



同意书

求助请联系

+44 (0) 1892 556274

全天工作, 全年无休

该表格让我们能：

1. 向您的医师索取有关您申请或排除给付情况的医疗报告；
以及
2. 进行检查或审计, 以确保发送给我们的信息是正确的。

请将完成的表格提交至：

通过保密电子邮件或以下网址上传：
axaglobalhealthcare.com/customer

传真： +44 (0) 1892 508256

邮寄地址： 国际客户服务
英国 TN1 2PL 肯特镇坦布里奇韦尔斯月牙湾路菲利普斯住宅 AXA – 全球医疗保健

词语定义

我们在此表格中使用的一些单词和短语有其特定含义, 例如有关治疗的词语。

“您(你们)”和“您(你们)的” - 当我们使用“您(你们)”和“您(你们)的”时, 我们指的是领导成员和受您保单涵盖的任何家庭成员。

“我们”和“我们的” - 当我们使用“我们”和“我们的”时, 我们指的是代表 AXA PPP 医疗保健有限公司的 AXA 全球医疗保健(英国)有限公司。

1 患者详情 - 将由患者填写

请记住全程使用**黑色墨水**并用**大写字母**书写

患者姓名

会员/客户编号

症状/诊断或索赔单号

患者出生日期

日	日	月	月	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

联系方式

请填写国家和地区代码(若适用)。若患者未满16岁, 请提供父母或法定监护人的详细资料。

电话

电子邮件

下一页

PB63247/01.21

2 医师细节

姓名

联系电话号码

电子邮件

诊所名称和地址：

3 声明与同意

您的保单由 AXA PPP 医疗保健有限公司承保, 并由 AXA- 全球医疗保健 (AXA) 管理。

AXA 全球医疗保健(英国)有限公司代表 AXA PPP 医疗保健有限公司来管理该保单。

我确认我已经阅读该表信息。

本人希望获取索赔并谨此声明, 本人所提供之一切资料均为本人所知。为了使我的索赔得到处理, 我同意 AXA PPP 医疗管理服务有限公司和/或 AXA 全球医疗保健(英国)有限公司(联合 AXA) 处理本表格以及任何可能需要的医疗报告或健康记录中的信息。

为了支持本人的健康保险安排的管理, 本人同意:

- AXA 要求患者的保健医师和/或医院的医疗卫生信息(请参阅本表格的**医疗报告**部分)
- 保健医师和/或医院在报告中, 或通过我的健康记录和医疗信息的复印件向 AXA 提供健康信息
- 参与患者护理的保健医师和/或医院与 AXA 审查医疗信息和出院安排, 原因如下: (请在以下各项中选择是或否)

(a) 评估并随后审查我的索赔以及适用保单条款/排除给付(如果您勾选否, 我们可能无法处理您的索赔)

是 否

(b) 审核保健医师和医院记录以检查其表现并确保 AXA 收到正确账单

是 否

如果我的会员资格是作为公司计划的一部分提供给我的, 并且我的雇主要求我通过一个已被任命管理任何索赔的独立公司提出索赔, 我同意 AXA 为该公司提供信息, 包括我的健康和医疗信息, 以及在需要管理我的索赔时, 公司也需向 AXA 披露类似信息。

本人声明本人为患者

是

否

患者是否未满 16 岁?

否

是

若是, 本人声明本人为患者父母/监护人

否

是

我希望在医师发送给您之前查看所有报告

否

是

签署*

(该表格必须手写签名。我们不接受电子签名。)

*若患者未满 16 岁, 则其父母/法定监护人需签署该表格

日期

日	日	月	月	年	年	年	年
---	---	---	---	---	---	---	---

患者全名

本人希望委托另一人士/机构协助处理此索赔事宜，并因而允许 AXA 或任何保单行政专员与以下的受委托人士/机构讨论此索赔，且根据需要向对方透露本人相关的健康与医疗状况详情。

- 否
- 是

如果您回答是，请在此处填写该人士或机构的姓名/名称：

(假如您填写机构的名称，这将意味着我们可以与其任何员工沟通，这将在您通常联系的人员未能接手时有用)。

3 检查表 - 在本节中勾选相应的复选框。

- 1 ▶ 已完成部分 1 中的会员详情
- 2 ▶ 已完成部分 2 中的声明与同意
- 3 ▶ 已于部分 3 对该表签名并填写日期
- 4 ▶ 已阅读部分 4 的重要信息

医疗报告

如果我们要求一份医疗报告, 详细说明您目前的病情、病史和任何建议的治疗, 您可以不必同意, 但如果您不同意, 我们可能无法处理您的索赔。

如果您希望在发送给我们之前查看报告, 请在下面的复选框中打勾。我们会写信给您, 告诉您我们要求报告的日期, 并且您必须在我们要求的 21 天内联系医师。从联系您的医师之日起, 您有 21 天的时间安排查看报告。

我希望在医师和/或医院发给 AXA 之前查看所有报告

如果您不勾选但是之后改变主意, 您可以联系医师要求查看报告。

在医师发送给我们的六个月内, 您可以随时向医师要求查看报告。

若不同意报告中的信息, 您可以要求医师更改。如果医师不同意您的意见, 您需写一份声明, 与报告一齐交予我们。

如果医师认为这可能会对您的身体或精神健康造成伤害, 或者如果它显示了医师不希望您看到的未来护理计划, 则医师无需向您展示报告的部分内容。

如果报告包含有关其他人的信息, 医师将不会向您显示报告的这一部分。

医师可能会向您收取报告副本的费用。此费用不包含在您的计划中。

如果我们收到的任何医疗记录显示您在申请计划时应声明的医疗状况, 我们可能会更改您的计划条款。

数据保护

我们将根据所有相关的数据保护法规来保护您的个人数据。

您有权查看我们掌握的关于您的信息。您可以写信给我们, 索要在我们要求的任何独立报告中关于您的任何个人信息的副本。若您需要您的医师向我们发送的医疗报告副本, 直接与他们联系将会最快拿到副本, 因为我们必须获得他们的许可才能将其交给您。

为确保我们能够为您提供最好的服务, 我们在全球多个国家处理索赔。

我们可能会审核医师和医院的医疗记录, 以便:

- 预防和侦查犯罪, 尤其是欺诈行为,
- 审查专家表现,
- 确保他们给我们开出的服务账单正确无误。

审计可以是程序的一部分, 也可以是针对特定事件的响应。

我们可能需要与第三方分享信息, 其中包括医疗专家、其他保险公司和其他有关检测和预防欺诈的组织。

在某些情况下, 法律要求我们向执法机构披露有关

欺诈索赔和其他犯罪嫌疑的信息。这可能涉及向其他保险公司和执法机构可以查看的数据库中添加非医疗信息。如果我们有理由怀疑医疗服务提供者的措施适当性, 我们可能需要告知相关监管机构。

有关我们完整的隐私政策, 请参阅

www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice

群体健康综合保健医疗方案

若您是公司医疗保健计划的成员, 您的雇主也可能提供或使用我们的职业健康服务和/或员工帮助计划。这些服务由独立的公司提供。

在征得您的同意之后, 我们将会和这些公司共享敏感信息和/或个人信息, 并在道德的知情需要基础上秘密地为您和您的雇主(在职业健康服务和员工帮助计划的情况下)提供支持和关于您们健康的建议。