



Formulário de autocertificação

Sobre o preenchimento deste formulário

Preencha todas as secções deste formulário com **LETRA DE IMPRENSA**. Infelizmente, se alguma secção ficar incompleta poderá haver um ligeiro atraso no processamento do pedido, enquanto solicitamos as informações de que precisamos.

- Anexe uma cópia ou digitalização dos recibos detalhados.
- Leia as informações atentamente e assine a declaração neste formulário. Se o paciente tiver menos de 16 anos, será necessário o progenitor ou tutor assinar este formulário.

Envie o formulário preenchido para:

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

Fax: +44 (0) 1892 508256

Correio postal: 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 Detalhes da subscrição

1.1 Informações do tomador principal

1.2 Informações do paciente

Nome do paciente

Data de nascimento

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

Número de cliente

Número de pedido de participação

Continua na próxima página

PB63245/01.21

2 Informações sobre o seu pedido de participação – a ser preenchido pelo paciente

Ocasionalmente, poderemos reaver o valor pago pelo tratamento se este for resultado de um acidente ou ferimento e **houver um terceiro responsável**. Ao responder a estas perguntas ajuda-nos a decidir se isso é uma possibilidade neste caso. Este processo não afeta o resultado de qualquer pedido de participação ao abrigo do seu plano AXA Global Healthcare.

2.1 O tratamento é devido a ferimento causado por um acidente?

Sim Não

2.2 Se sim, considera que há um outrem culpado que tenha causado o acidente ou ferimento?

Sim Não

2.3 Tem mais alguma apólice de seguro que possa cobrir os custos, por exemplo um seguro de viagem?

Sim Não

3 Informações de pagamento – a ser preenchido pelo paciente

Esta secção só tem de ser preenchida se já tiver pago ao hospital ou profissional de cuidados de saúde pelo tratamento e pretende ser reembolsado.

Normalmente, pagamos faturas elegíveis diretamente ao hospital e/ou profissional de cuidados de saúde relevantes. Se as faturas que recebermos da sua parte não tiverem sido pagas e o tratamento estiver abrangido pela sua apólice, não se preocupe; nós pagaremos automaticamente ao hospital e/ou profissional de cuidados de saúde por si. Se já tiver pago as faturas, complete esta secção com as suas informações bancárias, envie-nos os recibos detalhados e procederemos ao reembolso por cheque ou transferência bancária diretamente para a sua conta bancária.

Infelizmente, não podemos transferir os valores para os seus cartões de débito ou de crédito; portanto, não liste números de cartão de crédito neste formulário.

3.1 Moeda de pagamento da participação

3.2 Número de conta bancária

3.2 Nome do destinatário do pagamento

3.3 Nome e morada do banco

3.4 País

3.5 IBAN

3.6 Código Swift

3.7 Titular da conta

3.8 Número ABA

*Nota: o IBAN e o código SWIFT são necessários se o pagamento for requerido em Euros

Comprovativo de pagamento

Anexe todas as cópias dos recibos detalhados, assim como quaisquer certificados médicos, correspondência ou documentos relevantes para o pedido de participação. Para evitar atrasos no processamento do seu pedido, certifique-se de que lista:

- as datas do tratamento,
- o tipo de tratamento,
- o valor da fatura e se já pagou algum valor.

4 Sobre o seu tratamento – a ser preenchido pelo paciente

Certifique-se de que todas as informações que nos facultas são verdadeiras, exatas e completas, tanto quanto lhe é possível aferir. Infelizmente, se as informações forem falsas, não poderemos pagar quaisquer participações para esta condição médica e, em algumas circunstâncias, podemos ser forçados a cancelar a sua apólice.

- 4.1 Providencie detalhes sucintos da sua condição, desde a primeira perceção da mesma. Especifique a data exata, se possível.

- 4.2 Como é que a condição começou? Especifique claramente todos os sintomas e descreva a condição detalhadamente desde o seu início. Para os acidentes, inclua como, quando e onde o acidente ocorreu.

- 4.3 Alguma vez padeceu ou foi objeto de tratamento deste tipo de ferimento ou condição?

Sim Se sim, providencie os detalhes abaixo **Não**

- 4.5 Está a pedir participação para um tratamento com internamento que ainda não pagou?

Sim **Não**

- 4.6 Se sim, especifique as datas de internamento e de alta hospitalar e anexe um certificado do hospital que confirme estas datas (pode solicitá-lo ao departamento de registos do hospital).

Sim **Não**

Data de internamento

D	D	M	M	A	A	A	A		

Data de alta hospitalar

D	D	M	M	A	A	A	A		

- 4.4 Se este pedido de participação for respeitante a gravidez, a mesma é resultante de conceção natural?

Sim **Não**

5 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.

Leia esta declaração e a “página Informações Importantes” no final deste formulário e assine a secção 5.4.

Declaro que todas as informações que forneci neste formulário estão corretas, de acordo com o meu conhecimento. Para apoiar a administração das provisões do meu seguro de saúde, consinto que:

- a) a AXA PPP Healthcare Limited e/ou a AXA Global Healthcare (UK) Limited (conjuntamente **AXA**) solicitem informações médicas e de saúde ao profissional de cuidados de saúde do paciente e/ou ao hospital (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**

5.1 Declaro que sou o paciente

- Sim**
 Não

5.2 O paciente tem menos de 16 anos?

- Sim**
 Não

a. Se sim, declaro que sou o progenitor do paciente

- Sim**
 Não

b. Se sim, declaro que sou o tutor do paciente

- Sim**
 Não

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

- Sim**
 Não

5.4 Assinado*

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

*A ser assinado pelo paciente ou pelo progenitor/tutor se o paciente tiver menos de 16 anos

5.5 Data

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

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”, registe 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).

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.