

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DEL PACIENTE EXTERNO

El formulario puede ser enviado a ACM por correo electrónico a [CampusCareClaim@active-care.ca](mailto:CampusCareClaim@active-care.ca) o por correo a P.O. Box 1237 Station A, Windsor, ON N9A 6P8. Favor de incluir todas las copias de los recibos.

SECCIÓN A - INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE				
Apellido del paciente			Nombre del paciente	
Número de la póliza o Número de Identificación del estudiante	Campus escolar	Fecha de inscripción en la escuela MM   DD   AAAA	Fecha de nacimiento MM   DD   AAAA	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Domicilio		Ciudad	Provincia	Código Postal
Dirección de correo electrónico			Teléfono ( )	

SECCIÓN B - INFORMACIÓN MÉDICA				
Médico / Nombre de la clínica		Teléfono ( )	Fax ( )	
Domicilio del médico/clínica		Ciudad/Poblado	Provincia	Código Postal
¿La condición estuvo relacionada con un embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de la última menstruación MM   DD   AAAA	Fecha prevista del nacimiento MM   DD   AAAA	
Breve descripción de las molestias/síntomas presentadas y diagnóstico				Fecha del servicio MM   DD   AAAA

Los servicios médicos prestados
Favor de proveer detalles del tratamiento, además de la consulta.

GASTOS - SECCIÓN A LLENAR POR EL ASEGURADO - para gastos mayores de \$300.00, los recibos originales deben enviarse por correo o por fax.					
Nombre del proveedor	Descripción de los gastos adquiridos (por ejemplo: factura de farmacia, consulta médica, etc.)	Fecha del servicio MM   DD   AAAA	Monto pagado	Fecha de pago MM   DD   AAAA	¿Recibo adjunto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		MM   DD   AAAA		MM   DD   AAAA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		MM   DD   AAAA		MM   DD   AAAA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		MM   DD   AAAA		MM   DD   AAAA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		MM   DD   AAAA		MM   DD   AAAA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SECCIÓN D – AUTORIZACIÓN	
Autorizo a cualquier médico, hospital o centro de prestación de servicios médicos o de salud, y a cualquier otra compañía de seguros para liberar e intercambiar con ACM o su representante, toda la información que se requiera para tramitar esta reclamación. Asigno a ACM cualquier beneficio pagadero de cualquier otra fuente por pérdidas cubiertas bajo esta póliza, y autorizo y dirijo a esos contribuyentes para remitir el pago directamente a ACM. También autorizo a cualquier tercero que me brinde ayuda en este proceso de reclamación, a tener acceso a toda la información relevante relacionada con la adjudicación de mi reclamación con ACM. Confirmando que estoy autorizado para actuar en nombre de mis dependientes para estos fines. Una fotocopia, fax o copia electrónica de esta autorización se considerará tan efectiva y tan válida como el original. Esta autorización se considerará válida por la duración de la reclamación, pero no excederá un año a partir de la fecha de firma. Certifico que la información proporcionada en relación con esta reclamación es completa, veraz y precisa.	
Firma del titular de la póliza (si es menor de edad, la firma del padre o tutor legal)	Fecha MM   DD   AAAA

ACM se compromete a proteger la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información personal que recopilamos, usamos y divulgamos. Su información personal será utilizada únicamente con el propósito de proporcionarle los servicios de seguro solicitados. Para obtener una copia de la política de privacidad de ACM, sea tan amable de ponerse en contacto con nosotros.