



# Έντυπο συγκατάθεσης

Γραμμή βοήθειας

**+44 (0) 1892 556274**

Διαθεσιμότητα: όλο το 24ωρο, 365 ημέρες τον χρόνο

## Με το παρόν έντυπο μπορούμε:

1. Να ζητήσουμε μια ιατρική έκθεση από τον ιατρό σας σχετικά με την αίτηση ή τις εξαιρέσεις σας,  
και
2. Να διεκπεραιώσουμε ελέγχους για να διασφαλίσουμε ότι οι πληροφορίες που μας έχουν σταλεί είναι σωστές.

## Στείλτε το συμπληρωμένο έντυπο:

**Μεταφορτώστε ή στείλτε μέσω email:**  
axaglobalhealthcare.com/customer

**Φαξ:** +44 (0) 1892 508256

**Ταχυδρομική διεύθυνση:**  
International Customer Service  
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.

## 1 Στοιχεία ασθενούς – συμπληρώνεται από τον ασθενή

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

### Όνοματεπώνυμο ασθενούς

### Αριθμός μέλους/πελάτη

### Συμπτώματα/Διάγνωση ή αριθμός απαίτησης

### Ημερομηνία γέννησης ασθενούς

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

### 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

Συνεχίζεται στην επόμενη σελίδα

PB63247/01.21

## 2 Στοιχεία ιατρού

Όνοματεπώνυμο

Τηλέφωνο επικοινωνίας

Email

Όνομα και διεύθυνση ιατρού:


## 3 Δήλωση και συγκατάθεση

Το ασφαλιστήριο συμβολαίο σας παρέχεται από την AXA PPP healthcare Ltd και υπόκειται στη διαχείριση της εταιρείας AXA- Global Healthcare (AXA).

Η AXA Global Healthcare (UK) limited ενεργεί για λογαριασμό της AXA PPP healthcare Ltd για τον σκοπό της διαχείρισης του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει τις πληροφορίες στο παρόν έντυπο.

Επιθυμώ να απαιτήσω παροχή και δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που έχω δώσει στο παρόν έντυπο είναι σωστές, εξ όσων γνωρίζω. Προκειμένου να γίνει επεξεργασία της απαίτησής μου, δίνω τη συγκατάθεσή μου στην AXA PPP healthcare Administration Services Limited ή/και AXA Global Healthcare (UK) Limited (από κοινού **AXA**) να επεξεργαστούν τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο και σε οποιοσδήποτε ιατρικές εκθέσεις ή ιατρικά αρχεία μπορεί να ζητηθούν.

Για την υποστήριξη της διαχείρισης των διακανονισμών της ασφάλισης υγείας μου, συναινώ στα εξής:

- α) η **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 ασφαλιστηρίου 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**

Εάν η συμμετοχή μου εμπίπτει στο πλαίσιο ενός εταιρικού προγράμματος και ο εργοδότης μου μου ζητήσει να υποβάλλω απαιτήσεις μέσω ξεχωριστής εταιρείας που έχει οριστεί να διαχειρίζεται τυχόν απαιτήσεις, δίνω τη συγκατάθεσή μου στην **AXA** να παρέχει σε αυτή την εταιρεία πληροφορίες, συμπεριλαμβανομένων πληροφοριών που αφορούν την υγεία μου και ιατρικών πληροφοριών, καθώς και στην εταιρεία να αποκαλύπτει παρόμοιες πληροφορίες στην **AXA** όποτε είναι απαραίτητο για τη διαχείριση της απαίτησής μου.

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**

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

H	H	M	M	E	E	E	E

Όνοματεπώνυμο ασθενούς

Επιθυμώ κάποιο άλλο άτομο/κάποιοι άλλοι οργανισμοί να με βοηθήσουν με αυτήν την απαίτηση και συμφωνώ, για τον λόγο αυτό, η **ΑΧΑ** 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

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

### 3 Λίστα ελέγχου – επιλέξτε τα κατάλληλα πλαίσια στην παρούσα ενότητα.

---

- 1 ► Συμπλήρωση των στοιχείων μέλους **ενότητα 1**
- 2 ► Συμπλήρωση της δήλωσης και συγκατάθεσης **ενότητα 2**
- 3 ► Υπογραφή και αναγραφή ημερομηνίας στο έντυπο **ενότητα 3**
- 4 ► Ανάγνωση των σημαντικών πληροφοριών **ενότητα 4**

# 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 οποιεσδήποτε 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 Healthcare 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.