


# 보상금 청구 양식 작성법

모든 내용은 학생 본인이 작성해야 합니다.



Relation Insurance Administrators  
P.O. Box 6040  
Agoura Hills, CA 91376-6040

## CLAIM FORM

PLEASE COMPLETE IN FULL TO ENSURE PROPER PROCESSING

SCHOOL/ORGANIZATION		POLICY NUMBER (CAN BE FOUND ON ID CARD)	
INSURED'S LAST NAME		INSURED'S FIRST NAME	MI
INSURED'S U.S. MAILING ADDRESS—NUMBER AND STREET NAME (OR P.O. BOX #), CITY, STATE, ZIP			
INSURED'S DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)	<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	INSURED'S SCHOOL ID NUMBER	INSURED'S PHONE NUMBER

*If claimant is a Dependent currently insured under this plan, complete information below (in addition to the above).*

CLAIMANT'S LAST NAME		CLAIMANT'S FIRST NAME	MI
CLAIMANT'S U.S. MAILING ADDRESS —NUMBER AND STREET NAME (OR P.O. BOX #), CITY, STATE, ZIP			
CLAIMANT'S DATE OF BIRTH (MM/DD/YY)	<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE	CLAIMANT'S PHONE NUMBER	

**SECTION 1 – INJURY OR SICKNESS INFORMATION**

1. Is this claim pertaining to a sickness/medical condition or an injury?  Sickness  Injury If injury, please fill out the information below.  
**If claim is for a sickness/medical condition, skip to Section 2.**

a) How and where injury occurred; and brief description of injury: \_\_\_\_\_  
Date of Injury: \_\_\_\_\_

b) Did injury occur at work?  No  Yes If yes, name of employer: \_\_\_\_\_

c) Did injury occur during practice or play of school-sponsored sports?  No  Yes If yes, please complete information about the sport below.  
Name of Sport: \_\_\_\_\_  Intercollegiate  Intramural/Club  
If intercollegiate, report to trainer and get signature. Signature of Athletic Trainer: \_\_\_\_\_

**SECTION 2 – REFERRAL INFORMATION**

2. Did you visit the campus health center for treatment of this injury or sickness?  No  Yes  N/A (skip to Section 3)  
If yes, signature and title of health center official: \_\_\_\_\_

3. Did you receive a referral to an outside doctor by the campus health center, or from one provider to see different provider?  No  Yes  
If yes, please send a copy of the referral with this form.

**SECTION 3 – OTHER INSURANCE INFORMATION**

4. Do you have other insurance which covers your condition such as a group or individual health plan, government health plan, or automotive insurance plan (if auto accident)?  No  Yes  
If yes, who is the Policyholder?  Self  Parent  Spouse Name of Insurance Carrier: \_\_\_\_\_  
Member No.: \_\_\_\_\_ Group No.: \_\_\_\_\_ Insurance Co. Phone No.: \_\_\_\_\_  
Primary Insured's Name (Parent/Spouse/Self): \_\_\_\_\_

**SECTION 4 – ASSIGNMENT OF BENEFITS**

5. Indicate below to whom payment is to be made:  
 Balance is owed to the provider of service. Please pay the provider as indicated on billing statement.  Expenses have been paid by the patient/insured. Please reimburse the student or claimant listed above.

**AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION:** I authorize any Health Care Provider, Insurance Company, Employer, Person or Organization to release information regarding medical, dental, mental, alcohol or drug abuse history, treatment or benefits payable, including disability or employment related information, to Relation Insurance Administrators, or their employees and authorized agents for the purpose of validating and determining benefits payable. A photocopy of this authorization shall be as valid as the original. I certify the above information to be true and correct.  
Patient's or Authorized Representative's Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
If student is under age 18, must be signed by a parent or guardian.

**IMPORTANT:** This form must be completed and returned to Relation Insurance Administrators within 90 days from the date of treatment, accompanied by all bills incurred to that date. Please include itemized bills (see itemized bill requirements on page 2).

**YOU CAN SUBMIT THIS COMPLETED FORM BY MAIL OR FAX USING THE INFORMATION BELOW. CLAIMS ARE NOT ACCEPTED VIA EMAIL.**

Claims Mail: Relation Insurance Administrators, P.O. Box 6040, Agoura Hills, CA 91376-6040  
Claims Fax: (818) 735-3567  
Customer Service: (800) 468-4343  
Customer Service E-Mail: riainfo@relationinsurance.com

**1. 학생 정보를 입력하세요**  
이 부분은 이름, 주소, 학생증 번호와 같은 기본 신상 정보에 대한 질문입니다. 유학생은 해외의 영구 자택 주소가 아닌 현재 미국 거주 주소를 사용해야 합니다.

**1b. 주요 보험자 아래 보험에 가입된 부양 가족이 청구 양식을 제출하는 경우 "청구인" 부분에 해당 부양 가족의 정보를 기입하십시오.**

**2. 부상 또는 질병 정보**  
이 부분은 질병이나 부상에 대한 모든 상세 정보를 기입하는 곳입니다. 부상을 보고하는 경우, 보상금 청구 관리자가 해당 부상이 직장, 스포츠 경기, 또는 자동차 사고 등의 경우 중 어느 것으로 인한 부상인지를 알 수 있는 것이 중요합니다.

**3. 소개 정보**  
보건 센터 소개가 필수이거나, 보건 센터 소개로 공제금이 면제되는 경우, 본 부분을 작성하시고 소개서를 첨부하시기 바랍니다.

**4. 기타 보험 커버리지**  
학생이 다른 보험 아래 커버되는 경우, 학교 보험 플랜은 그 나머지를 지불하게 됩니다. 따라서 다른 보험 회사에 보상금 청구 양식을 먼저 제출한 후, 해당 보험이 커버하지 않는 나머지 비용에 대해 Relation에 추가로 청구 양식을 제출하시면 됩니다.

**5. 보험 혜택의 할당**  
이 부분은 보상금 청구 관리자에게 누가 보상금을 받게 되는지를 지시하는 부분입니다.

**6. 서명 및 날짜**  
이 부분은 의료 서비스 제공자와 보험금 청구 관리자가 적절한 의료 정보를 공유할 수 있도록 개인 정보 공개 동의서로 사용됩니다.

- 7. 중요!**  
본 양식은 치료일로부터 90일 이내에 해당 날짜까지 발생한 모든 치료비 청구서를 첨부하여 완료 및 제출되어야 합니다. 또한, 항목별 청구서를 첨부해 주시기 바랍니다.
- 8. 학생 보건 센터 소개서를 첨부하세요**  
학생 보건 센터 소개가 필수이거나, 보건 센터 소개로 공제금이 면제되는 경우, 꼭 보건 센터 소개서를 첨부하시기 바랍니다.
- 9. 항목별 청구서를 첨부하세요**  
보상금 청구 양식과 함께 항목별 청구서를 모두 첨부 및 제출해 주시기 바랍니다. 해당 경우 처방전 영수증 또한 첨부해 주십시오. 첨부하는 모든 청구서에 본인의 이름과 학생 번호를 적어 주실 것을 권장하고 있습니다.
- 10. 작성 완료된 양식은 우편이나 팩스로 제출하시면 됩니다.**