



Formulario de consentimiento

Teléfono de contacto

+44 (0) 1892 556274

Disponible día y noche, los 365 días del año

Este formulario nos permite:

1. Solicitar un informe médico de su profesional sanitario sobre su solicitud o exclusiones;
y
2. Realizar comprobaciones o auditorías para garantizar que la información que nos ha sido enviada es correcta.

Envíe el formulario cumplimentado a:

Cárguelo o envíelo por correo electrónico a:
axaglobalhealthcare.com/customer

Fax: +44 (0) 1892 508256

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

Definiciones de palabras y frases

Algunas de las palabras y frases que utilizamos en este formulario tienen un significado específico cuando, por ejemplo, hablamos sobre el tratamiento.

Usted y su – cuando empleamos «usted» y «su» nos referimos al afiliado principal y a cualquier miembro de la familia cubierto por su póliza.

Nosotros y nuestro – cuando utilizamos «nosotros» o «nuestro» nos referimos a AXA Global Healthcare (UK) Limited que actúa en nombre de AXA PPP healthcare Limited.

1 Información del paciente – a cumplimentar por el paciente

Recuerde utilizar **TINTA NEGRA** y escribir en **LETRAS MAYÚSCULAS** en el documento

Nombre del paciente

Número de afiliación/cliente

Síntomas/diagnóstico o número de reclamación

Fecha de nacimiento del paciente

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

Información de contacto

Incluya los códigos del país y la región cuando proceda. Indique la información del progenitor o tutor legal del paciente si este tiene menos de 16 años.

Teléfono

Correo electrónico

Continúa en la siguiente página

PB63247/01.21

2 Información del profesional sanitario

Nombre

Número de teléfono de contacto

Correo electrónico

Nombre y dirección del profesional:

3 Declaración y consentimiento

Su póliza está suscrita por AXA PPP healthcare Ltd y administrada por AXA-Global Healthcare (AXA).

AXA Global Healthcare (UK) Limited está actuando en nombre de AXA PPP healthcare Ltd con el fin de gestionar esta póliza.

Confirmando que he leído la información en este formulario.

Deseo solicitar el beneficio y declaro que toda la información que he proporcionado en este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Para poder procesar mi reclamación, doy mi consentimiento a que AXA PPP healthcare Administration Services Limited o AXA Global Healthcare (UK) Limited (conjuntamente **AXA**) traten la información en este formulario y en cualquier informe médico o historial médico que pueda solicitarse.

Para respaldar la administración de mis contratos de seguro de salud, doy mi consentimiento para que:

- AXA** solicite información médica y sanitaria del profesional sanitario o del hospital del paciente (consulte el apartado de **Informes médicos** de este formulario)
- el profesional sanitario o el hospital que proporcione esa información sanitaria en los informes, o mediante copias de mis registros sanitarios e información médica a **AXA**
- el profesional sanitario u hospital involucrado en la atención del paciente que revise la información médica y los acuerdos de alta con **AXA** por las siguientes razones: (Marque Sí o No para cada uno de los siguientes casos)
 - para valorar y, posteriormente, revisar mi reclamación y aplicar las condiciones/exclusiones de la póliza (si marca No, es posible que no podamos procesar su reclamación)
 Sí No
 - para auditar registros de profesionales sanitarios y del hospital para revisar su desempeño y garantizar que **AXA** se facture correctamente
 Sí No

Si me otorgan mi afiliación como parte de un plan de empresa y mi empleador me exige hacer reclamaciones a través de una compañía individual que ha sido designada para gestionar cualquier reclamación, doy mi consentimiento para que **AXA** brinde información a esta empresa, incluida mi información médica y sanitaria, así como a la empresa que divulga información similar a **AXA** cuando sea necesario gestionar mi reclamación.

Declaro que soy el paciente

- Sí
 No

¿El paciente tiene menos de 16 años?

- No
 Sí

En caso afirmativo, declaro que soy el progenitor/tutor legal del paciente

- No
 Sí

Deseo consultar cualquier informe del médico antes de que se lo envíen

- No
 Sí

Firmado*

(Este formulario debe firmarse a mano. No aceptamos firmas electrónicas.)

*A firmar por el paciente o progenitor/tutor legal si el paciente tiene menos de 16 años

Fecha

D	D	M	M	A	A	A	A

Nombre completo del paciente

Deseo que otra persona u otra organización/ organizaciones me ayude/ayuden con esta reclamación y acepto, por ende, que **AXA** o cualquier administrador de políticas y la persona u organización/ organizaciones nombrada/nombradas a continuación puedan discutir esta reclamación y, en la medida necesaria, divulgar entre ustedes mis detalles médicos y sanitarios relevantes.

No

Sí

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la persona u organización/organizaciones aquí:

(Si proporciona los nombres de una o más organizaciones, esto significará que podemos ponernos en contacto con cualquier empleado lo que ayudará en caso de que la persona con la que trata generalmente no esté disponible).

3 Lista de comprobación – marque las casillas apropiadas de este apartado.

- 1** ▶ He cumplimentado la información del afiliado **apartado 1**
- 2** ▶ He cumplimentado la declaración y consentimiento **apartado 2**
- 3** ▶ He firmado y fechado el formulario **apartado 3**
- 4** ▶ He leído la información importante **apartado 4**

Informes médicos

Si solicitamos un informe médico con detalles de su condición actual, el historial de su condición y cualquier tratamiento propuesto, no tiene que dar su consentimiento; sin embargo, si no da su consentimiento, es posible que no podamos procesar su reclamación.

Si desea ver el informe antes de enviarlo, marque la casilla que se muestra a continuación. Le escribiremos para informarle sobre la fecha en que solicitamos el informe y deberá ponerse en contacto con el médico dentro de los 21 días posteriores a la fecha de nuestra solicitud. Dispone de 21 días a partir de la fecha de contacto con su médico para hacer gestiones para verle.

Deseo ver cualquier informe del médico u hospital antes de enviarlo a **AXA**

Si no marca la casilla pero cambia posteriormente de opinión, podrá ponerse en contacto con su médico y solicitar ver el informe.

Puede pedirle al médico que consulte el informe en cualquier momento dentro de los seis meses posteriores a que este lo haya enviado.

Si no está de acuerdo con la información contenida en el documento, puede pedirle al médico que la modifique. Si el médico no está de acuerdo con usted, se le solicitará que escriba una declaración para que acompañe el informe que se nos remite.

Su médico no tiene que mostrarle partes del informe si cree que podría dañar su salud física o mental, o si el informe muestra planes futuros para su salud que el médico no quiere que vea.

Si el informe incluye detalles sobre otra persona, el médico no le mostrará esa parte del informe.

Su médico puede cobrarle por una copia del informe. Este cargo no está cubierto por su plan.

Si cualquier registro médico que recibamos muestra que se debería haber declarado una condición médica en su solicitud del plan, podremos cambiar los términos de su plan.

Protección de datos

Trataremos sus datos personales de acuerdo con toda la legislación vigente en materia de Protección de datos.

Tiene derecho a consultar la información que tenemos sobre usted. Puede escribirnos para solicitar una copia de su información personal en cualquier informe independiente que solicitemos. Si desea una copia de un informe médico que su médico nos haya enviado, será más rápido si les contacta directamente, dado que tendremos que obtener el permiso de su médico para entregárselo a usted.

Para garantizar que podemos brindarle el mejor servicio, procesamos las reclamaciones en varios países del mundo.

Podemos auditar los registros médicos de médicos y hospitales para:

- prevenir y detectar infracciones, sobre todo, el fraude,
- revisar el desempeño de los especialistas,
- garantizar que nos facturan correctamente por sus servicios.

Las auditorías pueden formar parte de un programa o mostrarse en respuesta a un caso específico.

Es posible que necesitemos compartir información con terceros, incluidos expertos médicos, otras aseguradoras y otras organizaciones relacionadas con la detección y prevención del fraude.

En determinadas circunstancias, la ley nos exige divulgar información a las agencias encargadas de hacer cumplir la ley sobre sospechas de reclamaciones fraudulentas y otros delitos. Esto puede implicar la adición de información no médica a bases de datos que puedan ser consultadas por otras aseguradoras y agencias de aplicación de la ley. También se nos puede solicitar que informemos a los organismos reguladores pertinentes sobre cualquier problema en el que tengamos motivos para dudar de la aptitud de un proveedor médico para que ejerza profesionalmente.

Para consultar nuestra política de privacidad completa, visite www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice

Atención médica integrada para programas de salud grupal

Si usted es miembro de un plan de salud de la empresa, su empleador también puede proporcionar o utilizar nuestro Servicio de salud ocupacional o el Programa de asistencia para empleados. Estos servicios son provistos por empresas independientes.

Con su consentimiento, estas empresas y nosotros compartiremos información confidencial o personal, en secreto basándonos en la necesidad ética de proporcionarle a usted y a su empleador (en el caso de los Servicios de salud ocupacional y el Programa de asistencia para empleados), apoyo y asesoramiento sobre su salud.