



医疗信息表

求助请联系

+44 (0) 1892 556274

全天工作, 全年无休

请清晰书写, 以便我们尽快审核您的索赔

该表格分为三个部分:

部分	需要完成此部分的对象
A: 索赔详情	申请索赔的患者
B: 患者同意	申请索赔的患者
C: 医疗详情	患者的医生或医师

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: 英国 TN1 2PL 肯特鎊坦布里奇韦尔斯月
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。

A 部分: 索赔详情 - 将由患者填写

A1 关于您的索赔

请记住全程使用 **黑色墨水** 并用 **大写字母** 书写

全名和头衔

地址

请提供详细地址, 包括邮政编码和国家(若适用)。

会员/客户编号

索赔编号(若已知)

联系细节

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

出生日期

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

索赔原因

请描述接受治疗时的症状或医疗状况。

A2 索赔付款细节

您是否已经支付了您所索赔的治疗费用？

否 ▶ 请前往 **A3 部分**

是 ▶ 请完成该部分

我们将直接支付您在保范围内的治疗费用到您的银行账户。

请附上所有治疗的逐项列明的已收发票, 以及医疗凭证、信件或与索赔有关的文件。

为避免您的索赔延误, 请确保您列出:

- 治疗日期
- 治疗类型
- 医疗状况
- 发票金额

索赔支付的货币

IBAN (若与您所在银行的位置有关)

国家

SWIFT 或 BIC 代码

银行账号

ABA 号码 (若与您所在银行的位置有关)

收款人姓名

银行名称和地址

账户名

如果您有进一步的治疗计划, 请拨打 +44 (0) 1892 556274 与我们联系, 或按照 axaglobalhealthcare.com/customer 中的指示进行在线联系。

A3 更多信息

您是否想索赔免费治疗的现金福利？

否

是 ▶ 若是, 请随此表格发送您的住院或治疗日期确认信以及提供免费服务的证明。

是否因为受伤或意外进行治疗？

否 ▶ 请前往 **B 部分**

是

a. 您是否认为他人有过失且造成意外或受伤？

否

是

b. 您是否有另一个保险单也能满足您的索赔要求？

否

是 ▶ 若是, 请提供详细资料

其他保险公司详情

B 部分：声明与同意

本人谨此声明，本人所提供之一切资料均为本人所知。

为了支持本人的健康保险安排的管理，本人同意：

- a) AXA PPP 医疗保健有限公司和/或 AXA 全球医疗保健(英国)有限公司(联合 **AXA**) 要求患者的保健医师和/或医院提供医疗保健信息(请参阅本表格的**医疗报告**部分)
- b) 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
- c) 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) 审核医疗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

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)。

C 部分：医疗信息

将由患者的医师填写 - 请打字或清晰地书写

患者姓名

出生日期

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

您与患者相识多久？

您是患者常用的初级护理医师吗？

- 否
 是

您了解患者的病史吗？

- 否 ▶ 请参阅下方
 是

若否, 请告诉我们持有患者的病史档案的人的姓名和地址

C1 医疗详情

医疗状况/诊断

ICD 编码

手术代码 (如适用)

症状描述

在咨询您之前, 此症状已持续多久？

症状什么时候开始？

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

如果无症状, 患者为什么来找您？

鉴于病症的病因, 您认为病情已存在多久？

首次治疗日期或任何信息提供者首次咨询日期

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

您治疗的日期

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

确认诊断所需的调查类型

进一步的治疗计划 (如果有)

患者是否由另一位医师转介给您？

- 否
 是 ▶ 若是, 请提供转介医师的姓名与联系细节

索赔是否与之前的任何手术或治疗相关？

- 否
 是 ▶ 若是, 请提供细节, 包括日期

下一页

PB63233/01.21

C1 医疗详情 (接上页)

患者是否有任何相关医疗状况？

- 否
 是 ▶ 若是, 请说明并解释诊断的关系和日期

患者先前是否曾接受任何咨询/治疗或住院治疗以治疗此病症或相关状况或症状？

- 否
 是 ▶ 若是, 请详细说明

治疗日期

日	日	月	月	年	年	年	年		

医疗状况/治疗

提供者姓名

患者是否为这种状况服用任何药物？

- 否
 是 ▶ 若是, 请提供药物名称和开始用药的日期

如果索赔涉及怀孕, 怀孕是自然受孕的结果吗？

- 否
 是

如果索赔涉及怀孕, 这是患者的第一次怀孕吗？

- 否 ▶ 若否, 请详细说明先前怀孕的并发症
 是

如果索赔涉及怀孕, 这是患者的第一次怀孕吗？

- 否 ▶ 若是, 请详细说明先前怀孕的并发症
 是

C2 医师声明

本人为患者的医师,且确认本人所提供信息为本人所知且正确无误。我明白,如果任何信息不正确,可能会影响我的患者对私人医疗费用的索赔

签署

联系电话号码

打印姓名

日期

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

电子邮件地址

印章

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。