DECLARATION – Maladie / Accident

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



**Pour être prise en considération, cette déclaration ainsi que les reçus pour les frais médicaux doivent être soumis sous 90 jours après la date de service!!!**

**Instructions :**

1. Ce formulaire doit être dûment complété par l'assuré pour être pris en considération pour le paiement des frais médicaux.
2. Les factures entièrement détaillées, incluant le nom du demandeur, la nature de la maladie/blessure, doivent être incluses avec ce formulaire.
3. Description et frais pour les services pourvus.
4. Ce formulaire doit être signé et daté dans les sections spécifiées. Dans certains cas, deux signatures sont requises.
5. Ce formulaire et les documents à fournir doivent être soumis à l'adresse indiquée en en-tête.
6. Si vous préférez un remboursement en Afrique, complétez la page 3. **Requis pour tout remboursement en Afrique.**

**Le fait que ce formulaire soit fourni et qu'il soit reçu par la compagnie, ne doit en aucun cas être considéré comme une prise de responsabilité de la part de notre compagnie, ni comme une renonciation des conditions du contrat d'assurance. Toute personne qui en connaissance de cause et/ou avec pour objectif de causer tort, de frauder ou de tromper une compagnie d'assurance ou d'autres parties, remplit une déclaration en indiquant des informations fausses ou trompeuses, sera coupable de fraude à assurance et sera sujette à des pénalités criminelles et civiles importantes.**

**Détails de police d'assurance**

Compagnie d'Assurance :	Nom du Groupe / Plan :	Police / Numéro de Certificat :
Date Effective de Couverture (mois/jour/année) ____/____/____	Date de Fin de Couverture (mois/jour/année) ____/____/____	

**Détails de l'assuré(e)**

**Détails du Demandeur**

Nom de l'Assuré(e) (nom de famille, prénom(s))	Nom du Demandeur (nom de famille, prénom(s))
Date de Naissance : ____/____/____ (mois/jour/année) Sexe : ____ M ____ F	Date de Naissance : ____/____/____ (mois/jour/année) Sexe : ____ M ____ F

**Adresse Actuelle**

**Adresse Permanente**

Adresse Résidentielle (inclure Ville, Etat, Code postal, Pays):		Adresse Permanente dans le pays d'origine (inclure Ville, Etat, Code postal, Pays):
Numéro de Téléphone : ( )	Adresse Email:	Date de retour au pays de Applicable, Date scheduled to return to Home Country: ____/____/____ (month/day/year) or ____ N/A
If Applicable, Date of Arrival in U.S.: ____/____/____ (month/day/year) or ____ N/A		

**Renseignements médicaux**

S'il s'agit d'une blessure, veuillez indiquer les détails et indiquer comment et quand cela est arrivé :	
S'il s'agit d'une maladie, veuillez indiquez quand et ou les premiers symptômes sont apparus :	
Nom et adresse du(des) médecin(s) de consultation ou médecin(s) traitant:	
Avez-vous déjà été traité(e) pour cette maladie ? ____Oui ____ Non	Si oui, quand?
Indiquez le nom et adresse de votre médecin de famille ou médecin traitant dans votre pays d'origine :	
Veuillez indiquer le nom des médicaments prescrits que vous prenez actuellement :	
Indiquez si autres couvertures d'assurance médicales via employeur privé ou public. Inclure le nom, l'adresse, le numéro de police et numéro de certificat de l'assureur :	

Moi, le signataire, autorise l'hôpital et institutions médicales, médecin, et autres professionnels médicaux, pharmacies, organismes d'assurance, agences gouvernementales, le titulaire du group, la compagnie d'assurance, association, employeur, parent ou représentant administratif à fournir Seven Corners, Inc. les informations relatives à toute blessure, ou maladie, l'historique médical concernant toute consultation, prescription ou traitement pourvu à la personne dont le décès, blessure, maladie ou sinistre est la raison de cette déclaration, et les copies de rapports médicaux, ou d'hospitalisation relatifs à cette personne, incluant les information concernant les maladies mental et usage de drogue et d'alcool, pour déterminer l'éligibilité pour le paiement des bénéfices selon la police identifiée ci-dessus. J'autorise le titulaire du groupe, employeur ou administrateur du plan de couverture à soumettre à Seven Corners, Inc. les Informations et documents d'ordre financiers et concernant mon emploi. Je m'engage à pourvoir à Seven Corners, Inc. tous les rapports médicaux, et autres certificats requis par Seven Corners, Inc. pour le traitement de la demande de remboursement. Je comprends que mon manquement à fournir les documents demandés par Seven Corners, Inc. peut résulter au rejet de la demande de remboursement. Je conçois que le manquement à fournir les informations et documents à Seven Corners, Inc. part des parties citées ci-dessus, pourra résulter au rejet de la demande de remboursement. De plus, je soussigné(e), certifie que les informations fournies ci-dessus sont exactes. Je comprends que toute fausse déclaration faite sur ce formulaire ou omission d'information requise sur ce formulaire peut résulter au rejet de la demande de remboursement. Je reconnais avoir lu et compris les clauses de fraude mentionnées en Page 2 de ce document

\_\_\_\_\_  
 Signature du Demandeur ou Parent, si le Demandeur est mineur

\_\_\_\_\_  
 Date



SEVEN CORNERS

## Correspondance/ Modalités de Paiement

### Informations Principales

Assuré(e):	ID #:
Patient:	adresse Email:

### Information de correspondance

Correspondance aux USA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Correspondance hors des USA: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Téléphone aux USA :	Téléphone hors des USA
Adresse aux USA (inclure Ville, Etat, Code postal, Pays):	Adresse hors des USA (inclure Ville, Etat, Code postal, Pays):

### Instructions de paiement

Paiement à effectuer à :	
Adresse aux USA :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Adresse hors des USA :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Compte bancaire aux USA*:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Si oui, veuillez indiquer les renseignements bancaires ci-dessous)

### Renseignements bancaires

Nom de la banque :	
Adresse de la banque: (inclure Ville, Etat, Code postal, Pays)	Téléphone :
Compte bancaire:	Type de compte:
Nom du titulaire (tel qu'il apparaît sur vos relevés bancaires):	Numéro IBAN et/ou Code Swift ( <b>requis pour les transferts bancaires</b> ):
Devise bancaire pour ce compte:	Numéro Routing/sort code:

\*Les chèques ne peuvent pas être envoyés aux banques hors des Etats-Unis

\*\*Les transferts bancaires pour les banques hors des Etats-Unis doivent être supérieurs à \$50.00 USD

### Désistement:

Je soussigné(e), autorise et demande à Seven Corners de transmettre toute correspondance e/ou paiement à l'adresse citée ci-dessus. to mail any correspondence and/or payments to the above listed address. J'accepte également de libérer Seven Corners de toute responsabilité en cas de perte ou de vol des instructions et modalités de paiement.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré(e)

\_\_\_\_\_  
Date

### Option faciliter la correspondance :

J'autorise Seven Corners à envoyer les copies des documents « Explanation Of Benefit », les documents de correspondance, et autres informations médicales concernant ma demande de remboursement et celle des autres dépendants de cette police d'assurance à l'adresse email ci-incluse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré(e)

\_\_\_\_\_  
Date