



# Modulo di informazioni sanitarie

Per contattarci

**+ 44 (0) 1892 556274**

Disponibile 24 ore su 24, 365 giorni all'anno

Per consentirci di esaminare rapidamente la richiesta di rimborso, scriva in modo leggibile

## Il modulo è composto da tre parti:

Parte	Chi deve compilare questa parte
<b>A: Dettagli della richiesta</b>	il paziente che presenta richiesta di rimborso
<b>B: Consenso del paziente</b>	il paziente che presenta richiesta di rimborso
<b>C: Informazioni sanitarie</b>	il medico curante del paziente

## Il modulo compilato deve essere inviato a:

**Trasmettere o inviare 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, 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 PPP healthcare Limited.

## Parte A: Dettagli della richiesta di rimborso - da compilarsi a cura del paziente

### A1 I suoi dati e la richiesta di rimborso

Ricordare di usare **INCHIOSTRO NERO** e di scrivere in **STAMPATELLO MAIUSCOLO**

#### Nome completo e titolo

#### Indirizzo

Specifichi l'indirizzo completo di codice postale e paese (ove applicabile).

  

---

  

---

  

---

#### Numero di sottoscrizione/codice cliente

#### Numero di richiesta (se noto)

#### Dati di contatto

Includa il paese e i prefissi (ove applicabile). Se il paziente ha meno di 16 anni, specifichi i recapiti di un genitore o tutore legale.

#### Telefono

#### E-mail

#### Data di nascita

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

#### Motivo della richiesta di rimborso

Descriva i sintomi o la patologia sotto trattamento

  

---

Continua alla pagina successiva

## A2 Dettagli di pagamento del rimborso

Ha già saldato fatture per il trattamento per il quale sta richiedendo un rimborso?

- No** ► Passare alla **sezione A3**
- Sì** ► Proseguire con la compilazione di questa sezione

Rimborseremo qualsiasi trattamento coperto dalla polizza direttamente sul suo conto bancario.

Alleggi tutte le fatture quietanzate dettagliate relative al trattamento, nonché i certificati medici, la corrispondenza o i documenti relativi alla richiesta.

Per evitare ritardi nell'inoltro della richiesta di rimborso, non dimentichi di elencare:

- Date del trattamento
- Tipo di trattamento
- Stato patologico
- Importo della fattura

Valuta di pagamento della richiesta di rimborso

Paese

Numero di conto bancario

Nome del beneficiario

Nome del conto

IBAN (se pertinente in base alla sede della banca)

Codice SWIFT o BIC

Numero ABA (se pertinente in base alla sede della banca)

Indirizzo e nome della banca

  
  

In caso di ulteriori trattamenti in programma, la preghiamo di contattarci al numero +44 (0) 1892 556274 oppure online seguendo le istruzioni all'indirizzo [axaglobalhealthcare.com/customer](http://axaglobalhealthcare.com/customer)

## A3 Ulteriori informazioni

Desidera richiedere un rimborso in denaro per cure ricevute gratuitamente?

- No**
- Sì** ► In caso affermativo, la preghiamo di inviare la conferma delle date di ricovero o del trattamento con il presente modulo e documentazione a sostegno del fatto che i servizi sono stati forniti gratuitamente.

Il trattamento è successivo a un infortunio o a un incidente?

- No** ► Passare alla **Parte B**
- Sì**

**a.** Ritiene che la colpa possa essere attribuita a terzi che hanno causato l'incidente o l'infortunio?

- No**
- Sì**

**b.** Ha sottoscritto un'altra polizza assicurativa che copre la sua richiesta di rimborso?

- No**
- Sì** ► In caso affermativo, fornisca maggiori dettagli

Dettagli dell'altro assicuratore

## Parte B: Dichiarazione e consenso

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 PPP healthcare Limited 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**

Dichiaro di essere il paziente

- Sì**  
 **No**

Il paziente ha meno di 16 anni?

- No**  
 **Sì**

In caso affermativo, dichiaro di essere il genitore/tutore del paziente

- No**  
 **Sì**

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

- No**  
 **Sì**

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**

Firmato\*

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

\*Se il paziente ha meno di 16 anni, il modulo deve essere firmato da un genitore/tutore legale

Data

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

Nome completo del paziente

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).

# Parte C: Informazioni sanitarie

Da compilarsi a cura del medico curante del paziente; digitare o scrivere in modo chiaro

Nome del paziente

Data di nascita

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

Da quanto tempo conosce questo paziente?

Lei è il medico di base del paziente?

- No**  
 **Sì**

Ha accesso all'anamnesi medica del paziente?

- No** ► Vedere sotto  
 **Sì**

In caso negativo, indichi il nome e l'indirizzo della persona in possesso del fascicolo di anamnesi del paziente

  

---

---

---

---

---

## C1 Informazioni sanitarie

Stato patologico/diagnosi

Codice ICD

Codice chirurgico (se applicabile)

Descrizione dei sintomi

Per quanto tempo si sono manifestati i sintomi prima della richiesta di un consulto da parte del paziente?

Quando si sono manifestati i primi sintomi?

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

In caso di assenza di sintomi, cosa ha spinto il paziente a consultarla?

Data l'eziologia della patologia, per quanto tempo è stata presente tale condizione a suo parere?

Data del primo trattamento o della prima consultazione con un medico

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

Data del trattamento presso di Lei

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

Tipo di esame richiesto a conferma della diagnosi

  

---

---

Ulteriore piano di trattamento (se presente)

  

---

---

Il paziente le è stato riferito da un altro medico?

- No**  
 **Sì** ► In caso affermativo, fornisca il nome e i recapiti del medico curante che le ha riferito il paziente

  

---

---

---

---

---

La richiesta di rimborso è connessa o conseguente a un intervento chirurgico o a un trattamento precedente?

- No**  
 **Sì** ► In caso affermativo, specifichi ulteriori dettagli, comprese le date

  

---

---

---

---

---

Continua alla pagina successiva

## C1 Informazioni sanitarie (continua)

Il paziente soffre di patologie associate o correlate?

- No**  
 **Sì** ► In caso affermativo, indichi e spieghi la relazione e la data della diagnosi


Il paziente ha già ricevuto consulenze/trattamenti o ricoveri precedenti per questa patologia o per le patologie o i sintomi ad essa associati?

- No**  
 **Sì** ► In caso affermativo, fornisca maggiori dettagli

Data del trattamento

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

Stato patologico/trattamento


Nome del medico o della struttura sanitaria


Il paziente sta assumendo farmaci per questa patologia?

- No**  
 **Sì** ► In caso affermativo, nome del farmaco e data di inizio della terapia


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

- No**  
 **Sì**

Se la richiesta di rimborso si riferisce a una gravidanza, si tratta della prima gravidanza della paziente?

- No** ► In caso negativo, specifichi eventuali complicanze relative alla precedente gravidanza  
 **Sì**


## C2 Dichiarazione del medico curante

---

Dichiaro di essere il medico curante del paziente e confermo che le informazioni fornite sono corrette sulla base delle mie conoscenze. Sono consapevole del fatto che, se una qualsiasi delle informazioni è errata, ciò potrebbe influire sulla richiesta di rimborso delle spese sanitarie private da parte del mio paziente

---

Firma

Numero di telefono

Nome in stampatello

Data

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

Indirizzo e-mail

Timbro dello studio

# 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 dalla Sua polizza.

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, valutiamo 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.