



Formulaire de consentement

Nous sommes là pour vous aider

+44 (0) 1892 556274

Disponibilité jour et nuit, 365 jours par an.

Ce formulaire nous permet de :

1. Demander un dossier médical à votre médecin concernant votre demande et vos exclusions ;
et
2. Effectuer des vérifications et des contrôles pour s'assurer que les informations envoyées sont exactes.

Veillez envoyer votre formulaire complété à :

Téléchargement ou e-mail sécurisé via :

axaglobalhealthcare.com/customer

Fax : +44 (0) 1892 508256

Adresse postale : Service client international
AXA - Global Healthcare, Phillips House, Crescent Road,
Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, Royaume-Uni

Définitions de nos mots et expressions

Certains mots et certaines phrases que nous utilisons dans ce formulaire ont une signification particulière, par exemple lorsque nous parlons de traitement.

Vous et votre : lorsque nous utilisons vous et votre, nous faisons référence au membre principal et à tout autre membre de la famille couvert par votre police.

Nous et notre : lorsque nous utilisons nous et notre, nous faisons référence à AXA Global Healthcare (UK) Limited agissant au nom de AXA PPP healthcare Limited.

1 Informations sur le patient – à compléter par le patient

Veillez utiliser de l'**ENCRE NOIRE** et écrire en **MAJUSCULES D'IMPRIMERIE** sur tout le formulaire

Nom du patient

Numéro d'assuré/client

Symptômes/diagnostic ou numéro de la demande

Date de naissance du patient

J	J	M	M	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---

Coordonnées

Veillez fournir le code du pays et l'indicatif régional, le cas échéant. Veillez renseigner les coordonnées d'un parent ou du tuteur légal si le patient a moins de 16 ans.

Téléphone

E-mail

Suite à la page suivante

PB63247/01.21

2 Coordonnées du médecin

Nom

Numéro de téléphone

E-mail

Nom et adresse du cabinet :

3 Déclaration et consentement

Votre police d'assurance est prise en charge par AXA PPP healthcare Ltd et administrée par AXA- Global Healthcare (AXA).

AXA Global Healthcare (UK) limited agit au nom de AXA PPP healthcare Ltd pour l'administration de cette police.

Je confirme avoir lu les informations de ce formulaire.

Je souhaite demander une prestation et déclare que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exactes. Pour que ma demande puisse être traitée, j'accepte que AXA PPP healthcare Administration Services Limited et/ou AXA Global Healthcare (UK) Limited (conjointement **AXA**) traite les informations de ce formulaire et des dossiers médicaux demandés.

Pour garantir l'application des engagements de mon assurance maladie, j'accepte que :

- AXA** demande des informations médicales au professionnel de santé et/ou à l'hôpital du patient (voir la section **Dossiers médicaux** de ce formulaire)
- le professionnel de santé et/ou l'hôpital fournissent ces informations médicales, via des rapports ou des copies de mes dossiers de santé et informations médicales, à **AXA**.
- le professionnel de santé et/ou l'hôpital impliqués dans les soins du patient vérifient les informations médicales et appliquent les accords mis en place avec **AXA** pour les raisons suivantes : (Veuillez cocher oui ou non pour chacune des propositions.)
 - pour évaluer puis réviser ma demande et appliquer les termes/exclusions de la police (si vous cochez non, nous pourrions ne pas être en mesure de traiter votre demande)
 Oui **Non**
 - pour contrôler les dossiers du professionnel de santé et de l'hôpital afin d'analyser leurs performances et de s'assurer qu'**AXA** est correctement facturée
 Oui **Non**

Si mon adhésion dépend d'un programme d'entreprise et que mon employeur exige que mes demandes passent par une autre société désignée pour gérer les demandes de remboursement, j'accepte qu'**AXA** fournisse à cette société mes informations, y compris mes informations médicales et que cette société communique des informations similaires à **AXA** si nécessaire pour assurer la gestion de ma demande.

Je déclare être le patient

- Oui**
 Non

Le patient a-t-il moins de 16 ans ?

- Non**
 Oui

Si oui, je déclare être le parent/tuteur du patient

- Non**
 Oui

Je souhaite consulter tout rapport du médecin avant qu'il vous soit envoyé

- Non**
 Oui

Signé*

(Ce formulaire doit être signé à la main. Nous n'acceptons pas les signatures électroniques.)

*Si le patient a moins de 16 ans, ce formulaire doit être signé par son parent/tuteur légal

Date

--	--	--	--	--	--	--	--

Nom complet du patient

Je souhaite qu'une autre personne/un ou plusieurs autres organisme(s) m'assistent quant à cette demande de remboursement. En ce sens, j'habilite **AXA** ou tout autre gestionnaire de polices d'assurances et la personne ou le(s) organisme(s) mentionnés ci-dessous à examiner cette même demande et, tant qu'il est nécessaire, à communiquer entre eux les informations sanitaires et médicales pertinentes me concernant.

Non

Oui

Si vous avez répondu par l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la personne ou du/des organisme(s) concernés ici :

(indiquer le nom d'un ou plusieurs organismes nous autorise à communiquer avec n'importe lequel de leurs employés ce qui pourra nous être utile en cas d'indisponibilité de la personne habituellement en charge de votre dossier).

3 Liste de vérification – cochez les cases applicables dans cette section.

- 1** ► J'ai complété les coordonnées de l'assuré **section 1**
- 2** ► J'ai complété la déclaration et le consentement **section 2**
- 3** ► J'ai signé et daté le formulaire **section 3**
- 4** ► J'ai lu les informations importantes **section 4**

Si nous demandons un dossier médical contenant des informations sur votre pathologie, vos antécédents et tout traitement éventuel, vous n'êtes pas obligé de donner votre consentement. Toutefois, si vous ne donnez pas votre consentement, nous pourrions ne pas être en mesure de traiter votre demande.

Si vous souhaitez consulter le rapport avant qu'il nous soit envoyé, veuillez cocher la case ci-dessous. Nous vous contacterons pour vous informer de la date à laquelle nous demandons de consulter le rapport et vous devrez contacter votre médecin dans les 21 jours après la date de notre demande. Vous avez 21 jours pour le consulter à partir de la date à laquelle nous contactons votre médecin.

Je souhaite consulter tout rapport du médecin et/ou de l'hôpital avant qu'il soit envoyé à **AXA**.

Si vous ne cochez pas cette case et que vous changez d'avis, vous pouvez contacter votre médecin et lui demander de voir le rapport.

Vous pouvez à tout moment demander au médecin de voir le rapport dans les six mois à compter de la date à laquelle il nous l'envoie.

Si vous n'êtes pas d'accord avec les informations contenues dans ce rapport, vous pouvez demander au médecin de les modifier. Si le médecin n'est pas d'accord avec vous, il vous demandera une déclaration écrite à joindre au rapport qui nous est envoyé.

Votre médecin n'a pas à vous montrer les parties du rapport susceptibles selon lui de vous nuire physiquement ou mentalement ni les éléments dévoilant des plans de traitement ultérieurs qu'il ne souhaite pas que vous connaissiez.

Si le rapport contient des informations sur une personne tierce, le médecin ne peut vous montrer cette partie du rapport.

Votre médecin peut vous facturer une copie du rapport. Ces frais ne sont pas pris en charge par votre plan d'assurance.

Si nous recevons un dossier médical témoignant d'une pathologie que vous auriez dû déclarer dans votre demande de plan d'assurance, nous sommes libres de modifier les termes de votre plan.

Protection des données

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation en vigueur sur la protection des données.

Vous êtes autorisé à consulter les informations que nous possédons vous concernant. Vous pouvez nous écrire pour obtenir une copie de vos informations personnelles contenues dans les rapports indépendants que nous demandons. Si vous souhaitez obtenir une copie d'un rapport médical envoyé par votre médecin, il vous sera plus rapide

de le contacter directement puisque nous devons obtenir son autorisation avant de vous le transmettre.

Pour veiller à vous fournir les meilleurs services possibles, nous traitons les demandes de remboursement dans différents pays à travers le monde.

Nous pouvons contrôler les dossiers médicaux des médecins et hôpitaux pour :

- prévenir et détecter les infractions, et plus particulièrement les fraudes,
- examiner les performances des spécialistes,
- s'assurer que nous sommes correctement facturés pour leurs services.

Ces contrôles peuvent être effectués dans le cadre d'un programme ou à la suite d'un événement donné.

Nous pouvons être amenés à partager vos informations à des tiers, notamment des experts médicaux, d'autres assurances et d'autres organismes soucieux de la détection et de la prévention des fraudes.

Dans certaines circonstances, nous sommes tenus par la loi de communiquer des informations aux services répressifs en cas de suspicion de demandes frauduleuses ou autres infractions. Cela peut impliquer l'ajout d'informations à caractère non médical à des bases de données accessibles par d'autres assureurs et par les services répressifs. Nous pouvons également être amenés à communiquer tout problème aux organismes de réglementation concernés quand nous avons une raison de douter de l'aptitude à pratiquer d'un prestataire médical.

Pour consulter l'intégralité de notre politique de confidentialité, rendez-vous sur www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice

Soins de santé intégrés pour les programmes de santé collectifs

Si vous êtes adhérent au programme de santé d'une entreprise, votre employé peut également fournir ou utiliser notre service de médecine du travail et/ou notre programme d'aide aux employés. Ces services sont fournis par des sociétés séparées.

Avec votre consentement, nous et ces sociétés partagerons des informations sensibles et/ou personnelles dans le cadre d'un besoin moral de connaître vos informations de base pour vous fournir, à vous et à votre employeur (dans le cas de services de médecine au travail et du programme d'aide aux employés) l'assistance et les conseils adéquats concernant votre santé.