



**MAPLE RIDGE
PITT MEADOWS**
INTERNATIONAL PROGRAM

COMO ENVIAR UM FORMULÁRIO DE

PASSO 1 - FAÇA O DOWNLOAD DO FORMULÁRIO

- Acesse: <https://www.studyinsured.com/mapleridgesd/en>
- Baixe o “Formulário de Reivindicação - Médico”

ETAPA 2 - PREENCHA A PÁGINA 1 (FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO) - PREENCHA TODAS AS SEÇÕES COM ATENÇÃO.

A: Suas informações

Inclua seu nome e seu endereço atual no **Canadá**.

B: Destinatário do Pagamento - Quem deve receber o reembolso

- **Segurado** - Você (estudante) se você pagou pessoalmente
- **Hospital/Clínica** - Exemplo: Fraser Health/clínica de atendimento sem hora marcada que exige pagamento
- **Médico** - O profissional de saúde que exige pagamento.
- **Outro** - Alguém que pagou e deve receber o reembolso.

C: Outras coberturas de seguro

Indique se você possui algum outro plano de saúde.

D: Despesas

Liste o que já foi pago ou precisa ser pago (consulta médica, medicamentos, etc.).

→ **Seja claro e inclua todos os detalhes.**

Importante: Imprima, assine seu nome e escreva a data na parte inferior da página.

ETAPA 3 - PREENCHA A PÁGINA 2 (FORMULÁRIO DE PAGAMENTO)

A: Destinatário do pagamento

Preencha os dados de quem receberá o pagamento.

B: Escolha como deseja ser reembolsado

→ Se você já pagou a conta:

Selecione “**Transferência bancária internacional sem taxas - Contas internacionais**”

- Preencha seus dados bancários

→ Se a conta AINDA NÃO foi paga:

Selecione “**Cheque (somente para endereços canadenses)**”

- Utilize as informações da sua fatura para pagar diretamente ao hospital/médico.

Importante: Imprima, assine seu nome e escreva a data na parte inferior da página.

ETAPA 4 - ENVIE SEUS DOCUMENTOS

Envie todos os documentos por e-mail para: studentclaims@studyinsured.com

Inclua: Formulário de solicitação preenchido (páginas 1 e 2), todos os recibos e todas as faturas.

PARA OBTER ASSISTÊNCIA, LIGUE PARA 1-866-883-9787



studyinsured™
Português/Inglês



**MAPLE RIDGE
PITT MEADOWS**
INTERNATIONAL PROGRAM

HOW TO SUBMIT A CLAIMS FORM

STEP 1 - DOWNLOAD THE FORM

- Go to: <https://www.studyinsured.com/mapleridgesd/en>
- Download “**Claim Form- Medical**”

STEP 2 - COMPLETE PAGE 1 (CLAIM FORM) - FILL IN ALL SECTIONS CAREFULLY

A: Your information

Include your name and your current address in **Canada**

B: Payment Recipient - Who should receive the reimbursement

- **Insured** - You (student) if you personally paid
- **Hospital/Clinic** - Example: Fraser Health/the walk-in clinic that requires payment
- **Physician** - The doctor that requires payment
- **Other** - Someone else who paid and should receive the reimbursement

C: Other Insurance Coverage

Indicate if you have any other medical insurance

D: Expenses

List what has been paid or needs to be paid (doctor visit, medication, etc.).

→ **Be clear and include full details.**

Important: Print, sign your name, and write the date at the bottom of the page

STEP 3 - COMPLETE PAGE 2 (PAYMENT FORM)

A: Payment Recipient

Fill in the details of who will receive the payment

B: Choose how you want to be reimbursed

→ If **YOU** already paid the bill:

Select “**No-Fee International Wire Transfer - International Accounts**”

- Complete your bank details

→ If the bill is **NOT** paid yet:

Select “**Cheque (Canadian addresses only)**”

- Use the information from your invoice to pay hospital/physician directly

Important: Print, sign your name, and write the date at the bottom of the page

STEP 4 - SUBMIT YOUR DOCUMENTS

Email all documents to: studentclaims@studyinsured.com

Include: Completed claim form (pages 1 and 2), all receipts and all invoices

FOR ASSISTANCE CALL 1-866-883-9787



studyinsured™
Portuguese/English