

**MẪU ĐƠN DÀNH CHO BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ**

Mẫu đơn có thể gửi bằng email cho ACM theo địa chỉ [CampusCareClaim@active-care.ca](mailto:CampusCareClaim@active-care.ca) hoặc gửi bằng thư đến P.O. Box 1237 Station A Windsor, ON N9A 6P8. Xin vui lòng đính kèm tất cả bản sao biên lai.

<b>PHẦN A – THÔNG TIN VỀ NGƯỜI NỘP ĐƠN XIN CHI TRẢ</b>					
Họ của bệnh nhân			Tên của bệnh nhân		
Số bảo hiểm hoặc số thẻ sinh viên	Chi nhánh trường	Ngày ghi danh vào trường Tháng   Ngày   Năm	Ngày sinh Tháng   Ngày   Năm	Phái <input type="checkbox"/> Nam <input type="checkbox"/> Nữ	
Địa chỉ nhà		Thành phố	Tỉnh bang	Mã số bưu chính	
Địa chỉ email			Điện thoại ( )		

<b>PHẦN B – THÔNG TIN Y KHOA</b>					
Tên bác sĩ/Y viện		Điện thoại ( )		Fax ( )	
Địa chỉ bác sĩ/Y viện		Thành phố/Thị xã	Tỉnh bang	Mã bưu chính	
Tình trạng bệnh này có liên quan đến việc có thai hay không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không		Ngày có kinh nguyệt lần cuối Tháng   Ngày   Năm		Ngày sẽ sanh con Tháng   Ngày   Năm	
Miêu tả ngắn gọn về tình trạng bệnh hiện tại/Các triệu chứng & Chẩn đoán				Ngày phục vụ Tháng   Ngày   Năm	

<b>Các dịch vụ y tế đã cung cấp</b>
Ngoài sự Tư vấn, xin cho biết thêm chi tiết về việc điều trị

<b>CHI PHÍ – DO NGƯỜI ĐƯỢC BẢO HIỂM ĐIỀN – với các chi phí trên \$300, phải gửi bằng thư hoặc fax các bản chánh biên lai.</b>					
Tên người, cơ quan cung ứng dịch vụ	Miêu tả chi phí dịch vụ (ví dụ tiền mua thuốc, tiền khám tại văn phòng, v.v.)	Ngày phục vụ	Số tiền đã trả	Ngày trả tiền	Có kèm biên lai hay không?
		Tháng   Ngày   Năm	Tháng   Ngày   Năm	Tháng   Ngày   Năm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		Tháng   Ngày   Năm	Tháng   Ngày   Năm	Tháng   Ngày   Năm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		Tháng   Ngày   Năm	Tháng   Ngày   Năm	Tháng   Ngày   Năm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
		Tháng   Ngày   Năm	Tháng   Ngày   Năm	Tháng   Ngày   Năm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không

<b>PHẦN D – CHO PHÉP</b>	
<p>Tôi cho phép bất cứ bác sĩ, bệnh viện hoặc cơ sở cung cấp dịch vụ y khoa hoặc có liên quan đến y tế, và bất cứ cơ quan bảo hiểm nào được quyền chia sẻ và trao đổi thông tin với ACM hoặc với người đại diện của ACM, bất cứ thông tin nào cần có để giải quyết đơn này. Tôi chỉ định trả cho ACM bất cứ các phúc lợi nào, được trả từ bất cứ các nguồn nào cho các khoản thiệt hại được bao trả theo chính sách bảo hiểm này, và tôi cho phép và chỉ thị những người trả tiền đó chuyển trả tiền trực tiếp cho ACM. Tôi cũng cho phép bất cứ phía thứ ba nào đã giúp tôi trong tiến trình làm đơn này, được quyền tiếp cận bất cứ và tất cả các thông tin có liên quan đến đơn, liên hệ đến việc xét đơn của tôi với ACM. Tôi xác nhận tôi có quyền hành động thay mặt cho thân nhân phụ thuộc tôi cho các mục đích này. Một bản sao, một bản gửi bằng fax hoặc một bản điện tử của giấy ưng thuận này được xem như có hiệu lực và có giá trị như bản chánh. Sự cho phép này được xem như có hiệu lực trong thời gian nộp đơn, nhưng không quá một năm kể từ ngày ký. Tôi xác nhận thông tin cung cấp liên quan đến đơn này là đầy đủ, đúng sự thực và chính xác.</p>	
Chữ ký của người được bảo hiểm (Nếu dưới tuổi thành niên, thì cha hay mẹ hoặc người giám hộ phải ký thay)	Ngày Tháng   Ngày   Năm

## HOSPITAL & MEDICAL INSURANCE CLAIM FORM FOR VISITORS TO CANADA (Continued)

--	--

ACM cam kết bảo vệ chi tiết đời tư, bảo mật an toàn thông tin cá nhân chúng tôi thu thập, sử dụng và tiết lộ. Thông tin cá nhân của bạn chỉ sẽ được dùng cho mục đích cung cấp dịch vụ bảo hiểm được yêu cầu. Để có bản sao chính sách của ACM về chi tiết đời tư, xin liên lạc chúng tôi.