



# Έντυπο ιατρικών πληροφοριών

Γραμμή βοήθειας

**+44 (0) 1892 556274**

Διαθεσιμότητα: όλο το 24ωρο, 365 ημέρες τον χρόνο

Βοηθήστε μας να εξετάσουμε την απαίτησή σας γρήγορα γράφοντας καθαρά

Το παρόν έντυπο αποτελείται από τρία μέρη:

Μέρος	Ποιος πρέπει να συμπληρώσει αυτό το μέρος
A: Πληροφορίες απαίτησης	ο ασθενής που υποβάλλει την απαίτηση
B: Συγκατάθεση ασθενούς	ο ασθενής που υποβάλλει την απαίτηση
Γ: Ιατρικές πληροφορίες	ο Ιατρός του ασθενούς

Στείλτε το συμπληρωμένο έντυπο:

**Μεταφορτώστε ή στείλτε μέσω email:**

[axaglobalhealthcare.com/customer](mailto: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 PPP healthcare Limited.

## Μέρος A: Πληροφορίες απαίτησης – συμπληρώνεται από τον ασθενή

### A1 Πληροφορίες για εσάς και την απαίτησή σας

Σας υπενθυμίζουμε ότι πρέπει να χρησιμοποιήσετε **ΜΑΥΡΟ ΜΕΛΑΝΙ** και να γράψετε με **ΚΕΦΑΛΑΙΑ** σε όλα τα πεδία

#### Όνοματεπώνυμο και τίτλος

#### Διεύθυνση

Σημειώστε τα πλήρη στοιχεία διεύθυνσης, συμπεριλαμβανομένου του ταχυδρομικού κώδικα και της χώρας ανάλογα με την περίπτωση.

  
  
  

#### Αριθμός μέλους/πελάτη

#### Αριθμός απαίτησης (εάν τον γνωρίζετε)

#### Στοιχεία επικοινωνίας

Συμπεριλάβετε τη χώρα και τους κωδικούς περιοχής, ανάλογα με την περίπτωση. Σημειώστε τα στοιχεία του Γονέα ή του Νόμιμου κηδεμόνα, εάν ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών.

#### Τηλέφωνο

#### Email

#### Ημερομηνία γέννησης

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

#### Αιτία απαίτησης

Περιγράψτε τα συμπτώματα ή την ιατρική πάθηση για την οποία παρέχεται θεραπεία

Συνεχίζεται στην επόμενη σελίδα

## A2 Πληροφορίες πληρωμής απαίτησης

Έχετε πληρώσει ήδη λογαριασμούς σχετικά με τη θεραπεία για την οποία υποβάλετε την απαίτηση;

- Όχι** ► Μεταβείτε στην **ενότητα A3**
- Ναι** ► Συμπληρώστε την υπόλοιπη ενότητα

Θα πληρώσουμε για οποιαδήποτε θεραπεία καλύπτεστε απευθείας στον τραπεζικό σας λογαριασμό.

Επισυνάψτε 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 της θεραπείας
- Την ιατρική πάθηση
- Την αξία του τιμολογίου

Το νόμισμα στο οποίο θα πληρωθεί η απαίτηση

IBAN (εάν ισχύει για την τοποθεσία της τράπεζάς σας)

Χώρα

Κωδικός SWIFT ή BIC

Αριθμός τραπεζικού λογαριασμού

Αριθμός ABA (εάν ισχύει για την τοποθεσία της τράπεζάς σας)

Όνομα δικαιούχου

Όνομα και διεύθυνση τράπεζας

  
  

Όνομα λογαριασμού

Εάν έχετε προγραμματίσει περαιτέρω θεραπεία, επικοινωνήστε μαζί μας στον αριθμό τηλεφώνου +44 (0) 1892 556274 ή διαδικτυακά ακολουθώντας τις οδηγίες στη διεύθυνση [axaglobalhealthcare.com/customer](http://axaglobalhealthcare.com/customer)

## A3 Περαιτέρω πληροφορίες

Θέλετε να απαιτήσετε παροχή σε μετρητά για θεραπεία που λάβατε δωρεάν;

- Όχι**
- Ναι** ► Εάν ναι, στείλτε επιβεβαίωση με τις ημερομηνίες της νοσηλείας ή της θεραπείας σας με αυτό το έντυπο και αποδείξεις ότι οι υπηρεσίες παρασχέθηκαν δωρεάν.

Η θεραπεία παρέχεται μετά από τραυματισμό ή ατύχημα;

- Όχι** ► Μεταβείτε στο **Μέρος B**
- Ναι**

**α.** Θεωρείτε ότι το ατύχημα ή ο τραυματισμός προκλήθηκε με υπαιτιότητα τρίτου;

- Όχι**
- Ναι**

**β.** Διαθέτετε άλλο ασφαλιστήριο συμβόλαιο που επίσης καλύπτει την απαίτησή σας;

- Όχι**
- Ναι** ► Εάν ναι, αναφέρετε περισσότερες λεπτομέρειες

Στοιχεία άλλης ασφαλιστικής εταιρείας

## Μέρος Β: Δήλωση και συγκατάθεση

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 PPP healthcare Limited 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 ασφαλιστήριου 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**

Δηλώνω ότι είμαι ο ασθενής

- Ναι**
- Όχι**

Ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών;

- Όχι**
- Ναι**

Εάν ναι, δηλώνω ότι είμαι ο γονέας/κηδεμόνας του ασθενούς

- Όχι**
- Ναι**

Επιθυμώ να βλέπω οποιαδήποτε έκθεση του ιατρού πριν σας αποσταλεί

- Όχι**
- Ναι**

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 ασφαλιστήριων 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**

Υπογραφή\*

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

\*Εάν ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών, το εν λόγω έντυπο πρέπει να υπογραφεί από τον γονέα/νόμιμο κηδεμόνα του

Ημερομηνία

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

Όνοματεπώνυμο ασθενούς

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 οποιοδήποτε υπάλληλο [ο οποίος θα εξυπηρετήσει, εάν το άτομο που συνήθως συναλλάσσετε δεν είναι διαθέσιμο]).

# Μέρος Γ: Ιατρικές πληροφορίες

Συμπληρώνεται από τον ιατρό του ασθενούς – βοηθήστε μας πληκτρολογώντας ή γράφοντας καθαρά

Όνοματεπώνυμο ασθενούς

Ημερομηνία γέννησης

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

Πόσο καιρό γνωρίζετε αυτό τον ασθενή;

Είστε ο συνήθης ιατρός πρωτοβάθμιας φροντίδας του ασθενούς;

- Όχι  
 Ναι

Έχετε πρόσβαση στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς;

- Όχι ► Δείτε παρακάτω  
 Ναι

Εάν όχι, πείτε μας το όνομα και τη διεύθυνση του ατόμου που κατέχει το αρχείο του ιατρικού ιστορικού του ασθενούς

  

---

---

---

---

---

## Γ1 Ιατρικές πληροφορίες

Ιατρική πάθηση / Διάγνωση

Κωδικός ICD Χειρουργικός κωδικός (εάν υπάρχει)

 

Περιγραφή των συμπτωμάτων

Για πόσο χρονικό διάστημα υφίστανται τα συμπτώματα πριν την επίσκεψη στο ιατρείο σας;

Πότε εκδηλώθηκαν τα συμπτώματα για πρώτη φορά;

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

Εάν δεν ο ασθενής δεν έχει συμπτώματα, τι τον παρακίνησε να σας συμβουλευτεί;

Δεδομένης της αιτιολογίας της κατάστασης, πόσο καιρό πιστεύετε ότι υφίσταται η κατάσταση;

Ημερομηνία της πρώτης θεραπείας ή της επίσκεψης σε οποιονδήποτε πάροχο υγειονομικής περίθαλψης

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

Ημερομηνία έναρξης θεραπείας μαζί σας

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

Τύπος διαγνωστικών εξετάσεων που απαιτούνται για επιβεβαίωση της διάγνωσης

  

---

---

Πρόγραμμα περαιτέρω θεραπειών (εάν υπάρχει)

  

---

---

Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε εσάς από άλλον ιατρό;

- Όχι  
 Ναι ► Εάν ναι, δώστε όνομα και στοιχεία επικοινωνίας του παραπέμποντος ιατρού

  

---

---

---

---

---

Η απαίτηση σχετίζεται με ή είναι αποτέλεσμα οποιασδήποτε προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης ή θεραπείας;

- Όχι  
 Ναι ► Εάν ναι, αναφέρετε αναλυτικά, συμπεριλαμβανομένων των ημερομηνιών

  

---

---

---

---

---

Συνεχίζεται στην επόμενη σελίδα

## Γ1 Ιατρικές πληροφορίες (συνέχεια)

Ο ασθενής έχει συναφείς ή σχετικές ιατρικές παθήσεις;

Όχι

Ναι ► Εάν ναι, δηλώστε και εξηγήστε τη σχέση και την ημερομηνία της διάγνωσης


Ο ασθενής έλαβε παλαιότερα ιατρικές συμβουλές/θεραπεία ή νοσηλεύτηκε για την εν λόγω πάθηση ή για συναφείς παθήσεις ή συμπτώματα;

Όχι

Ναι ► Εάν ναι, αναφέρετε αναλυτικά τις υπερπτώσεις

Ημερομηνία θεραπείας

H	H	M	M	E	E	E	E

Ιατρική πάθηση / θεραπεία


Όνομα παρόχου υγειονομικής περίθαλψης


Ο ασθενής λαμβάνει κάποια φαρμακευτική αγωγή για τη συγκεκριμένη πάθηση;

Όχι

Ναι ► Εάν ναι, ονομάστε το φάρμακο και την ημερομηνία έναρξης λήψης του


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

Όχι

Ναι

Εάν η απαίτηση σχετίζεται με εγκυμοσύνη, είναι η πρώτη εγκυμοσύνη της ασθενούς;

Όχι ► Αν όχι, αναφέρετε αναλυτικά οποιοσδήποτε προηγούμενες επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη

Ναι

Εάν η απαίτηση σχετίζεται με εγκυμοσύνη, είναι η πρώτη εγκυμοσύνη της ασθενούς;

Όχι ► Αν ναι, αναφέρετε αναλυτικά οποιοσδήποτε προηγούμενες επιπλοκές κατά την εγκυμοσύνη

Ναι


## Γ2 Δήλωση του ιατρού

Είμαι ο ιατρός του ασθενούς και επιβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που έχω παράσχει είναι σωστές, εξ όσων γνωρίζω. Αντιλαμβάνομαι ότι εάν οποιοσδήποτε από αυτές τις πληροφορίες είναι λανθασμένες, αυτό μπορεί να επηρεάσει την απαίτηση του ασθενούς μου για έξοδα ιδιωτικής υγειονομικής περίθαλψης.

Υπογραφή

Τηλέφωνο επικοινωνίας

Όνοματεπώνυμο (με κεφαλαία)

Σφραγίδα ιατρού

Ημερομηνία

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

Διεύθυνση email

# 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 οποιοσδήποτε 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](http://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.