



Perhatian: Klaim LTCI
Kotak PO 40007
Lynchburg, VA 24506-9939
Telp: 800 876.4582
Faks: 888 557.5526

*Tambahkan halaman ini ke daftar
Favorit Anda untuk waktu berikutnya
Anda membutuhkan Faktur!*

INVOICE BAGI PENYEDIA KESEHATAN INDEPENDEN

Gunakan formulir ini untuk mencatat waktu dan biaya perawatan yang ditanggung yang diberikan kepada tertanggung oleh Penyedia Perawatan independen.

Mandiri berarti individu tersebut tidak memberikan perawatan sesuai arahan dari Agen Perawatan Rumah atau bisnis lainnya.

Perawatan yang diberikan oleh anggota keluarga biasanya tidak ditanggung. Tinjau kebijakan Anda atau hubungi kami untuk detailnya.

Untuk menghindari penundaan dalam peninjauan pembayaran manfaat, ingatlah bahwa ada halaman terpisah untuk setiap setengah bulan, DAN:

1. Bagian A harus diisi oleh tertanggung atau kuasa hukum tertanggung.
 - Nama Tertanggung dan # Klaim harus DICETAK dengan jelas dan akurat untuk mengarahkan faktur ke Analis Manfaat Anda dengan benar.
2. Bagian B harus diselesaikan oleh Penyedia Layanan.
 - Setiap Penyedia Layanan harus menggunakan formulir terpisah dan memasukkan jam kerja aktualnya.
 - Jam kerja, tingkat gaji dan deskripsi tugas yang dilakukan semuanya harus diberikan.
3. Bagian C juga harus diisi oleh Penyedia Layanan untuk menyatakan bahwa informasi yang diberikan adalah benar dan akurat.
 - Sertifikasi harus dilakukan setelah perawatan diberikan – tanda tangan tidak boleh diberi tanggal sebelum tanggal terakhir layanan pada Faktur.
4. Bagian D harus diisi oleh Tertanggung atau Kuasa Hukum Tertanggung untuk menyatakan bahwa informasi yang diberikan adalah benar dan akurat.
 - Sertifikasi harus dilakukan setelah perawatan diberikan – tanda tangan tidak boleh diberi tanggal sebelum tanggal terakhir layanan pada Faktur.

Kirim formulir faktur yang sudah diisi ke Nomor Faks atau Alamat Surat yang tertera pada formulir.

Untuk mencetak formulir Faktur tambahan, kunjungi: www.Genworth.com/LTCInvoices

INVOICE BAGI PENYEDIA KESEHATAN INDEPENDEN

jaring

BST

PETUNJUK:

- 1) Bagian A – harus diisi oleh Tertanggung
- 2) Bagian B – diisi oleh Penyedia Layanan Kesehatan

- 3) Bagian C – harus ditandatangani dan diberi tanggal oleh Penyedia Layanan Kesehatan
- 4) Bagian D – ditandatangani dan diberi tanggal oleh Tertanggung atau Kuasa Hukum Tertanggung
- 5) **CATATAN:**kami mungkin memerlukan salinan cek yang dibatalkan atau bukti pembayaran lainnya

Bagian A:Untuk diselesaikanOleh Tertanggung

Nama Tertanggung:	Mengeklaim #:	Kirim Surat Ke: Genworth, Klaim Perawatan Jangka Panjang Kotak PO 40007, Lynchburg, VA 24506-9939 Faks ke: (888) 557-5526 Telepon: (800) 876-4582
Jenis Penyedia: Perawat Dokter	Pendamping Ibu rumah tangga Pembantu	Jenis Bantuan: Pribadi/Medis Pembenahan Layanan Dari (bb/dd/yy): Layanan Ke (bb/dd/yy):

Bagian B:Untuk diselesaikanOleh Penyedia Layanan Kesehatan Untuk Setiap Hari Bekerja

Nama Penyedia Layanan:		Hubungan dengan Tertanggung:		Telepon #:	
Alamat:					
Aku:	Jam Kerja (Tentukan AM atau PM)	Jumlah Jam. Bekerja:	Nilai Per Hari atau Jam	Bayar Rcvd Untuk (centang)	Jelaskan Tugas Harian Tertentu yang Dilakukan (Lengkap untuk setiap hari kerja)
Dt: 1 st	Mulai: pagi PM	Akhir: pagi PM			
2 nd	SAYA PM	SAYA PM			
3 rd	SAYA PM	SAYA PM			
4 th	SAYA PM	SAYA PM			
5 th	SAYA PM	SAYA PM			
6 th	SAYA PM	SAYA PM			
7 th	SAYA PM	SAYA PM			
8 th	SAYA PM	SAYA PM			
9 th	SAYA PM	SAYA PM			
10 th	SAYA PM	SAYA PM			
11 th	SAYA PM	SAYA PM			
12 th	SAYA PM	SAYA PM			
13 th	SAYA PM	SAYA PM			
14 th	SAYA PM	SAYA PM			
15 th	SAYA PM	SAYA PM			
Bagian C: Tanda Tangan Penyedia Layanan –Saya menyatakan bahwa hal tersebut di atas adalah benar dan tepat.					Tanggal Ditandatangani:
Bagian D: Tanda Tangan Tertanggung –Saya menyatakan bahwa hal tersebut di atas adalah benar dan tepat.					Tanggal Ditandatangani:

Silakan lihat Pemberitahuan Penipuan Asuransi terlampir. Untuk melaporkan dugaan penipuan, silakan hubungi kami di (800) 876-4582.

Untuk mencetak formulir Faktur tambahan, kunjungi: www.Genworth.com/LTCInvoices

INVOICE BAGI PENYEDIA KESEHATAN INDEPENDEN

jaring

BST

PETUNJUK:

- 1) Bagian A – harus diisi oleh Tertanggung
- 2) Bagian B – diisi oleh Penyedia Layanan Kesehatan

- 3) Bagian C – harus ditandatangani dan diberi tanggal oleh Penyedia Layanan Kesehatan
- 4) Bagian D – ditandatangani dan diberi tanggal oleh Tertanggung atau Kuasa Hukum Tertanggung
- 5) **CATATAN:** kami mungkin memerlukan salinan cek yang dibatalkan atau bukti pembayaran lainnya

Bagian A: Untuk diselesaikan Oleh Tertanggung

Nama Tertanggung:		Mengeklaim #:	Kirim Surat Ke: Genworth, Klaim Perawatan Jangka Panjang Kotak PO 40007, Lynchburg, VA 24506-9939	
			Faks ke: (888) 557-5526 Telepon: (800) 876-4582	
Jenis Penyedia: Perawat Dokter			Jenis Bantuan: Pribadi/Medis Pembenahan	
Pendamping Ibu rumah tangga			Layanan Dari (bb/dd/yy): Layanan Ke (bb/dd/yy):	

Bagian B: Akan Diselesaikan Oleh Penyedia layanan kesehatan Untuk Setiap Hari Bekerja

Nama Penyedia Layanan:	Hubungan dengan Tertanggung:	Telepon #:
------------------------	------------------------------	------------

Alamat:

Aku:	<u>Jam Kerja</u> (Tentukan AM atau PM)		Jumlah Jam. Bekerja:	<u>Nilai Per</u> <u>Hari atau Jam</u>	<u>Bayar Rcvd Untuk</u> (centang)	<u>Jelaskan Tugas Harian Tertentu yang Dilakukan</u> (Lengkap untuk setiap hari kerja)
Dt: 16th	Mulai: pagi PM	Akhir: pagi PM				
17th	SAYA PM	SAYA PM				
18th	SAYA PM	SAYA PM				
19th	SAYA PM	SAYA PM				
20th	SAYA PM	SAYA PM				
21st	SAYA PM	SAYA PM				
22 ^{dan}	SAYA PM	SAYA PM				
23rd	SAYA PM	SAYA PM				
24th	SAYA PM	SAYA PM				
25th	SAYA PM	SAYA PM				
26th	SAYA PM	SAYA PM				
27th	SAYA PM	SAYA PM				
28th	SAYA PM	SAYA PM				
29th	SAYA PM	SAYA PM				
30th	SAYA PM	SAYA PM				
31st	SAYA PM	SAYA PM				

Bagian C: Tanda Tangan Penyedia Layanan —Saya menyatakan bahwa hal tersebut di atas adalah benar dan tepat.	Tanggal Ditandatangani:
Bagian D: Tanda Tangan Tertanggung —Saya menyatakan bahwa hal tersebut di atas adalah benar dan tepat.	Tanggal Ditandatangani:

Silakan lihat Pemberitahuan Penipuan Asuransi terlampir. Untuk melaporkan dugaan penipuan, silakan hubungi kami di (800) 876-4582.

Untuk mencetak formulir Faktur tambahan, kunjungi: www.Genworth.com/LTCInvoices

Pemberitahuan Penipuan Asuransi menurut Negara:

Penipuan Asuransi adalah kejahatan dan kami menanganinya dengan serius. Untuk melaporkan dugaan penipuan asuransi, silakan hubungi kami di 800-876-4582.

Alabama: Barangsiapa dengan sengaja mengajukan tuntutan palsu atau curang atas pembayaran kerugian atau manfaat, atau dengan sengaja menyampaikan informasi palsu dalam permohonan asuransi, bersalah melakukan tindak pidana dan dapat dikenakan restitusi, denda atau kurungan di penjara, atau kombinasi apa pun. daripadanya.

Alaska: Seseorang yang dengan sengaja dan berniat untuk melukai, menipu, atau menipu perusahaan asuransi, mengajukan klaim yang berisi informasi palsu, tidak lengkap, atau menyesatkan dapat dituntut berdasarkan hukum negara bagian.

Arizona: Untuk perlindungan Anda, hukum Arizona mewajibkan pernyataan berikut untuk dicantumkan di formulir ini. Barangsiapa dengan sengaja mengajukan tuntutan palsu atau curang untuk pembayaran kerugian, akan dikenakan sanksi pidana dan perdata.

Arkansas: Barangsiapa dengan sengaja mengajukan tuntutan palsu atau curang atas pembayaran kerugian atau manfaat atau dengan sengaja menyampaikan keterangan palsu dalam permohonan asuransi, bersalah melakukan tindak pidana dan dapat dikenakan denda dan kurungan penjara.

Kalifornia: Untuk perlindungan Anda, hukum California mewajibkan hal berikut untuk dicantumkan pada formulir ini. Siapapun yang dengan sengaja mengajukan tuntutan palsu atau curang atas pembayaran kerugian adalah bersalah melakukan kejahatan dan dapat dikenakan denda dan kurungan di penjara negara.

Colorado: Adalah melanggar hukum jika dengan sengaja memberikan fakta atau informasi yang salah, tidak lengkap, atau menyesatkan kepada perusahaan asuransi dengan tujuan untuk menipu atau mencoba menipu perusahaan tersebut. Hukuman mungkin termasuk penjara, denda, penolakan asuransi, dan ganti rugi perdata. Setiap perusahaan asuransi atau agen dari suatu perusahaan asuransi yang dengan sengaja memberikan fakta atau informasi yang salah, tidak lengkap, atau menyesatkan kepada pemegang polis atau penggugat dengan tujuan untuk menipu atau berusaha menipu pemegang polis atau penggugat sehubungan dengan penyelesaian atau penghargaan yang harus dibayar dari hasil asuransi. harus dilaporkan ke divisi asuransi Colorado di departemen badan pengatur.

Delaware: Barangsiapa dengan sengaja dan dengan maksud untuk melukai, menipu atau memperdaya perusahaan asuransi mana pun, mengajukan klaim atas hasil polis asuransi yang memuat informasi yang salah, tidak lengkap atau menyesatkan, bersalah melakukan tindak pidana kejahatan.

Distrik Kolombia: PERINGATAN: Memberikan informasi palsu atau menyesatkan kepada perusahaan asuransi dengan tujuan menipu perusahaan asuransi atau orang lain merupakan suatu kejahatan. Sanksinya berupa penjara dan/atau denda. Selain itu, perusahaan asuransi dapat menolak manfaat asuransi jika informasi palsu yang secara material berkaitan dengan klaim diberikan oleh pemohon.

Florida: Barangsiapa dengan sengaja dan dengan maksud untuk melukai, menipu, atau menipu perusahaan asuransi mana pun yang mengajukan pernyataan klaim atau permohonan yang berisi informasi yang salah, tidak lengkap, atau menyesatkan, bersalah melakukan tindak pidana berat tingkat ketiga.

Idaho: Barangsiapa dengan sengaja dan bermaksud menipu atau memperdaya suatu perusahaan asuransi, mengajukan pernyataan klaim yang memuat keterangan yang salah, tidak lengkap, atau menyesatkan, maka ia bersalah melakukan tindak pidana kejahatan.

Indiana: Seseorang yang dengan sengaja dan dengan sengaja menipu perusahaan asuransi, mengajukan pernyataan klaim yang memuat informasi yang salah, tidak lengkap, atau menyesatkan, melakukan tindak pidana berat.

Kentucky: Barangsiapa dengan sengaja dan dengan sengaja menipu perusahaan asuransi atau orang lain, mengajukan surat tuntutan yang memuat keterangan palsu yang bersifat materil atau menyembunyikan, dengan tujuan untuk menyesatkan, keterangan mengenai suatu fakta yang material di dalamnya, melakukan perbuatan penipuan asuransi, yang merupakan suatu perbuatan melawan hukum. kejahatan.

Louisiana: Barangsiapa dengan sengaja mengajukan tuntutan palsu atau curang atas pembayaran kerugian atau manfaat atau dengan sengaja menyampaikan keterangan palsu dalam permohonan asuransi, bersalah melakukan tindak pidana dan dapat dikenakan denda dan kurungan penjara.

Maine: Memberikan informasi yang salah, tidak lengkap, atau menyesatkan kepada perusahaan asuransi dengan tujuan untuk menipu perusahaan merupakan suatu kejahatan. Hukumannya mungkin termasuk penjara, denda, atau penolakan manfaat asuransi.

Maryland: Barangsiapa dengan sengaja atau sengaja mengajukan tuntutan palsu atau curang atas pembayaran kerugian atau manfaat atau yang dengan sengaja atau sengaja mengajukan keterangan palsu dalam permohonan asuransi, bersalah melakukan tindak pidana dan dapat dikenakan denda dan kurungan penjara.

Minnesota: Seseorang yang mengajukan klaim dengan maksud untuk menipu atau ikut membantu melakukan penipuan terhadap perusahaan asuransi, bersalah melakukan tindak pidana. **New Hampshire:** Setiap orang yang, dengan tujuan untuk melukai, menipu atau menipu perusahaan asuransi mana pun, mengajukan pernyataan klaim yang berisi informasi palsu, tidak lengkap atau menyesatkan akan dikenakan tuntutan dan hukuman atas penipuan asuransi, sebagaimana diatur dalam RSA 638:20.

Pemberitahuan Penipuan Asuransi menurut Negara:

Penipuan Asuransi adalah kejahatan dan kami menanganinya dengan serius. Untuk melaporkan dugaan penipuan asuransi, silakan hubungi kami di 800-876-4582.

Jersey baru: Barangsiapa dengan sengaja mengajukan surat tuntutan yang memuat keterangan palsu atau menyesatkan, akan dikenakan sanksi pidana dan perdata.

Meksiko Baru: Barangsiapa dengan sengaja mengajukan tuntutan palsu atau curang atas pembayaran kerugian atau manfaat atau dengan sengaja menyampaikan keterangan palsu dalam permohonan asuransi, bersalah melakukan tindak pidana dan dapat dikenakan denda perdata dan sanksi pidana.

New York: Barangsiapa dengan sengaja dan dengan sengaja menipu perusahaan asuransi atau orang lain, mengajukan permohonan asuransi atau pernyataan klaim yang mengandung informasi palsu yang bersifat material, atau menyembunyikan dengan tujuan menyesatkan, informasi mengenai fakta material di dalamnya, melakukan penipuan asuransi tindakan, yang merupakan kejahatan, dan juga akan dikenakan hukuman perdata yang tidak melebihi lima ribu dolar dan nilai tuntutan yang disebutkan untuk setiap pelanggaran tersebut.

Ohio: Setiap orang yang dengan sengaja menipu atau mengetahui bahwa ia memfasilitasi penipuan terhadap penanggung, mengajukan permohonan atau mengajukan klaim yang memuat pernyataan palsu atau menipu, bersalah melakukan penipuan asuransi.

Oklahoma: PERINGATAN: Barangsiapa dengan sengaja dan dengan maksud untuk melukai, menipu atau menipu perusahaan asuransi mana pun, mengajukan klaim atas hasil polis asuransi yang memuat informasi palsu, tidak lengkap atau menyesatkan, bersalah melakukan tindak pidana kejahatan. **pennsylvania:** Setiap orang yang dengan sengaja dan dengan sengaja menipu perusahaan asuransi atau orang lain mengajukan permohonan asuransi atau pernyataan klaim yang memuat suatu keterangan yang bersifat materiil atau menyembunyikan sesuatu yang bertujuan untuk menyesatkan, keterangan mengenai suatu fakta yang material di dalamnya, melakukan perbuatan penipuan asuransi, yang merupakan kejahatan dan membuat orang tersebut dikenakan hukuman pidana dan perdata.

Pulau Rhode: Barangsiapa dengan sengaja mengajukan tuntutan palsu atau curang atas pembayaran kerugian atau manfaat atau dengan sengaja menyampaikan keterangan palsu dalam permohonan asuransi, bersalah melakukan tindak pidana dan dapat dikenakan denda dan kurungan penjara.

Tennessee: Memberikan informasi yang salah, tidak lengkap, atau menyesatkan kepada perusahaan asuransi dengan tujuan untuk menipu perusahaan merupakan suatu kejahatan. Hukumannya meliputi penjara, denda, dan penolakan manfaat asuransi.

Virginia: Memberikan informasi yang salah, tidak lengkap, atau menyesatkan kepada perusahaan asuransi dengan tujuan untuk menipu perusahaan merupakan suatu kejahatan. Hukumannya meliputi penjara, denda, dan penolakan manfaat asuransi. **Washington:** Memberikan informasi yang salah, tidak lengkap, atau menyesatkan kepada perusahaan asuransi dengan tujuan untuk menipu perusahaan merupakan suatu kejahatan. Hukumannya termasuk penjara, denda, dan penolakan manfaat asuransi.

Virginia Barat: Barangsiapa dengan sengaja mengajukan tuntutan palsu atau curang atas pembayaran kerugian atau manfaat atau dengan sengaja menyampaikan keterangan palsu dalam permohonan asuransi, bersalah melakukan tindak pidana dan dapat dikenakan denda dan kurungan penjara.

Semua negara bagian lainnya: Barangsiapa dengan sengaja mengajukan tuntutan palsu atau curang atas pembayaran kerugian atau manfaat, atau dengan sengaja menyampaikan informasi palsu dalam permohonan asuransi, dapat dianggap bersalah melakukan tindak pidana dan dapat dikenakan denda serta kurungan penjara.