



# Εξουσιοδότηση τρίτου

Συμφωνείτε να γνωστοποιούμε τα προσωπικά ή/και ιατρικά σας δεδομένα σε τρίτους και οι τρίτοι να μας γνωστοποιούν τα προσωπικά ή/και ιατρικά σας δεδομένα.

Γραμμή βοήθειας

**+44 (0) 1892 556274**

Διαθεσιμότητα: όλο το 24ωρο, 365 ημέρες τον χρόνο

## Ορισμοί λέξεων και φράσεων

Ορισμένες από τις λέξεις και φράσεις που χρησιμοποιούνται σε αυτό το έντυπο έχουν συγκεκριμένη σημασία, όπως, για παράδειγμα, ο όρος «θεραπεία».

**Εσείς και σας** – Όταν αναφέρουμε τις λέξεις «εσείς» και «σας», εννοούμε το κύριο μέλος καθώς και τυχόν μέλη της οικογένειας που καλύπτονται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας.

**Εμείς, εμάς και μας** – Όταν αναφέρουμε τις λέξεις «εμείς», «εμάς» ή «μας», εννοούμε την AXA Global Healthcare (UK) Limited που ενεργεί για λογαριασμό της AXA Insurance dac.

**AXA** – Όταν αναφέρουμε τον όρο AXA, εννοούμε την AXA Insurance dac ή/και την AXA Global Healthcare (UK) Limited.

Έχετε την επιλογή να μας δώσετε τη συγκατάθεσή σας να γνωστοποιούμε στοιχεία διαχείρισης ασφαλιστήριων συμβολαίων (όπως, ενδεικτικά, γενικά έγγραφα που αφορούν το ασφαλιστήριο συμβόλαιο και την τιμολόγηση, δηλώσεις συμμετοχής, συνδρομές και πληρωμές) ή/και δεδομένα υγείας σε Ασφαλιστή ή τρίτο που θα αναφέρετε εσείς και εκείνοι να γνωστοποιούν τα ίδια δεδομένα σε εμάς.

Μπορείτε να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή επικοινωνώντας με την AXA.

## 1 Τα στοιχεία σας

Σας υπενθυμίζουμε ότι πρέπει να χρησιμοποιήσετε **ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ** και να γράψετε με **ΚΕΦΑΛΑΙΑ** σε όλα τα πεδία

Όνοματεπώνυμο

Ημερομηνία γέννησης (ηη/μμ/εε)

**Αριθμοί μέλους** Γράψτε στο παρακάτω πλαίσιο τον αριθμό μέλους/πελάτη για το πρόγραμμα AXA Global Healthcare για το οποίο θα θέλατε να ισχύει η παρούσα συμφωνία:

**Αριθμός μέλους ή πελάτη**

Συνεχίζεται στην επόμενη σελίδα

## 2 Σε ποιον θα θέλατε να γνωστοποιούμε τις πληροφορίες σας;

**Πλήρες όνομα Ασφαλιστή ή τρίτου** (εάν αναφέρετε επωνυμίες ενός ή περισσότερων οργανισμών, αυτό σημαίνει ότι μπορούμε να επικοινωνήσουμε με οποιονδήποτε υπάλληλο [ο οποίος θα σας εξυπηρετήσει, εάν το άτομο που συνήθως συναλλάσσετε δεν είναι διαθέσιμο]).

**Διεύθυνση (συμπεριλαμβανομένης της χώρας)**

  
  

**Διεύθυνση email**

## 3 Συγκατάθεση

**1. Δίνω τη συγκατάθεσή μου η AXA να γνωστοποιεί στοιχεία μου στα άτομα που αναφέρονται στην ενότητα 2:**

- Στοιχεία διαχείρισης ασφαλιστήριων συμβολαίων που σχετίζονται με εμένα και τα εξαρτώμενα από εμένα μέλη κάτω των 16 ετών.
- Πληροφορίες που αφορούν την υγεία και ιατρικές πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων λεπτομερειών για τις απαιτήσεις μου και των εξαρτωμένων από εμένα μελών κάτω των 16 ετών.

**2. Δίνω τη συγκατάθεσή μου στο άτομο που αναφέρεται παρακάτω να γνωστοποιεί στοιχεία μου στην AXA:**

- Στοιχεία διαχείρισης ασφαλιστήριων συμβολαίων που σχετίζονται με εμένα και τα εξαρτώμενα από εμένα μέλη κάτω των 16 ετών.
- Πληροφορίες που αφορούν την υγεία και ιατρικές πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων λεπτομερειών για τις απαιτήσεις μου και των εξαρτωμένων από εμένα μελών κάτω των 16 ετών.

**Πλήρες όνομα**

**Ημερομηνία**

**Υπογραφή**

(Αυτό το έντυπο πρέπει να έχει χειρόγραφη υπογραφή. Οι ηλεκτρονικές υπογραφές δεν γίνονται δεκτές.)

**Για κάθε άτομο άνω των 16 ετών απαιτείται ένα έντυπο συγκατάθεσης. Εάν θέλετε να ακυρώσετε την παρούσα εξουσιοδότηση οποιαδήποτε στιγμή, μπορείτε να επικοινωνήσετε με την AXA.**

Στείλτε το συμπληρωμένο έντυπο:

Μεταφορτώστε ή στείλτε μέσω email: [axaglobalhealthcare.com/customer](mailto:axaglobalhealthcare.com/customer)

**Φαξ:** +44 (0) 1892 508256

**Ταχυδρομική διεύθυνση:** AXA – Global Healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN11 2PL, UK