



Formulario de autocertificación

Información para cumplimentar este formulario

Cumplimente todos los apartados de este formulario usando **LETRAS MAYÚSCULAS**. Desafortunadamente, si algún apartado queda incompleto, puede sufrirse un ligero retraso con su reclamación mientras solicitamos la información que necesitamos.

- Adjunte una fotocopia o una versión escaneada de las facturas abonadas específicas.
- Lea la información detenidamente y firme la declaración en este formulario. Si el paciente tiene menos de 16 años, necesitaríamos que su progenitor o tutor legal firme este formulario.

Envíe el formulario cumplimentado a:

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

Fax: +44 (0) 1892 508256

Dirección postal: 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 de la afiliación

1.1 Información del afiliado principal

1.2 Información del paciente

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

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

Número de afiliación

Número de reclamación

Continúa en la siguiente página

PB63245/01.21

2 Información sobre su reclamación – a cumplimentar por el paciente

A veces, podemos recuperar el dinero que pagamos por el tratamiento si es secundario a un accidente o lesión **y alguien más tiene la culpa**. Al responder estas preguntas nos ayudará a decidir si esta opción nos compete. Esto no afectará al resultado de ninguna reclamación en su plan AXA Global Healthcare.

- 2.1** ¿El tratamiento es secundario a una lesión o accidente?
 Sí No
- 2.2** En caso afirmativo, ¿cree que alguien más tuvo la culpa y causó el accidente o la lesión?
 Sí No
- 2.3** ¿Tiene alguna otra póliza de seguro que también podría cubrir sus costos como, por ejemplo, una póliza de cobertura de viajes?
 Sí No

3 Información de pago – a cumplimentar por el paciente

Este apartado solo debe cumplimentarse si ya abonó al hospital o al médico por su tratamiento y necesita que le reembolsemos por ello.

Normalmente pagamos las facturas elegibles directamente al hospital y al médico pertinente. Si las facturas que usted nos emite no han sido abonadas y el tratamiento está cubierto por su póliza, no se preocupe; le pagaremos al hospital y al médico automáticamente en su nombre. Si usted ya ha abonado las facturas, cumplimente este apartado con la información de su cuenta bancaria, envíenos las facturas con recibos detallados y le reembolsaremos mediante cheque o transferencia bancaria directamente a su cuenta bancaria.

Lamentablemente, no podemos transferir el dinero a sus tarjetas de crédito o débito, por lo que no debe incluir ningún número de tarjeta en este formulario.

3.1 Divisa en la que abonar la reclamación

3.2 Número de cuenta bancaria

3.2 Nombre del beneficiario

3.3 Nombre y dirección del banco

3.4 País

3.5 IBAN

3.6 Código SWIFT

3.7 Nombre de cuenta

3.8 Número ABA

* Nota: los códigos IBAN y Swift son obligatorios si el pago se realiza en euros

Comprobante de pago

Adjunte fotocopias de todas las facturas abonadas específicas, así como de los certificados médicos, correspondencia o documentos relevantes para la reclamación. Para evitar demoras con su reclamación, asegúrese de hacer una lista de:

- las fechas del tratamiento,
- el tipo de tratamiento,
- el valor de la factura y háganos saber si ya ha pagado a alguno de estos.

4 Sobre su tratamiento – a cumplimentar por el paciente

Asegúrese de que toda la información que nos proporcione sea verdadera, precisa y completa a su leal saber y entender. Desafortunadamente, si la información resulta ser falsa, es posible que no podamos pagar ninguna reclamación por esta condición médica y, en algunas circunstancias, podríamos vernos obligados a cancelar su afiliación.

- 4.1 Proporcione una breve información sobre la condición desde la primera vez que supo de ella. Si fuese posible, indique la fecha concreta.

- 4.2 ¿Cómo comenzó su condición? Indique todos los síntomas y describa la condición en detalle desde el principio. En el caso de los accidentes, incluya cómo, cuándo y dónde ocurrió el accidente.

- 4.3 ¿Alguna vez ha tenido este tipo de lesión o enfermedad o recibido tratamiento por estas anteriormente?

Sí En caso afirmativo, proporcione la información más abajo **No**

- 4.5 ¿Está reclamando un beneficio en efectivo por un tratamiento hospitalario que no le han abonado?

Sí **No**

- 4.6 En caso afirmativo, indique las fechas en que fue hospitalizado y dado de alta, y adjunte un certificado del hospital confirmando estas fechas (puede solicitarlo en el departamento de registros del hospital).

Sí **No**

Fecha de hospitalización

D	D	M	M	A	A	A	A		

Fecha de alta

D	D	M	M	A	A	A	A		

- 4.4 Si esta reclamación está relacionada con el embarazo ¿es este resultado de una concepción natural?

Sí **No**

5 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.

Lea esta declaración y la «página de información importante» al final de este formulario y firme el apartado 5.4.

Declaro que toda la información que he proporcionado en este formulario es correcta según mi leal saber y entender. Para respaldar la administración de mis contratos de seguro de salud, doy mi consentimiento para que:

- a) AXA PPP healthcare Limited o AXA Global Healthcare (UK) Limited (conjuntamente **AXA**) soliciten información médica y sanitaria del profesional sanitario o del hospital del paciente (consulte el apartado de **Informes médicos** de este formulario)
- b) 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**
- c) 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)
 - (a) 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
 - (b) para auditar registros de profesionales sanitarios y del hospital para revisar su desempeño y garantizar que AXA se facture correctamente
 Sí No

5.1 Declaro que soy el paciente

- Sí
 No

5.2 ¿El paciente tiene menos de 16 años?

- Sí
 No

a. En caso afirmativo, declaro que soy el progenitor del paciente

- Sí
 No

b. En caso afirmativo, declaro que soy el tutor legal del paciente

- Sí
 No

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

- Sí
 No

5.4 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

5.5 Fecha

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

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).

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.