



Consenso per comunicazione a terzi

Autorizzazione che ci consente di condividere le informazioni personali e/o mediche dell'utente con terzi e che consente a terzi di condividere le informazioni personali e/o mediche dell'utente con noi.

Siamo qui per fornire assistenza

+ 44 (0) 1892 556274

Disponibile 24 ore su 24, 365 giorni all'anno

Definizioni di termini ed espressioni

Alcuni dei termini e delle espressioni utilizzati nel presente modulo hanno un significato specifico, per esempio quando si parla di trattamento.

Utente e utenti - quando vengono utilizzati "utente" e "utenti" si intende il membro principale e tutti i membri della famiglia coperti dalla polizza.

Noi, ci e nostro - quando vengono utilizzati "noi", "ci" e "nostro" si intende AXA Global Healthcare (UK) Limited che agisce per conto di AXA Insurance dac.

AXA - quando viene utilizzato "AXA" si intende AXA Insurance dac e/o AXA Global Healthcare (UK) Limited.

L'utente ha la possibilità di fornire il consenso che autorizzerà noi a condividere i dettagli di gestione della polizza (per esempio, ma non solo, i documenti generali della polizza e di fatturazione, le Dichiarazioni di adesione, le iscrizioni e i pagamenti effettuati) e/o le informazioni sanitarie con un broker o con terzi designati dall'utente stesso e che autorizzerà questi ultimi a condividere le stesse informazioni con noi.

È possibile revocare il consenso in qualsiasi momento contattando AXA.

1 Dettagli dell'utente

Compilare il modulo utilizzando una penna con **INCHIOSTRO NERO** e scrivere in **STAMPATELLO**

Nome

Data di nascita (gg/mm/aa)

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

Codici socio Scrivere nel riquadro sottostante il codice socio/codice cliente del piano AXA Global Healthcare a cui si desidera applicare il presente contratto:

Codice socio o codice cliente

Continua alla pagina successiva

2 Con chi si desidera condividere i propri dati?

Nome completo del broker o di terzi (se si indicano i nominativi di una o più organizzazioni, ciò significa che possiamo fornire informazioni a qualsiasi dipendente [che sarà di aiuto se la persona con cui si ha a che fare abitualmente non è disponibile]).

Indirizzo (incluso il Paese)

Indirizzo e-mail

3 Consenso

1. Io sottoscritto/a acconsento alla condivisione di informazioni da parte di AXA con le persone indicate al punto 2:

- Dettagli di gestione della polizza relativi al/alla sottoscritto/a e alle persone a mio carico di età inferiore ai 16 anni.
- Informazioni sanitarie e mediche, inclusi i dettagli delle mie richieste di risarcimento e delle persone a mio carico di età inferiore ai 16 anni.

2. Io sottoscritto/a acconsento alla condivisione di informazioni da parte della persona sotto indicata con AXA:

- Dettagli di gestione della polizza relativi al/alla sottoscritto/a e alle persone a mio carico di età inferiore ai 16 anni.
- Informazioni sanitarie e mediche, inclusi i dettagli delle mie richieste di risarcimento e delle persone a mio carico di età inferiore ai 16 anni.

Nome completo del/della sottoscritto/a, stampato

Data

Firma

(Il presente modulo deve essere firmato a mano. Non si accettano firme elettroniche).

È necessario un modulo di consenso per ogni persona di età superiore ai 16 anni. In qualsiasi momento si desidera annullare l'autorizzazione, è possibile contattare AXA.

Il modulo compilato deve essere inviato a:

Caricamento o invio tramite e-mail crittografata all'indirizzo: axaglobalhealthcare.com/customer

Fax: + 44 (0) 1892 508256

Posta: AXA – Global Healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, United Kingdom