

門診病人索賠表

索賠表可通過電子郵件 CampusCareClaim@active-care.ca 或郵寄 P.O. Box 1237 Station A Windsor, ON N9A 6P8 發送至 ACM。請附上所有收據副本。

甲部分 – 索賠方資料				
病人姓			病人名字	
保險單號或學生証號	校園	註冊日期 年 月 日	出生日期 年 月 日	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
居住住址		市	省	郵政編號
電子郵件地址			電話 ()	

乙部分 – 醫療資料				
醫生/診所名稱		電話 ()	傳真 ()	
醫生/診所地址		市/鎮	省	郵政編號
症狀是否與懷孕有關? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		最近經期 年 月 日	預產期 年 月 日	
簡述索賠/症狀及診斷內容			接受醫療服務日期 年 月 日	

醫療服務
除診視外，請提供治療詳情

費用 – 由保單持有人填寫 – 如費用超過 \$300，必須郵寄或傳真呈交收據正本。

服務提供者	費用描述 (如：藥費、就診等)	提供服務日期	支付金額	支付日期	附有收據?
		年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
		年 月 日		年 月 日	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

丁部分 – 授權	
<p>本人授權任何醫生、醫院或醫療或保健服務單位，以及任何保險公司向 ACM 或其代表透露或交換為處理本索賠所需的任何資料。本人讓與 ACM 由其他支付者所支付本保單所承保的損失，本人准許並指示該等支付者直接付款與 ACM。本人亦授權在本索賠程序中為我提供幫助的任何第三方，有權獲得與我向 ACM 索賠之裁決有關的任何及所有索賠資料。本人確認我有權就上述事項代表我的家屬採取行動。本授權書的複印件、傳真件或電子文檔，將被視為與原件具有同等效力。本授權書在索賠期間保持有效，但不超越簽署日期後一年。</p> <p>本人確認上述所提供與本索賠有關的資料為完整、真實和準確。</p>	
保單持有人簽名 (如是未成年者，由家長或合法監護人代簽)	日期 年 月 日

ACM 致力保障我們所收集、使用和透露的個人資料的隱私、機密和安全。你的個人資料只用於向你提供所需的保險服務。索取一份 ACM 的隱私政策，請與我們聯絡。