

## NOSSO FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO PARA PACIENTES

O formulário pode ser enviado por e-mail para [CampusCareClaim@active-care.ca](mailto:CampusCareClaim@active-care.ca) ou pelo correio para P.O. Box 1237 Station A Windsor, ON N9A 6P8. Favor incluir todas as cópias dos recibos.

SEÇÃO A – INFORMAÇÕES DO SOLICITANTE				
Sobrenome do paciente			Nome do paciente	
Matrícula do aluno ou número da apólice	Campus escolar	Data de matrícula MM   DD   AAAA	Data de nascimento MM   DD   AAAA	Sexo <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Femin.
Endereço residencial		Cidade	Província	Código postal
E-mail			Fone (    )	

SEÇÃO B – INFORMAÇÕES MÉDICAS			
Nome do médico		Fone (    )	Fax (    )
Endereço do médico		Cidade/município	Província
A condição do paciente decorre de gravidez? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Data da última menstruação MM   DD   AAAA	Data esperada do parto MM   DD   AAAA
Descrição sucinta com queixas, sintomas e diagnóstico			Data do serviço MM   DD   AAAA

Serviços médicos fornecidos
Fornecer detalhes do tratamento além da consulta

DESPESA – A SER PREENCHIDO PELO TITULAR DA APÓLICE – para despesas acima de US\$300,00, os recibos originais devem ser enviados por correio ou fax.					
Nome do fornecedor	Descrição da despesa (ex.: medicamentos, consulta, etc.)	Data do serviço MM   DD   AAAA	Quantia paga	Data de pagamento MM   DD   AAAA	Recibo anexo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		MM   DD   AAAA		MM   DD   AAAA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		MM   DD   AAAA		MM   DD   AAAA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		MM   DD   AAAA		MM   DD   AAAA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		MM   DD   AAAA		MM   DD   AAAA	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

SEÇÃO D – AUTORIZAÇÃO	
<p>Autorizo qualquer médico, hospital ou unidade que presta serviços médicos ou de saúde e qualquer outro segurado a repassar ou trocar, com a ACM ou seu representante, quaisquer informações que sejam necessárias para processar esta solicitação. Eu cedo para a ACM quaisquer benefícios exigíveis de quaisquer outras fontes por prejuízos cobertos por esta apólice e autorizo e instruo estes devedores a encaminhar os pagamentos diretamente à ACM. Também autorizo quaisquer terceiros que me prestaram assistência neste processo de solicitação a ter acesso a toda e qualquer informação de indenização relevante com relação à adjudicação de minha solicitação para a ACM. Confirmando que estou autorizado a agir em nome de meus dependentes para estes fins. Uma fotocópia, fax ou cópia eletrônica desta autorização deve ser considerada com o mesmo efeito e validade que a original. Esta autorização deve ser considerada válida por toda a duração desta solicitação, em não mais que um ano da data de sua assinatura. Certifico que as informações fornecidas com relação a esta solicitação são completas, verdadeiras e precisas.</p>	
Assinatura do titular da apólice (se for menor, assinatura de um dos pais ou responsável legal)	Data MM   DD   AAAA

A ACM tem o compromisso de proteger a privacidade, sigilo e segurança das informações pessoais que coletamos, usamos e repassamos. Suas informações pessoais serão usadas apenas para fins do fornecimento dos serviços de seguro solicitados. Para obter uma cópia da política de privacidade da ACM, entre em contato conosco.