



Formulário de consentimento

Estamos aqui para ajudar

+44 (0) 1892 556274

Disponíveis de dia ou de noite, 365 dias por ano

Este formulário permite-nos:

1. Solicitar um relatório médico ao seu profissional de cuidados de saúde relativo ao seu pedido ou exclusões; e
2. Desenvolver verificações ou auditorias para assegurar que as informações que nos foram enviadas estão corretas.

Envie o formulário preenchido para:

Carregue ou envie através de e-mail seguro em:
axaglobalhealthcare.com/customer

Fax: +44 (0) 1892 508256

Correio postal: International Customer Service
AXA - Global Healthcare, Phillips House, Crescent Road,
Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, Reino Unido

Definições de palavras e expressões

Algumas das palavras e expressões que usamos neste formulário têm um significado específico; por exemplo, quando falamos de tratamento.

O tomador e dependentes – quando usamos a expressão “o tomador e dependentes”, referimo-nos ao tomador principal do seguro e quaisquer membros da família abrangidos pela apólice.

Nós, nosso – quando usamos as palavras “nós, nosso” referimo-nos à AXA Global Healthcare (UK) Limited, em representação da AXA PPP Healthcare Limited.

1 Informações do paciente – a ser preenchido pelo paciente

Escreva com **TINTA PRETA** e escreva em **MAIÚSCULAS** em todo o processo

Nome do paciente

Número de cliente/apólice

Sintomas/diagnóstico ou número de pedido de participação

Data de nascimento do paciente

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

Informações de contacto

Inclua os códigos de país e área, se aplicável. Faculte os detalhes do Progenitor ou Tutor se o paciente tiver menos de 16 anos.

Telefone

E-mail

Continua na próxima página

PB63247/01.21

2 Informações do profissional de cuidados de saúde

Nome

Número de telefone de contacto

E-mail

Nome e morada do consultório:

3 Declaração e consentimento

A sua apólice é assegurada pela AXA PPP HealthCare Ltd e administrada pela AXA - Global Healthcare (AXA). A AXA Global Healthcare (UK) Limited atua em representação da AXA PPP HealthCare Ltd para o propósito de administração desta apólice.

Confirmo que li as informações constantes neste formulário.

Pretendo solicitar participação e declaro que todas as informações que forneci neste formulário estão corretas, de acordo com o meu conhecimento. Para que o meu pedido de participação possa ser processado, dou permissão à AXA PPP Healthcare Administration Services Limited e/ou à AXA Global Healthcare (UK) Limited (conjuntamente **AXA**) para processamento das informações constantes neste formulário e em quaisquer relatórios médicos, ou registos de saúde, que possam ser solicitados.

Para apoiar a administração das provisões do meu seguro de saúde, consinto que:

- a) a **AXA** solicite informações médicas e de saúde ao profissional de cuidados de saúde e/ou hospital do paciente (consulte a secção **Relatórios Médicos** neste formulário)
- b) o profissional de cuidados de saúde e/ou o hospital disponibilizem as informações de saúde em relatórios, ou por meio de cópias dos meus registos de saúde e informações médicas, à **AXA**
- c) o profissional de cuidados de saúde e/ou hospital envolvidos no cuidado do paciente analisem as informações médicas e provisões para a alta com a **AXA** pelas seguintes razões: (Assinale “Sim” ou “Não” para cada uma das seguintes)
 - (a) avaliar e, subsequentemente, rever o meu pedido de participação e aplicar os termos/exclusões da apólice (se assinalar “Não” poderemos não conseguir processar o seu pedido)
 Sim Não
 - (b) auditar os registos do profissional de cuidados de saúde e do hospital para analisar o seu desempenho e assegurar que a **AXA** está a ser devidamente faturada
 Sim Não

Se a minha subscrição for parte de uma apólice de empresa e o meu empregador requerer que e faça o pedido de participação através de uma empresa terceira que tenha sido nomeada para gerir quaisquer pedidos de participação, consinto que a **AXA** disponibilize informações a esta empresa, incluindo as minhas informações de saúde e médicas, assim como que a empresa divulgue informações semelhantes à **AXA** quando necessário para a gestão do meu pedido de participação.

Declaro que sou o paciente

- Sim
 Não

O paciente tem menos de 16 anos?

- Não
 Sim

Se sim, declaro que sou o progenitor/tutor do paciente

- Não
 Sim

Pretendo ter acesso a qualquer relatório do profissional de cuidados de saúde antes de o mesmo ser enviado para a AXA

- Não
 Sim

Assinado*

(Este formulário deve ser assinado à mão. Não aceitamos assinaturas eletrónicas.)

*Se o paciente tiver menos de 16 anos, este formulário deve ser assinado pelo progenitor/tutor legal

Data

D	D	M	M	A	A	A	A

Nome completo do paciente

Pretendo que outra pessoa/organização(ões) ajude com este pedido de participação e concordo, por essa razão, que a **AXA**, ou qualquer administrador da apólice, e a pessoa/organização(ões) abaixo nomeada possam divulgar, na medida do necessário, mutuamente as minhas informações de saúde e médicas relevantes.

- Não
 Sim

Se tiver respondido “Sim”, registre aqui o nome da pessoa ou organização(ões):

(Se facultar o nome de uma ou mais organizações, isso significará que podemos comunicar com qualquer colaborador, o que nos ajuda se a pessoa com que normalmente trata não estiver disponível).

3 Lista de verificação – assinale as caixas apropriadas nesta secção.

- 1 ▶ Preencheu a secção **informações do cliente 1**
 2 ▶ Preencheu a secção **Declaração e consentimento 2**
 3 ▶ Assinou e datou o **formulário 3**
 4 ▶ Leu a secção **Informações Importantes 4**

Relatórios Médicos

Se solicitarmos um relatório médico com detalhes da sua condição atual, o histórico da sua condição e qualquer tratamento proposto, não tem de dar o seu consentimento, mas se não o fizer poderemos não conseguir processar o seu pedido de participação. Se quiser ver o relatório antes de o mesmo nos ser enviado, assinale a caixa abaixo. Iremos escrever-lhe a informá-lo da data de pedido do relatório e deverá contactar o profissional de cuidados de saúde no prazo de 21 dias a contar da data do nosso pedido. Tem 21 dias a contar da data de contacto do seu profissional de cuidados de saúde para providenciar a consulta do relatório.

Pretendo ter acesso a qualquer relatório do profissional de cuidados de saúde e/ou hospital antes de o mesmo ser enviado para a **AXA**

Se não assinalar a caixa e depois mudar de ideias, pode contactar o seu profissional de cuidados de saúde e solicitar a consulta do relatório.

Pode solicitar ao profissional de cuidados de saúde a consulta do relatório a qualquer momento, no prazo de seis meses a contar da data de envio pelo profissional de cuidados de saúde para nós.

Se não concordar com as informações constantes no relatório, pode solicitar ao profissional de cuidados de saúde que as altere. Se o profissional de cuidados de saúde não concordar consigo, irá pedir-lhe que escreva uma declaração que acompanhará o relatório que nos for enviado.

O seu profissional de cuidados de saúde não tem de lhe facultar acesso a qualquer parte do relatório se considerar que pode causar danos à sua saúde física ou mental, ou se apresentar planos futuros do seu tratamento que o profissional de cuidados de saúde não quer que veja.

Se o relatório incluir informações sobre outra pessoa, o profissional de cuidados de saúde não lhe mostrará essa parte do relatório.

O seu profissional de cuidados de saúde poderá cobrar-lhe a cópia do relatório. Este encargo não é abrangido pelo seu plano.

Se quaisquer registos médicos que recebamos comprovem que uma determinada condição médica deveria ter sido declarada na subscrição do seu plano, poderemos alterar os termos do seu plano.

Proteção de Dados

Os seus dados pessoais serão tratados em conformidade com toda a legislação relevante em matéria de Proteção de Dados.

Tem o direito de aceder às informações que temos sobre si. Pode escrever-nos a solicitar uma cópia de quaisquer informações pessoais suas em quaisquer

relatórios independentes que solicitemos. Se quiser uma cópia de um relatório médico que o seu profissional de cuidados de saúde nos tenha enviado, será mais rápido se o contactar diretamente uma vez que teremos de obter a permissão do mesmo para o partilharmos consigo.

Para garantir que podemos providenciar o melhor serviço, processamos os pedidos de participação em vários países de todo o mundo.

Podemos auditar os registos médicos de profissionais de cuidados de saúde e hospitais para:

- prevenir e detetar crimes, principalmente fraude,
- analisar o desempenho de especialistas,
- assegurar que estamos a ser devidamente faturados pelos serviços prestados.

As auditorias podem ser parte de um programa, ou em resposta a um evento específico.

Podemos precisar de partilhar informações com terceiros, incluindo especialistas médicos, outras seguradoras e outras organizações envolvidas na deteção e prevenção de fraude.

Em determinadas circunstâncias, somos legalmente obrigados a divulgar informações a agências governamentais sobre suspeitas de pedidos de participação fraudulentos e outros crimes. Isto pode envolver a inclusão de informações não médicas em bases de dados que podem ser consultadas por outras seguradoras e agências governamentais. Também poderemos ter de informar as entidades reguladoras relevantes sobre quaisquer questões onde tenhamos razão para dúvida em relação à competência de um profissional de cuidados de saúde para exercer.

Pode consultar a versão integral da nossa Política de Privacidade em www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice

Cuidados de saúde integrados para seguros de saúde de empresas

Se for membro de um seguro de saúde de empresa, o seu empregador também poderá utilizar o nosso Serviço de Saúde Ocupacional e/ou Programa de Assistência ao Colaborador. Estes serviços são fornecidos por empresas separadas.

Com o seu consentimento, a AXA e estas empresas irão partilhar informações pessoais e/ou sensíveis, com confiança numa necessidade ética de necessidade de conhecimento, para lhe providenciar, a si e ao seu empregador (no caso de Serviços de Saúde Ocupacional e do Programa de Assistência ao Colaborador), apoio e aconselhamento sobre a sua saúde.

PB63247/01.21

A AXA Global Healthcare (UK) Limited está registada em Inglaterra (N.º 03039521). Sede: 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG United Kingdom.

A AXA Global Healthcare (UK) Limited está autorizada e é regulamentada no Reino Unido pela Financial Conduct Authority.

Podemos proceder à gravação e/ou monitorização de chamadas para garantia de qualidade, formação e como registo da nossa conversa.