



# Modulo di consenso

Per contattarci

**+ 44 (0) 1892 556274**

Disponibile 24 ore su 24, 365 giorni all'anno

## Il presente modulo ci permette di:

1. Richiedere un referto al suo medico curante in merito alla richiesta o alle esclusioni;  
e
2. Effettuare controlli o verifiche per assicurarci che le informazioni inviate siano corrette.

## Il modulo compilato deve essere inviato a:

### Trasmesso o inviato tramite e-mail crittografata all'indirizzo:

axaglobalhealthcare.com/customer

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

**Posta:** International Customer Service  
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.

## 1 Dati del paziente - da compilarsi a cura del paziente

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

### Nome del paziente

### Numero di sottoscrizione/codice cliente

### Sintomi/diagnosi o numero di richiesta

### Data di nascita del paziente

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

### 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

Continua alla pagina successiva

PB63247/04.18

## 2 Dati del medico curante

Nome

Numero di telefono

E-mail

Nome e indirizzo dello studio:

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

## 3 Dichiarazione e consenso

La polizza è sottoscritta da AXA PPP healthcare Ltd e gestita da AXA- Global Healthcare (AXA).

AXA Global Healthcare (UK) Limited agisce per conto di AXA PPP healthcare Ltd ai fini della gestione di questa polizza.

**Confermo di aver letto le informazioni contenute in questo modulo.**

Desidero richiedere una prestazione e dichiaro che tutte le informazioni che ho fornito sul presente modulo sono corrette in base alle mie conoscenze. Affinché la mia richiesta di rimborso possa essere elaborata, AXA PPP healthcare Administration Services Limited e/o AXA Global Healthcare (UK) Limited (congiuntamente **AXA**) possono trattare le informazioni contenute nel presente modulo e in qualsiasi referto medico o cartella sanitaria che possa essere richiesta.

A supporto della gestione del mio regime di assicurazione sanitaria, presto il mio consenso a quanto segue:

- la richiesta di informazioni mediche e sanitarie al medico curante e/o all'ospedale del paziente da parte di **AXA** (consulti a tal proposito la sezione **Referti medici** del presente modulo)
- 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**
- 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)
  - per valutare e successivamente rivedere la mia richiesta di rimborso e applicare termini/esclusioni della polizza (barrando No potremmo non essere in grado di valutare la richiesta di rimborso)  
 **Sì**    **No**
  - 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**

Se la mia sottoscrizione viene fornita nell'ambito di uno schema aziendale e il mio datore di lavoro richiede di inoltrare richieste di rimborso tramite una società separata incaricata di gestire richieste di rimborso, **AXA** può fornire con il mio consenso a tale società informazioni, comprese le informazioni sanitarie e mediche che mi riguardano, nonché informazioni simili a quelle fornite ad **AXA** quando è necessario gestire le richieste di rimborso.

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**

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

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).

### 3 Checklist - barrare le caselle appropriate in questa sezione.

---

- 1 ▶** I dati del soggetto assicurato sono stati compilati (**sezione 1**)
- 2 ▶** La sezione relativa a dichiarazione e consenso è stata compilata (**sezione 2**)
- 3 ▶** Il modulo è stato firmato ed è stata apposta la data (**sezione 3**)
- 4 ▶** Le informazioni importanti sono state lette (**sezione 4**)

## 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 valutare 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 della Sua polizza.

### 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 Healthcare 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.