

說明:

1. 請完整回答本表格兩頁上的所有部分，並在必要時隨附任何額外資訊以佐證您的理賠。
2. 請將這份簽名並註明日期的理賠表正本和任何附件親自送至或郵寄至以下地址，收件者是合規長。
3. 未根據《加州政府法典》第 915(a) 節規定的提交要求提交的理賠將不會作為政府理賠處理或受理。
4. 請參閱《加州政府法典》第 900 節及以下條款和 Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan ("HPSJ/MVHP") 的政策 CMP30，瞭解有關針對 HPSJ/MVHP 提出理賠的更多資訊。請注意以下期限：
 - a. 針對死亡或人身傷害或個人財產損害的理賠必須在訴訟理由產生後六 (6) 個月內提出（《政府法典》第911.2(a) 節）。
 - b. 與其他任何訴訟理由有關的理賠必須在訴訟理由產生後一 (1) 年內提出（《政府法典》第911.2(a) 節）。

[如有必要，請另附頁面以提供完整的詳細資訊]

理賠申請人姓名		理賠申請人的會員識別號（如果理賠申請人是 HPSJ/MVHP 會員）	
理賠申請人的住家地址			
街道名稱或郵政信箱	城市	州	郵遞區號
住家電話號碼			
理賠申請人的辦公地址			
街道名稱或郵政信箱	城市	州	郵遞區號
公司電話號碼			
理賠申請人希望將有關本理賠的通知或通訊寄送到的地址（如果與上面列出的地址不同）：			

損害或傷害何時發生?	
損害或傷害在哪裡發生?	
損害或傷害是如何發生以及在什麼情況下發生?	
請列出可能掌握您的傷害或損害相關資訊的任何證人的姓名、地址和電話號碼。	
請列出可能掌握您的傷害或損害相關資訊的任何證人的姓名、地址和電話號碼。	
您遭受了哪些傷害或損害?	
您理賠的金額是多少? 包括在提出本理賠時可能已知的任何預期損失估算金額, 以及理賠金額的計算依據。 (請隨附佐證理賠總額的所有文件的副本。)	
	\$
	\$
	\$
理賠總額:	\$

理賠總額是否超過了 \$10,000?	
是	否
已知掌握本理賠相關資訊的所有人的姓名、地址和電話號碼：（必要時使用附件）	

本人已閱讀前述理賠，包括附件（如有），理解了其中的內容，並且證明前述內容據我所知是準確無誤的，但根據我的資訊和判斷在此陳述的事項以及我認為準確無誤的事項除外。本人根據偽證罪處罰規定證明（或聲明）前述內容準確無誤。

..... 鍵入或以正楷手寫姓名 理賠申請人或代表理賠申請人行事的代理人簽名

..... 與理賠申請人的關係 日期

備註： 您必須提供 HPSJ/MVHP 考慮理賠和根據法律要求將理賠視為資訊充足所需的全部資訊。（請參閱《政府法典》第 910、910.2、910.4 和 910.8 節。）請將簽名的理賠表正本和備份 文件提交至以下地址，收件者是委員會職員。

警告： 提出虛假理賠屬於刑事犯罪。（請參閱《加州刑法》第 72 節）。