

**आउटपेशियन्ट दावा फॉर्म**

फॉर्म को ईमेल [CampusCareClaim@active-care.ca](mailto:CampusCareClaim@active-care.ca) के माध्यम से ACM के पास भेजा जा सकता है या P.O. Box 1237 Station A Windsor, ON N9A 6P8 पर डाक द्वारा भेजा जा सकता है। कृपया सभी रसीदों की प्रतिकृतियाँ संलग्न करें।

खण्ड A – दावेदार की जानकारी				
रोगी का पारिवारिक नाम			रोगी का प्रथम नाम	
पॉलिसी संख्या या छात्र पहचान संख्या	संस्कूल का परिसर	स्कूल में भर्ती होने की तिथि माह   दिन   वर्ष	जन्मतिथि माह   दिन   वर्ष	लिंग <input type="checkbox"/> पुरुष <input type="checkbox"/> स्त्री
आवास का पता		शहर	प्रांत	डाक कोड
ईमेल पता			फोन ( )	

खण्ड B – चिकित्सीय जानकारी				
डॉक्टर/क्लिनिक का नाम		फोन ( )	फैक्स ( )	
डॉक्टर/क्लिनिक का पता		शहर/उपनगर	प्रांत	डाक कोड
क्या यह परिस्थिति गर्भावस्था से संबंधित थी? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं		पिछले मासिक चक्र की तिथि माह   दिन   वर्ष	जन्म की अपेक्षित तिथि माह   दिन   वर्ष	
शिकायत/लक्षण और निदान का संक्षिप्त विवरण			सेवा की तिथि माह   दिन   वर्ष	

उपलब्ध कराई गई चिकित्सीय सेवाएँ	
कृपया परामर्श के अतिरिक्त उपचार का विवरण दें	

खर्चा-पॉलिसीधारक द्वारा पूरा किया जाना चाहिए – \$300 से अधिक के खर्च के लिए मूल रसीदें डाक या फैक्स द्वारा उपलब्ध कराई जानी चाहिए।					
प्रदारक का नाम	खर्च का विवरण (उदा: फार्मसी बिल, कार्यालय में भेंट, आदि)	सेवा की तिथि	भुगतान शुल्क	भुगतान करने की तिथि	क्या रसीद संलग्न की गई है?
		माह   दिन   वर्ष		माह   दिन   वर्ष	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
		माह   दिन   वर्ष		माह   दिन   वर्ष	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
		माह   दिन   वर्ष		माह   दिन   वर्ष	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
		माह   दिन   वर्ष		माह   दिन   वर्ष	<input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं

खण्ड D – प्राधिकरण	
<p>मैं किसी भी डॉक्टर, अस्पताल या चिकित्सीय अथवा स्वास्थ्य-संबंधी सेवाएं उपलब्ध कराने वाली किसी भी सुविधा को या किसी भी अन्य बीमा कंपनी को, ACM या उसके प्रतिनिधि के समक्ष इस दावे की प्रक्रिया के लिए आवश्यक किसी भी जानकारी को प्रकट करने या उसका विनिमय करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। मैं इस पॉलिसी के तहत कवर किए जाने वाले नुकसान के लिए किन्हीं भी अन्य स्रोतों से देय किसी भी लाभ को ACM के लिए आवंटित करता/करती हूँ, और मैं देयकर्ताओं को सीधे ACM के प्रति भुगतान अर्पणित करने के लिए अधिकृत व निर्देशित करता/करती हूँ। मैं इस दावे की प्रक्रिया में मुझे सहायता प्रदान करने वाले किसी भी तीसरे पक्ष को ACM के पास अपने दावे के अधिनिर्णय से संबंधित किसी भी तथा सभी प्रासंगिक दावों की जानकारी का उपयोग करने के लिए अधिकृत करता/करती हूँ। मैं इन उद्देश्यों के लिए मेरे अभिभावकों की ओर से कार्रवाई के लिए अधिकृत होने की पुष्टि करता/करती हूँ। इस प्राधिकरण की एक फोटोकॉपी, फैक्सकृति या इलेक्ट्रॉनिक कॉपी को मूल प्रति के अनुरूप वैध माना जाएगा। इस प्राधिकरण को दावे की अवधि के लिए वैध माना जाएगा, लेकिन यह हस्ताक्षर की गई तिथि के एक वर्ष से अधिक नहीं होनी चाहिए।</p> <p>मैं इस दावे के संबंध में उपलब्ध कराई गई जानकारी को संपूर्ण, सही और सत्य प्रमाणित करता/करती हूँ।</p>	
पॉलिसीधारक के हस्ताक्षर (यदि अवयस्क हो, तो माता/पिता या वैधानिक अभिभावक के हस्ताक्षर)	तिथि माह   दिन   वर्ष