

## 门诊病人索赔表格

本表格可通过电子邮件地址 [CampusCareClaim@active-care.ca](mailto:CampusCareClaim@active-care.ca) 或邮政信箱 1237 Station A Windsor, ON N9A 6P8 提交给 ACM。请将所有收据副本包括在内。

A 部分 — 索赔人信息				
患者姓氏			患者名字	
保单号或学生编号	校区	注册入校日期 月   日   年	出生日期 月   日   年	性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住址		城市	省份	邮编
电子邮件地址			电话 ( )	

B 部分 — 医疗信息			
医师/诊所名称		电话 ( )	传真 ( )
医师/诊所地址		市/镇	省份
该症状是否与怀孕有关? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		最近一次看诊日期 月   日   年	预产期 月   日   年
患者现有疾病/症状及诊断的简要描述		就诊日期 月   日   年	

提供的医疗服务
请提供除医疗咨询以外的详细治疗信息

医疗费用 (由保单持有人填写) — 医疗费用若超过 300 加元, 必须通过邮件或传真提交收据原件。					
医疗服务提供方名称/姓名	费用种类 (如, 药费、就诊费等)	就诊日期 月   日   年	付款金额	付款日期 月   日   年	是否附带 收据? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		月   日   年		月   日   年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		月   日   年		月   日   年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		月   日   年		月   日   年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		月   日   年		月   日   年	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

D 部分 — 授权	
<p>我同意授权给所有医生、医院或提供医疗或保健服务的机构及其他保险公司, 让这些医疗单位及公司提供或与 ACM 公司或其代理机构交换为处理本次索赔所必需的信息。</p> <p>我指定 ACM 公司接收来自其他所有来源的, 旨在补偿该保单承保范围内的损失的所有利益, 我授权并指令此等付款人直接付款给 ACM 公司。</p> <p>我并授权给在本次索赔过程中为我提供协助的任何第三方, 可以从 ACM 公司处查阅与本次索赔裁定相关的任何及所有索赔资料。</p> <p>我确认, 我被授权为上述目的代表自己的受抚养家属行事。</p> <p>该授权书的复印件、传真件或电子版均应视为与原件同等有效与合法。</p> <p>该授权书在索赔期内有效, 但有效期不得超过签署日期之日起一年。</p> <p>我证明, 所提供的与本次索赔相关的所有资料均完整、真实且准确。</p>	
保单持有人签名 (若为未成年人, 则由父母或法定监护人签署)	日期 月   日   年

ACM 公司承诺保护本公司所收集、使用及披露的个人信息的隐私性、保密性及安全性。如需获得 ACM 公司的隐私保护政策信息, 请与我们联系。

入境加拿大访客的医院及医疗保险索赔表格 (续)