



# 自我认证表格

## 关于填写该表格

请用**大写字母**填写表格的所有部分。不幸的是,如果任何部分不完整,我们可能会在请求我们所需的信息的同时稍微延迟您的索赔。

- 请附上逐项列明的已收发票的复印件或扫描版本。
- 请仔细阅读这些信息并在此表格上签署声明。如果患者未满 16 岁,我们需要家长或监护人签署此表格。

## 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](https://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。

## 1 会员详细资料

### 1.1 领导成员的细节


### 1.2 患者详情

#### 患者姓名

#### 出生日期

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

#### 会员编号

#### 索赔单号

## 2 索赔详情 - 将由患者填写

有时,如果是由于意外事故或伤害导致且**其他人有过错,我们可以收回治疗费用**。回答这些问题将帮助我们决定是否可做此选择。这不会影响您的 AXA 全球医疗计划的任何索赔结果。

2.1 是否因意外事故造成伤害?

是  否

2.2 您是否认为他人有过失且造成意外事故或受伤?

是  否

2.3 您是否有其他保单可以支付您的费用,例如旅行保险?

是  否

## 3 索赔详情 - 将由患者填写

**如果您已经为您的治疗向医院或医师付款,并且您需要我们偿还您的费用,则只需填写此部分。**

我们通常将合格的发票直接支付给相关的医院和医师。如果从您那里收到的发票没有付清,并且您的保单涵盖了治疗,请不要担心,我们会代表您自动向医院和医师支付。如果您已经自己支付了发票,请填写本节并附上您的银行账户详细信息,向我们发送逐项列明的已收发票,我们将通过支票或电汇直接发送到您的银行账户。

不幸的是,我们无法将这笔钱转回您的信用卡或借记卡,因此请不要在此表格中列出任何卡号。

3.1 您需要索赔的货币

3.2 银行账号

3.2 收款人姓名

3.3 银行名称和通讯地址

  

---

  

---

3.4 国家

3.5 IBAN

3.6 Swift 代码

3.7 账户名

3.8 ABA 号码

\*注:如果用欧元支付,则需要 IBAN 和 Swift 代码。

### 付款证明

请附上所有逐项列明的已收发票的复印件,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,
- 发票金额,并请告知您是否已经支付任何这些费用。

## 4 关于治疗 - 将由患者填写

请确保您提供给我们所有信息都是真实、准确和完整的。不幸的是,如果信息确实是虚假的,我们可能无法支付任何此医疗状况的索赔,并且在某些情况下,我们可能会被迫取消您的会员资格。

- 4.1 请从您第一次意识到病情的时候开始提供简要细节。尽可能说明具体的日期。


- 4.2 什么时候病情开始?请详细说明所有症状,并从病情开始就请详细描述。对于意外事故,请描述事故发生的方式、时间和地点。


- 4.3 您曾经有过这种类型的伤害或疾病吗?

是 若是,请提供详细资料  否


- 4.5 您是否要求现金福利来支付未收取的住院治疗费用?

是  否

- 4.6 如果是,请说明您入院和出院的日期,并附上医院的确认这些日期的证书(您可以向医院档案部门索要)。

是  否

入院日期

日	日	月	月	年	年	年	年

出院日期

日	日	月	月	年	年	年	年

- 4.4 如果索赔涉及怀孕,怀孕是自然受孕的结果吗?

是  否

## 5 声明与同意

您的保单由 AXA PPP 医疗保健有限公司承保,并由 AXA- 全球医疗保健 (AXA) 管理。AXA 全球医疗保健 (英国) 有限公司代表 AXA PPP 医疗保健有限公司来管理该保单。

请阅读本声明及本表格末尾的“重要信息页”,并签署第 5.4 条。

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

5.1 本人声明本人为患者

是

否

5.2 患者是否未满 16 岁?

是

否

a. 若是,本人声明本人为患者的父母

是

否

b. 若是,本人声明本人为患者的监护人

是

否

5.3 我希望在医师发送给您之前查看所有报告

是

否

5.4 签署\*

(该表格必须手写签名。我们不接受电子签名。)

\*由患者,或其父母/监护人签署 (若患者未满 16 岁)

5.5 日期

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

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)。

# 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](http://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。