



Έντυπο αυτοπιστοποίησης

Πληροφορίες για τη συμπλήρωση αυτού του εντύπου

Συμπληρώστε όλες τις ενότητες αυτού του εντύπου με **ΚΕΦΑΛΑΙΑ**. Δυστυχώς, εάν δεν συμπληρώσετε κάποια ενότητα, ενδεχομένως να υπάρξει μικρή καθυστέρηση στην απαίτησή σας ενώ ζητούμε τις πληροφορίες που χρειαζόμαστε.

- Επισυνάψτε ένα φωτοαντίγραφο ή σαρωμένη έκδοση των αναλυτικών εξοφλημένων τιμολογίων.
- Διαβάστε τις πληροφορίες προσεχτικά και υπογράψτε τη δήλωση σε αυτό το έντυπο. Εάν ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών, χρειαζόμαστε έναν γονέα ή κηδεμόνα να υπογράψει το παρόν έντυπο.

Στείλτε το συμπληρωμένο έντυπο:

Μεταφορτώστε ή στείλτε μέσω email στη διεύθυνση: axaglobalhealthcare.com/customer

Φαξ: +44 (0) 1892 508256

Ταχυδρομική διεύθυνση: AXA – Global Healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, UK

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.

1 Πληροφορίες μέλους

1.1 Στοιχεία κύριου μέλους

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

1.2 Στοιχεία ασθενούς

Όνοματεπώνυμο ασθενούς

Ημερομηνία γέννησης

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| Η | Η | Μ | Μ | Ε | Ε | Ε | Ε |

Αριθμός μέλους

Αριθμός απαίτησης

Συνεχίζεται στην επόμενη σελίδα

PB70830/05.19

2 Πληροφορίες για την απαίτησή σας – συμπληρώνεται από τον ασθενή

Σε ορισμένες περιπτώσεις, διατηρούμε το δικαίωμα να αποζημιωθούμε για το ποσό που καταβάλλουμε για θεραπεία, εάν προκύπτει ως αποτέλεσμα ατυχήματος ή τραυματισμού και **είναι υπαιτιότητα κάποιου άλλου**. Απαντώντας σε αυτές τις ερωτήσεις θα μας βοηθήσετε να αποφασίσουμε εάν ισχύει κάτι τέτοιο για εμάς. Αυτό δεν θα επηρεάσει το αποτέλεσμα οποιασδήποτε απαίτησης επί του προγράμματος AXA Global Healthcare που διαθέτετε.

2.1 Η θεραπεία παρέχεται λόγω τραυματισμού που προκλήθηκε από ατύχημα;

Ναι Όχι

2.2 Εάν ναι, θεωρείτε ότι το ατύχημα ή ο τραυματισμός προκλήθηκε με υπαιτιότητα τρίτου;

Ναι Όχι

2.3 Έχετε οποιοδήποτε άλλο ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα μπορούσε να καλύψει το κόστος σας, για παράδειγμα, ένα ασφαλιστήριο συμβόλαιο ταξιδιωτικής κάλυψης;

Ναι Όχι

3 Πληροφορίες πληρωμής – συμπληρώνεται από τον ασθενή

Θα πρέπει να συμπληρώσετε αυτή την ενότητα, μόνο εάν έχετε πληρώσει το νοσοκομείο ή τον ιατρό σας ήδη για τη θεραπεία σας και θέλετε να σας αποζημιώσουμε.

Συνήθως, πληρώνουμε τα τιμολόγια που πληρούν τις προϋποθέσεις απευθείας στο σχετικό νοσοκομείο και ιατρό. Εάν τα τιμολόγια που λαμβάνουμε από εσάς δεν έχουν πληρωθεί και η θεραπεία καλύπτεται από το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας, θα πληρώσουμε απευθείας το νοσοκομείο και τον ιατρό για λογαριασμό σας. Εάν έχετε πληρώσει ήδη τα τιμολόγια, συμπληρώστε αυτή την ενότητα με τα τραπεζικά σας στοιχεία, στείλτε μας τα αναλυτικά εξοφλημένα τιμολόγια και θα σας αποζημιώσουμε με επιταγή ή μέσω τραπεζικής κατάθεσης απευθείας στον τραπεζικό σας λογαριασμό.

Δυστυχώς, δεν μπορούμε να μεταφέρουμε τα χρήματα σε πιστωτικές ή χρεωστικές κάρτες, γι' αυτό μην καταχωρίσετε αριθμούς καρτών στον παρόν έντυπο.

3.1 Νόμισμα στο οποίο θέλετε να πληρωθεί η απαίτηση

3.2 Αριθμός τραπεζικού λογαριασμού

3.2 Όνομα δικαιούχου

3.3 Όνομα και διεύθυνση τράπεζας

3.4 Χώρα

3.5 IBAN

3.6 Κωδικός Swift

3.7 Όνομα λογαριασμού

3.8 Αριθμός ABA

*Σημείωση: εάν η πληρωμή γίνει σε ευρώ απαιτούνται οι κωδικοί IBAN και Swift

Απόδειξη πληρωμής

Επισυνάψτε φωτοαντίγραφα από όλα τα αναλυτικά εξοφλημένα τιμολόγια για τη θεραπεία καθώς και οποιαδήποτε ιατρικά πιστοποιητικά, αλληλογραφία ή έγγραφα που σχετίζονται με την απαίτηση. Για να αποφύγετε τυχόν καθυστερήσεις με την απαίτησή σας, βεβαιωθείτε ότι παρέχετε μια λίστα με τα εξής:

- τις ημερομηνίες της θεραπείας,
- τον τύπο θεραπείας,
- την αξία του τιμολογίου και ενημερώστε μας εάν έχετε ήδη πληρώσει για κάτι από αυτά.

4 Πληροφορίες για τη θεραπεία σας – συμπληρώνεται από τον ασθενή

Βεβαιωθείτε ότι όλες οι πληροφορίες που μας δίνετε είναι αληθείς, ακριβείς και πλήρεις, εξ όσων γνωρίζετε. Δυστυχώς, εάν οι πληροφορίες αποδειχθούν ψευδείς, πιθανόν η εταιρεία μας να μην μπορέσει να πληρώσει καμία απαίτηση για τη συγκεκριμένη πάθηση και σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αναγκαστεί να ακυρώσει τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμά μας.

- 4.1 Αναφέρετε λεπτομερή στοιχεία για την πάθηση, από τότε που την γνωρίζετε. Αναφέρετε την ακριβή ημερομηνία, εάν είναι δυνατό.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

- 4.2 Πώς ξεκίνησε η πάθηση; Αναφέρετε πλήρως όλα τα συμπτώματα και περιγράψτε την πάθηση αναλυτικά από την αρχή. Για περιπτώσεις ατυχημάτων, συμπεριλάβετε τον τρόπο, τον χρόνο και τον τόπο που συνέβη το ατύχημα.

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

- 4.3 Έχετε λάβει ποτέ στο παρελθόν θεραπεία για αυτόν τον τύπο τραυματισμού ή ασθένειας;

Ναι Εάν ναι, αναφέρετε περισσότερες λεπτομέρειες παρακάτω

Όχι

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

- 4.5 Απαιτείτε παροχή σε μετρητά για νοσοκομειακή περίθαλψη για την οποία δεν έχετε χρεωθεί;

Ναι **Όχι**

- 4.6 Εάν ναι, αναφέρετε τις ημερομηνίες εισόδου και εξιτηρίου και συμπεριλάβετε ένα πιστοποιητικό από το νοσοκομείο το οποίο να επιβεβαιώνει αυτές τις ημερομηνίες (μπορείτε να το ζητήσετε από το τμήμα μητρώου του νοσοκομείου).

Ναι **Όχι**

Ημερομηνία εισαγωγής

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | H | M | M | E | E | E | E |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Ημερομηνία εξόδου

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| H | H | M | M | E | E | E | E |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

- 4.4 Εάν η απαίτηση σχετίζεται με εγκυμοσύνη, αυτή προήλθε από φυσική σύλληψη;

Ναι **Όχι**

5 Δήλωση και συγκατάθεση

Το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας παρέχεται από την AXA Insurance dac και υπόκειται στη διαχείριση της εταιρείας AXA- Global Healthcare (AXA). Η AXA Global Healthcare (UK) limited ενεργεί για λογαριασμό της AXA Insurance dac για τον σκοπό της διαχείρισης του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Διαβάστε την παρούσα δήλωση και τη σελίδα «σημαντικές πληροφορίες» στο τέλος αυτού του εντύπου και υπογράψτε την ενότητα 5.4.

Δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που έχω δώσει στο παρόν έντυπο είναι σωστές, εξ όσων γνωρίζω.

Για την υποστήριξη της διαχείρισης των διακανονισμών της ασφάλισης υγείας μου, συναινώ στα εξής:

- α) η AXA Insurance dac ή/και η AXA Global Healthcare (UK) Limited (από κοινού **AXA**) να ζητάει ιατρικές πληροφορίες και δεδομένα υγείας από τον ιατρό ή/και το νοσοκομείο του ασθενούς (ανατρέξτε στην ενότητα **Ιατρικές εκθέσεις** του παρόντος εντύπου)
- β) ο ιατρός ή/και το νοσοκομείο να παρέχουν αυτά τα δεδομένα υγείας σε εκθέσεις ή με αντίγραφα του ιστορικού και των ιατρικών αρχείων μου, στην **AXA**
- γ) ο ιατρός ή/και το νοσοκομείο που συμμετέχουν στη φροντίδα του ασθενούς να εξετάζουν ιατρικές πληροφορίες και διακανονισμούς εξιτηρίου με την **AXA** για τους εξής λόγους: (Επιλέξτε ναι ή όχι για κάθε ένα από τα παρακάτω)
- (α) για να αξιολογήσουν και ακολούθως να εξετάσουν την απαίτησή μου και να εφαρμόσουν τους όρους/τις εξαιρέσεις του ασφαλιστηρίου συμβολαίου (εάν επιλέξετε όχι, δεν θα μπορούμε να επεξεργαστούμε την απαίτησή σας)
- Ναι Όχι
- (β) για να ελέγξουν το μητρώο του ιατρού και του νοσοκομείου προκειμένου να εξετάσουν την απόδοσή τους και να διασφαλίσουν ότι οι χρεώσεις προς την AXA είναι σωστές
- Ναι Όχι

5.1 Δηλώνω ότι είμαι ο ασθενής

- Ναι
 Όχι

5.2 Ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών;

- Ναι
 Όχι

α. Εάν ναι, δηλώνω ότι είμαι ο γονέας του ασθενούς

- Ναι
 Όχι

β. Εάν ναι, δηλώνω ότι είμαι ο κηδεμόνας του ασθενούς

- Ναι
 Όχι

5.3 Επιθυμώ να βλέπω οποιαδήποτε έκθεση του ιατρού πριν σας αποσταλεί

- Ναι
 Όχι

5.4 Υπογραφή*

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

*Προς υπογραφή από τον ασθενή ή τον γονέα/κηδεμόνα εάν ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών

5.5 Ημερομηνία

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| H | H | M | M | E | E | E | E |

Επιθυμώ κάποιο άλλο άτομο/κάποιοι άλλοι οργανισμοί να με βοηθήσουν με αυτήν την απαίτηση και συμφωνώ, για τον λόγο αυτό, η **AXA** ή κάποιος διαχειριστής ασφαλιστηρίων συμβολαίων και το άτομο/οι οργανισμοί που αναφέρονται παρακάτω να συζητήσουν αυτήν την απαίτηση και, στον βαθμό που απαιτείται, να γνωστοποιήσουν το ένα μέρος στο άλλο, τα σχετικά στοιχεία αναφορικά με την κατάσταση της υγείας μου και το ιατρικό ιστορικό μου.

- Όχι
 Ναι

Εάν απαντήσατε ναι, γράψτε το όνομα του ατόμου ή των οργανισμών εδώ:

(Εάν αναφέρετε επωνυμίες ενός ή περισσότερων οργανισμών, αυτό σημαίνει ότι μπορούμε να επικοινωνήσουμε με οποιονδήποτε υπάλληλο, ο οποίος θα εξυπηρετήσει, εάν το άτομο που συνήθως συναλλάσσετε δεν είναι διαθέσιμο).

Ιατρικές εκθέσεις

Εάν ζητηθεί μια ιατρική έκθεση με λεπτομέρειες για την τρέχουσα πάθησή σας, για το ιστορικό της πάθησής σας και για οποιαδήποτε προτεινόμενη θεραπεία δεν χρειάζεται να δώσετε τη συγκατάθεσή σας, ωστόσο, εάν δεν την δώσετε ενδεχομένως να μην μπορέσουμε να επεξεργαστούμε την απαίτησή σας.

Εάν θέλετε να δείτε την έκθεση προτού σταλεί σε εμάς, επιλέξτε το πλαίσιο παρακάτω. Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας γραπτώς για να σας αναφέρουμε την ημερομηνία που ζητάμε την έκθεση κι εσείς πρέπει να επικοινωνήσετε με τον ιατρό εντός 21 ημερών από το αίτημά μας. Έχετε 21 ημέρες από την ημερομηνία επικοινωνίας με τον ιατρό σας για να προγραμματίσετε να την δείτε.

Επιθυμώ να βλέπω οποιαδήποτε έκθεση του ιατρού ή/και του νοσοκομείου πριν αποσταλεί στην AXA

Εάν δεν επιλέξετε το πλαίσιο, αλλά αργότερα αλλάξετε γνώμη, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ιατρό και να ζητήσετε να δείτε την έκθεση.

Μπορείτε να ζητήσετε από τον ιατρό να δείτε την έκθεση οποιαδήποτε στιγμή εντός έξι μηνών από την ημερομηνία αποστολής της έκθεσης από τον ιατρό σε εμάς.

Εάν διαφωνείτε με τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται στην έκθεση, μπορείτε να ζητήσετε από τον ιατρό να τις αλλάξει. Εάν ο ιατρός δεν συμφωνεί μαζί σας, θα σας ζητήσει να γράψετε μια δήλωση, η οποία θα συνοδεύει την έκθεση που αποστέλλεται σε εμάς.

Ο ιατρός σας δεν είναι υποχρεωμένος να σας δείξει τμήματα της έκθεσης, εάν θεωρεί ότι θα προκληθεί βλάβη στη σωματική ή την πνευματική σας υγεία ή εάν περιλαμβάνει μελλοντικά σχέδια για τη θεραπεία σας τα οποία ο ιατρός δεν θέλει να δείτε.

Εάν η έκθεση περιλαμβάνει πληροφορίες για κάποιον τρίτο, ο ιατρός δεν θα σας δείξει αυτό το τμήμα της έκθεσης.

Ο ιατρός σας ενδέχεται να σας χρεώσει για την παροχή αντιγράφου της έκθεσης. Αυτή η χρέωση δεν περιλαμβάνεται στην κάλυψη του προγράμματός σας.

Εάν οποιοδήποτε ιατρικές εκθέσεις λάβουμε αποδεικνύουν ότι μια ιατρική πάθηση θα έπρεπε να είχε δηλωθεί κατά την υποβολή αίτησης ασφαλιστικής κάλυψης, ενδέχεται να αλλάξουμε τους όρους του προγράμματός σας.

Προστασία δεδομένων

Θα χειριστούμε τα προσωπικά σας δεδομένα σύμφωνα με τη σχετική νομοθεσία προστασίας δεδομένων.

Έχετε δικαίωμα να δείτε τις πληροφορίες που διατηρούμε για εσάς. Μπορείτε να μας γράψετε για να ζητήσετε αντίγραφο των προσωπικών δεδομένων σας σε οποιαδήποτε ανεξάρτητη έκθεση που ζητάμε. Εάν θέλετε αντίγραφο μια ιατρικής έκθεσης που μας έχει στείλει ο ιατρός σας, θα είναι πιο γρήγορο για

εσάς να επικοινωνήσετε απευθείας με τον ιατρό σας, γιατί θα πρέπει να ζητήσουμε την άδειά του για να σας παρέχουμε την έκθεση.

Για να διασφαλίσουμε ότι μπορούμε σας να παρέχουμε την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση, επεξεργαζόμαστε απαιτήσεις σε διάφορες χώρες σε όλο τον κόσμο.

Ενδέχεται να ελέγξουμε τις ιατρικές εκθέσεις των ιατρών και των νοσοκομείων για:

- την πρόληψη και τον εντοπισμό εγκληματικών ενεργειών, ιδιαίτερα απάτης,
- την εξέταση της απόδοσης των ειδικών,
- τη διασφάλιση ότι οι χρεώσεις προς την εταιρεία μας για τις υπηρεσίες τος είναι σωστές.

Οι έλεγχοι μπορεί να είναι προγραμματισμένοι ή να αφορούν ένα συγκεκριμένο συμβάν.

Ενδέχεται να χρειάζεται να γνωστοποιήσουμε πληροφορίες σε τρίτους συμπεριλαμβανομένων ειδικών επαγγελματιών υγείας, άλλων ασφαλιστών και άλλων οργανισμών που δραστηριοποιούνται στον εντοπισμό και την πρόληψη της απάτης.

Υπό ορισμένες προϋποθέσεις, υποχρεούμαστε βάσει νόμου να αποκαλύπτουμε στοιχεία στις αρχές επιβολής του νόμου σε περίπτωση υπόνοιας δόλιων απαιτήσεων και άλλων εγκληματικών ενεργειών. Αυτό ενδέχεται να περιλαμβάνει την προσθήκη μη ιατρικών πληροφοριών σε μια βάση δεδομένων, όπου θα έχουν πρόσβαση άλλες ασφαλιστικές εταιρείες και αρχές επιβολής του νόμου. Επίσης, ενδέχεται να μας ζητηθεί να αναφέρουμε σε σχετικές ρυθμιστικές αρχές οποιαδήποτε περίπτωση στην οποία έχουμε λόγο να αμφισβητήσουμε την καταλληλότητα ενός ιατρού να ασκεί το επάγγελμά του.

Για την πλήρη πολιτική απορρήτου, ανατρέξτε στην τοποθεσία www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice

Ολοκληρωμένη υγειονομική περίθαλψη για ομαδικά προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης

Εάν είστε μέλος ενός εταιρικού προγράμματος υγειονομικής περίθαλψης, ο εργοδότης σας μπορεί επίσης να παρέχει ή να χρησιμοποιεί την Υπηρεσία Επαγγελματικής Υγείας (Occupational Health Service) ή/και το Πρόγραμμα Υποστήριξης Εργαζομένων (Employee Assistance Programme). Οι υπηρεσίες αυτές παρέχονται από ξεχωριστές εταιρείες.

Κατόπιν της συγκατάθεσής σας, θα μοιραστούμε από κοινού με αυτές τις εταιρείες ευαίσθητα ή/και προσωπικά δεδομένα, τηρώντας τις αρχές της εμπιστευτικότητας και με βάση τη δεοντολογική ανάγκη γνώσης, για να παρέχουμε σε εσάς και τον εργοδότη σας (στην περίπτωση των υπηρεσιών Occupational Health Services και του προγράμματος Employee Assistance Programme), υποστήριξη και συμβουλές για την υγεία σας.