

Đơn Yêu Cầu Hoàn Tiền của Hội Viên

Vui lòng sử dụng một (1) đơn cho mỗi phí tổn y tế mà quý vị yêu cầu hoàn tiền cho quý vị.

HƯỚNG DẪN

1. Vui lòng viết in hoa rõ ràng hoặc nhập thông tin vào tất cả các trường bên dưới.
2. Đính kèm các tài liệu cần thiết. Alliance không thể chấp nhận yêu cầu mà thiếu các tài liệu được quy định.
 - **Cần Nộp Gì:** Điền đầy đủ đơn này và kèm theo bản sao của (các) hóa đơn gốc. Quý vị phải đính kèm các hóa đơn chi tiết mà quý vị có thể yêu cầu từ nhà cung cấp của mình và bằng chứng thanh toán (chẳng hạn như biên lai). Vui lòng nộp kèm một văn thư giải thích lý do quý vị phải thanh toán cho các dịch vụ đó.
 - **Cần Nộp Khi Nào:** Chúng tôi sẽ chấp nhận và duyệt xét yêu cầu mà chúng tôi nhận được trong vòng một (1) năm sau ngày hóa đơn được thanh toán. Chúng tôi sẽ không chấp nhận các hóa đơn đã thanh toán nhận được quá một (1) năm sau ngày hóa đơn được thanh toán.
3. Gửi đơn đã được điền hoàn chỉnh này cùng với các tài liệu được quy định theo đường bưu điện đến:

Nếu quý vị có điều gì thắc mắc, vui lòng gọi:

Phần 1: Thông Tin Hội Viên

Họ: _____ Tên: _____ Chữ Cái Đầu Tên Lót: _____

Mối Quan Hệ với Hội Viên: ☐ Bản thân ☐ Vợ/chồng ☐ Con trai ☐ Con gái

Tên Người Đại Diện Được Ủy Quyền: _____

Số ID Hội Viên Alliance: _____

Ngày Sinh (THÁNG/NGÀY/NĂM): _____

Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ

Mục 2: Thông Tin Liên Lạc Của Hội Viên/Người Đại Diện Được Ủy Quyền

Địa chỉ (vui lòng ghi số căn hộ/đơn vị): _____

Thành Phố: _____ Tiểu Bang: _____ Mã Bưu Chính: _____

Tên Đầy Đủ Của Người Liên Hệ Tại Văn Phòng: _____

Số Điện Thoại Nhà Riêng: _____ Số Điện Thoại Di Động: _____

Email: _____

Mục 3: Xác nhận

Tôi xác nhận rằng, theo sự hiểu biết tốt nhất của tôi, thông tin trên Đơn Yêu Cầu Hoàn Tiền của Hội Viên và các tài liệu hỗ trợ kèm theo là đúng sự thật và chính xác.

Chữ Ký: _____

Tên Viết In Hoa: _____ Ngày: _____