



# Modulo di autocertificazione

## Informazioni sulla compilazione del presente modulo

Compilare tutte le sezioni del presente modulo scrivendo in **STAMPATELLO MAIUSCOLO**. Purtroppo, se una qualsiasi sezione viene lasciata incompleta, potrebbe verificarsi un leggero ritardo nell'elaborazione della richiesta di rimborso a causa della necessità di reperire altre informazioni.

- Allegare una fotocopia o una versione scannerizzata delle fatture quietanzate dettagliate.
- Leggere attentamente le informazioni e firmare la dichiarazione su questo modulo. Se il paziente ha meno di 16 anni, un genitore o un tutore deve firmare questo modulo.

## Il modulo compilato deve essere inviato a:

**Caricamento o invio tramite e-mail crittografata all'indirizzo:** [axaglobalhealthcare.com/customer](mailto:axaglobalhealthcare.com/customer)

**Fax:** + 44 (0) 1892 508256

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

## Definizioni di termini e frasi

Alcuni dei termini e delle frasi che usiamo nel presente modulo hanno un significato specifico, ad esempio quando si parla di trattamento.

**“Lei” e “suo, sua, suoi, sue”:** quando utilizziamo “Lei” e “suo, sua, suoi, sue”, intendiamo il soggetto assicurato principale e tutti i familiari coperti dalla polizza.

**“Noi”, “ci” e “nostro, nostra, nostri, nostre”:** quando utilizziamo “noi”, “ci” e “nostro, nostra, nostri, nostre”, intendiamo AXA Global Healthcare (UK) Limited che agisce per conto di AXA Insurance dac.

## 1 Dettagli della sottoscrizione

### 1.1 Dati del soggetto assicurato principale


### 1.2 Dati del paziente

#### Nome del paziente

#### Data di nascita

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

#### Numero di sottoscrizione

#### Numero di richiesta

Continua alla pagina successiva

## 2 Informazioni relative alla richiesta di rimborso - da compilarsi a cura del paziente

A volte possiamo recuperare il denaro che paghiamo per il trattamento se viene effettuato a seguito di un incidente o infortunio e **viene riconosciuta la colpa di terzi**. Rispondere a queste domande ci aiuterà a decidere se questa può essere un'opzione per noi. Ciò non influirà sull'esito di qualsiasi richiesta di rimborso relativa al suo piano AXA Global Healthcare.

2.1 Il trattamento è dovuto a un infortunio causato da un incidente?

Sì  No

2.3 Ha sottoscritto altre polizze assicurative che possono coprire le sue spese, ad esempio una polizza di viaggio?

Sì  No

2.2 In caso affermativo, ritiene che la colpa possa essere attribuita a terzi che hanno causato l'incidente o l'infortunio?

Sì  No

## 3 Dettagli di pagamento - da compilarsi a cura del paziente

**Questa sezione deve essere compilata solo se ha già pagato il trattamento all'ospedale o al medico e se necessita di un rimborso da parte nostra.**

Normalmente paghiamo le fatture ammissibili direttamente all'ospedale e al medico curante. Se le fatture ricevute da parte sua non sono state pagate e il trattamento è coperto dalla polizza, non si preoccupi: pagheremo l'ospedale e il medico automaticamente per suo conto. Se ha già pagato le fatture autonomamente, compili questa sezione con i suoi dati bancari, ci invii le fatture quietanzate dettagliate e la rimborseremo con assegno o bonifico bancario direttamente sul suo conto.

Purtroppo, non possiamo trasferire il denaro su carte di credito o di debito, quindi la preghiamo di non indicare numeri di carta su questo modulo.

3.1 Valuta di pagamento della richiesta di rimborso

3.4 Paese

3.2 Numero di conto bancario

3.5 IBAN

3.2 Nome del beneficiario

3.6 Codice Swift

3.3 Nome della banca e indirizzo postale

  

---

  

---

3.7 Nome del conto

3.8 Numero ABA

\*Nota: i codici IBAN e Swift sono necessari se il pagamento deve essere effettuato in euro

### Prova di pagamento

La preghiamo di allegare fotocopie di tutte le fatture quietanzate dettagliate, nonché dei certificati medici, della corrispondenza o dei documenti relativi alla domanda. Per evitare ritardi nell'inoltro della richiesta di rimborso, non dimentichi di elencare:

- date del trattamento,
- tipo di trattamento,
- importo della fattura; indichi inoltre se ha già pagato uno di questi importi.

## 4 Informazioni sul trattamento – da compilarsi a cura del paziente

La preghiamo di verificare che tutte le informazioni fornite siano corrette, accurate e complete in base alle sue conoscenze. Se tali informazioni dovessero rivelarsi false, potremmo non essere in grado di pagare alcun rimborso per questa patologia e in determinate circostanze potremmo essere costretti a cancellare la sottoscrizione.

- 4.1 Fornisca qualche dettaglio sulla patologia, a partire dal momento in cui è stata notata per la prima volta. Indichi la data esatta, se possibile.


- 4.2 Quali sono stati i primi segni della patologia? Indichi tutti i sintomi e descriva la condizione nel dettaglio fin dall'inizio. In caso di incidente, indichi come, quando e dove si è verificato l'incidente.


- 4.3 Ha mai avuto o è mai stato curato per questo tipo di infortunio o patologia in passato?

**Sì** In caso affermativo, fornisca maggiori dettagli di seguito  **No**


- 4.5 Ha diritto a prestazioni in denaro per cure stazionarie che non le sono state addebitate?

**Sì**  **No**

- 4.6 In caso affermativo, indichi le date di ricovero e dimissione e alleggi un certificato dell'ospedale che riporta la conferma di tali date (è possibile richiederlo al servizio di documentazione dell'ospedale).

**Sì**  **No**

Data di ricovero

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Data delle dimissioni

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

- 4.4 Se la richiesta di rimborso si riferisce a una gravidanza, la gravidanza è il risultato di un concepimento naturale?

**Sì**  **No**

## 5 Dichiarazione e consenso

La polizza è sottoscritta da AXA Insurance dac e gestita da AXA- Global Healthcare (AXA). AXA Global Healthcare (UK) Limited agisce per conto di AXA Insurance dac ai fini della gestione di questa polizza.

La preghiamo di leggere la presente dichiarazione e la “pagina delle informazioni importanti” alla fine del modulo e di firmare la sezione 5.4.

Dichiaro che tutte le informazioni che ho fornito nel presente modulo sono corrette sulla base delle mie conoscenze. A supporto della gestione del mio regime di assicurazione sanitaria, presto il mio consenso a quanto segue:

- a) la richiesta di informazioni mediche e sanitarie al medico curante e/o all'ospedale del paziente da parte di AXA Insurance dac e/o AXA Global Healthcare (UK) Limited (congiuntamente **AXA**; consulti a tal proposito la sezione **Referti medici** del presente modulo)
- b) la messa a disposizione da parte del medico curante e/o l'ospedale ad **AXA** di tali informazioni sanitarie tramite referti o copie delle mie cartelle cliniche e informazioni mediche
- c) l'esame da parte del medico curante e/o dell'ospedale coinvolto nell'assistenza del paziente delle informazioni mediche e delle disposizioni di dimissione con **AXA** per le seguenti ragioni: (Occorre barrare Sì o No per ciascuno dei seguenti punti)
  - (a) per valutare e successivamente rivedere la mia richiesta di rimborso e applicare termini/esclusioni della polizza (barrando No potremmo non essere in grado di elaborare la richiesta di rimborso)  
 **Sì**    **No**
  - (b) per esaminare la documentazione del medico curante e dell'ospedale al fine di verificare le loro prestazioni e garantire che AXA riceva fatture corrette  
 **Sì**    **No**

5.1 Dichiaro di essere il paziente

- Sì**  
 **No**

5.2 Il paziente ha meno di 16 anni?

- Sì**  
 **No**

a. In caso affermativo, dichiaro di essere il genitore del paziente

- Sì**  
 **No**

b. In caso affermativo, dichiaro di essere il tutore del paziente

- Sì**  
 **No**

5.3 Desidero ricevere i referti dal medico curante prima che vengano inviati ad AXA

- Sì**  
 **No**

5.4 Firmato\*

(Il presente modulo deve essere firmato a mano. Non sono accettate firme elettroniche).

\*Deve essere firmato dal paziente o dal genitore/tutore se il paziente ha meno di 16 anni

5.5 Data

G	G	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Desidero che un'altra persona/organizzazione fornisca supporto per questa richiesta di rimborso e accetto, per questo motivo, che **AXA** o qualsiasi amministratore della polizza e la persona/organizzazione indicata di seguito discutano della mia richiesta e, nella misura necessaria, si scambino reciprocamente i miei dati medici e sanitari rilevanti.

- No**  
 **Sì**

Se ha risposto Sì, indichi qui il nome della persona o dell'organizzazione:

(Se indica i nomi di una o più organizzazioni, potremo comunicare con qualsiasi collaboratore, che ci fornirà aiuto se la persona con cui si relaziona abitualmente non è disponibile).

## Referti medici

Se chiediamo un referto medico con i dettagli della sua patologia attuale, l'anamnesi e qualsiasi trattamento proposto, Lei non è tenuto a prestare il consenso, tuttavia se non presta il consenso potremmo non essere in grado di elaborare la sua richiesta di rimborso.

Se desidera visionare il referto prima che venga inviato a noi barri la casella qui sotto. Le scriveremo per comunicare la data in cui richiediamo il referto ed è tenuto a contattare il medico curante entro 21 giorni dalla data della nostra richiesta. Ha 21 giorni di tempo dalla data di contatto con il suo medico per prendere un appuntamento.

Desidero ricevere i referti dal medico curante e/o ospedale prima che vengano inviati ad **AXA**

Se decide di non barrare la casella ma poi cambia idea, può contattare il suo medico chiedendo di visionare il referto.

Può richiedere al medico di consultare il referto in qualsiasi momento entro sei mesi dall'invio del referto da parte del medico stesso.

Se è in disaccordo con le informazioni contenute nel referto, può chiedere al medico di modificarle. Se il medico non conferma tali modifiche, le chiederà di scrivere una dichiarazione che accompagnerà il referto che ci viene inviato.

Il medico non è tenuto a mostrarle determinate parti del referto se ritiene che tali parti possano causare danni alla sua salute fisica o mentale o se riportano piani futuri per la cura che il medico non vuole mostrare.

Se il referto include informazioni su terzi, non mostrerà quella parte del referto.

Il medico curante può richiederle un addebito per la copia del referto. Questo addebito non è coperto dal suo piano.

Se le cartelle cliniche che riceviamo evidenziano una patologia che avrebbe dovuto essere dichiarata sulla domanda del piano, possiamo modificare i termini del suo piano.

### Protezione dei dati

Tratteremo i suoi dati personali in conformità a tutte le leggi pertinenti sulla protezione dei dati.

Ha diritto a consultare i dati in nostro possesso che la riguardano. Può scriverci per richiedere una copia di qualsiasi informazione personale che la riguarda in qualsiasi referto indipendente da noi richiesto. Se desidera una copia di un referto che il suo medico ci ha inviato, sarà più veloce contattarlo direttamente perché dovremo ottenere il permesso del medico per rilasciarlo.

Per fornire il miglior servizio possibile, elaboriamo le richieste di rimborso in diversi paesi del mondo.

Possiamo eseguire un controllo sulle cartelle cliniche dei medici e degli ospedali per:

- prevenire e individuare reati, in particolare le frodi,
- esaminare le prestazioni degli specialisti,
- fare in modo che i servizi siano addebitati correttamente.

I controlli possono essere effettuati nell'ambito di un programma o in risposta a un evento specifico.

Potrebbe essere necessario condividere informazioni con terzi, inclusi periti sanitari, altri assicuratori e altre organizzazioni che si occupano dell'individuazione e della prevenzione delle frodi.

In determinate circostanze, siamo obbligati per legge a informare le forze dell'ordine, qualora si sospetti di richieste di rimborso fraudolente e altri crimini. A tale scopo potrebbe essere necessario inserire informazioni non sanitarie in database che possono essere accessibili ad altri assicuratori e alle forze dell'ordine. Possiamo anche essere tenuti a informare le autorità di regolamentazione competenti su qualsiasi questione per la quale abbiamo motivo di dubitare dell'idoneità alla pratica di un medico.

Per l'informativa sulla privacy completa, consulti [www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice](http://www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice)

### Assistenza sanitaria integrata per sistemi sanitari di gruppo

Se Lei fa parte di un sistema sanitario aziendale, il suo datore di lavoro potrebbe fornire o utilizzare il nostro servizio sanitario specifico per il lavoro (Occupational Health Service) e/o il programma di assistenza ai collaboratori (Employee Assistance Programme). Questi servizi sono forniti da società separate.

Con il suo consenso, condivideremo con queste società informazioni sensibili e/o personali, in via confidenziale sulla base etica relativa alla necessità essere informati, per fornire a Lei e ai suoi datori di lavoro (per gli Occupational Health Services e l'Employee Assistance Programme) il supporto e la consulenza per tutelare al massimo la sua salute.