



Έντυπο ιατρικών πληροφοριών

Το παρόν έντυπο μάς δίνει τη δυνατότητα:

- να εξετάσουμε την απαίτησή σας και να ζητήσουμε μια ιατρική αναφορά ή να συζητήσουμε για τη θεραπεία σας με τον ιατρό που σας παρακολουθεί ή το νοσοκομείο σας εάν χρειαστούμε περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την αίτησή σας και
- να διενεργούμε ελέγχους προκειμένου να διασφαλίζουμε την ορθότητα των πληροφοριών που μας παρέχονται.

Παρακαλείσθε να συμπληρώσετε το έντυπο με κεφαλαία γράμματα.

Στοιχεία του ασθενούς (Συμπληρώνεται από τον ασθενή)

Αριθμός πελάτη:

Όνομα:

Αριθμός απαίτησης:

Επώνυμο:

Αριθμός τηλεφώνου του ασθενούς:

Ημερομηνία γέννησης ασθενούς:

1 Στοιχεία πληρωμής (Συμπληρώνεται από τον ασθενή)

Συνήθως διακανονίζουμε τους λογαριασμούς που πληρούν τις προϋποθέσεις απευθείας με το νοσοκομείο και τον αντίστοιχο ιατρό. Εάν έχετε εξοφλήσει τους λογαριασμούς, τότε θα χρειαστούμε τις αποδείξεις και θα πρέπει να συμπληρώσετε τα στοιχεία πληρωμής σας στην παρακάτω ενότητα, ώστε να σας αποζημιώσουμε απευθείας.

1.1 Νόμισμα στο οποίο θα πληρωθεί η απαίτηση:

1.5 Χώρα:

1.2 Αριθμός τραπεζικού λογαριασμού:

1.6 IBAN*:

1.3 Paynee όνομα:

1.7 Κωδικός Swift*:

1.4 Όνομα και ταχυδρομική διεύθυνση τράπεζας:

1.8 Όνομα λογαριασμού:

1.9 Αριθμός ABA:

*Σημείωση: οι κωδικοί IBAN και Swift είναι απαραίτητοι εάν η πληρωμή πρόκειται να γίνει σε ευρώ

2 Πρόσθετες πληροφορίες (Συμπληρώνεται από τον ασθενή)

2.1 Στοιχεία νοσοκομείου

Ζητάτε ωφέλημα σε μετρητά για νοσοκομειακή περίθαλψη που λάβατε δωρεάν; Ναι Όχι

Εάν Ναι, δηλώστε τις ημερομηνίες εισαγωγής και εξόδου και εσωκλείστε ένα πιστοποιητικό από το νοσοκομείο που να επιβεβαιώνει τις ημερομηνίες παραμονής.

Ημερομηνία εισαγωγής:

Ημερομηνία εξόδου:

2.2 Εμπλοκή τρίτου μέρους

Η θεραπεία είναι απαραίτητη λόγω τραυματισμού που προκλήθηκε από ατύχημα; Ναι Όχι

2.3 Εάν ναι, ενεπλάκη τρίτο μέρος εναντίον του οποίου ενδέχεται να θέλετε να εγείρετε απαίτηση; Ναι Όχι

2.4 Έχετε κάποιο άλλο ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα μπορούσε να καλύψει τα έξοδά σας, για παράδειγμα ταξιδιωτική ασφάλιση; Ναι Όχι
συνέχεια στην επόμενη σελίδα



2.5 Ολοκληρωμένη ιατρική περίθαλψη για ομαδικά προγράμματα υγείας

Εάν είστε μέλος ενός ομαδικού προγράμματος υγείας, ο εργοδότης σας δύναται να παρέχει/χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες των εταιρειών AXA ICAS (AXA ICAS Occupational Health Service) και/ή AXA ICAS Ltd [το οποίο παρέχει το Π πρόγραμμα Υποστήριξης Εργαζομένων (Employee Assistance)]. Επιθυμία μας είναι να παρέχουμε έγκαιρη και συντονισμένη υποστήριξη σε εσάς και στον εργοδότη σας.

Οι εταιρείες AXA ICAS Occupational Health Services limited, AXA ICAS Ltd και AXA PPP healthcare limited (συμπεριλαμβανομένης της AXA PPP International) είναι χωριστές εταιρείες του ομίλου AXA. Με τη συγκατάθεσή σας, οι εταιρείες αυτές θα κοινοποιούν μεταξύ τους ευαίσθητα προσωπικά στοιχεία, αυστηρώς εμπιστευτικά και μόνον όσα είναι απαραίτητα να γνωρίζουν. Αυτό θα μας βοηθήσει να παρέχουμε σε εσάς και, όπου είναι απαραίτητο στην περίπτωση των εταιρειών AXA ICAS Occupational Health Services και AXA ICAS Ltd, στον εργοδότη σας, υποστήριξη και συμβουλές όσον αφορά τη σωματική και/ή πνευματική σας υγεία ή κατάσταση. Σημειώστε ένα από τα παρακάτω πλαίσια.

Ναι Όχι

3 Δήλωση και συγκατάθεση (Συμπληρώνεται από τον ασθενή)

Επιβεβαιώνω ότι διάβασα και κατανόησα τις πληροφορίες που περιλαμβάνονται στο παρόν έντυπο. Επιθυμώ να υποβάλω απαίτηση για καταβολή αποζημίωσης και δηλώνω ότι όλα τα στοιχεία που έδωσα είναι, εξ όσων γνωρίζω, αληθή και ακριβή.

- Συγκατατίθεμαι στην εξέταση των πληροφοριών που περιλαμβάνονται σε αυτό το έντυπο από την AXA PPP International.
- Συγκατατίθεμαι στο να ζητήσει η AXA PPP International ιατρικές πληροφορίες, εάν χρειαστεί, απ' ό τον ιατρό και/ή το νοσοκομείο του ασθενούς.
- Συγκατατίθεμαι στην παροχή από τον ιατρό και/ή το νοσοκομείο ιατρικών αναφορών και πρόσβασης σε αντίγραφα των εν λόγω αρχείων υγείας, εφόσον ζητηθούν από την AXA PPP International. Αυτό είναι απαραίτητο ώστε AXA PPP International limited να είναι σε θέση:
 - a. να διεκπεραιώσει την αίτηση/απαίτηση για καταβολή αποζημίωσης,
 - b. να διενεργήσει ελέγχους και άλλες έρευνες, και
 - c. να επεξεργαστεί και να κοινοποιήσει ιατρικά στοιχεία σε τρίτους, εφόσον υπάρχει σχετική νομική απαίτηση.
- Συγκατατίθεμαι στην εξέταση από την AXA PPP International πληροφοριών που περιλαμβάνονται σε ιατρικές αναφορές ή αρχεία υγείας που ενδέχεται να ζητηθούν.
- Συγκατατίθεμαι στην εξέταση από τον ιατρό και/ή το νοσοκομείο που έχει αναλάβει την ιατρική περίθαλψη του ασθενούς ιατρικών λεπτομερειών ή λεπτομερειών της θεραπείας και των διευθετήσεων εξόδου με την AXA PPP International.

Συμφωνώ στην αποστολή εκ μέρους της AXA PPP International όλης της περαιτέρω αλληλογραφίας σχετικά με αυτή την απαίτηση στον κάτοχο του ασφαλιστηρίου, εκτός εάν σας ζητήσω να μη γίνει κάτι τέτοιο.

3.1 Βεβαιώνω ότι είμαι ο ασθενής

Ναι Όχι

3.2 Ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών;

Ναι Όχι

3.3 Εάν ναι, βεβαιώνω ότι είμαι ο γονέας/κηδεμόνας του ασθενούς

Ναι Όχι

3.4 Επιθυμώ να βλέπω οποιαδήποτε αναφορά απ' ό τον ιατρό πριν από την αποστολή της σε εσάς.

Ναι Όχι

3.5 Υπογραφή*:

Ημερομηνία:

3.6 Ονοματεπώνυμο ασθενούς (*Υπογράφεται απ' ό τον ασθενή ή τον γονέα/κηδεμόνα του ασθενούς, εάν ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών)

Λίστα ελέγχου (Σημειώστε τα κατάλληλα πλαίσια σε αυτή την ενότητα)

- 1. Συμπλήρωση των στοιχείων του ασθενούς
- 2. Συμπλήρωση των στοιχείων πληρωμής (Ενότητα 1)
- 3. Π ρόσθετα στοιχεία (Ενότητα 2)
- 4. Συμπλήρωση της δήλωσης και συγκατάθεσης (Ενότητα 3.1–3.4)
- 5. Υπογραφή και χρονολόγηση του εντύπου (Ενότητα 3.5–3.6)
- 6. Συμπλήρωση των ιατρικών στοιχείων (Ενότητα 4)

Στοιχεία του ασθενούς (Συμπληρώνεται από τον ασθενή)

Αριθμός πελάτη:

Αριθμός απαίτησης:

Όνομα:

Επώνυμο:

Ημερομηνία γέννησης ασθενούς:

H	H	M	M	E	E
---	---	---	---	---	---

4 Ιατρικά στοιχεία (Συμπληρώνεται από τον ιατρό του ασθενούς)

4.1 Ιατρική κατάσταση που απαιτεί γνωμάτευση/θεραπεία

4.2 Εάν η απαίτηση σχετίζεται με εγκυμοσύνη:

Η εγκυμοσύνη είναι αποτέλεσμα φυσιολογικής σύλληψης; Ναι Όχι

Π ρόκειται για την πρώτη εγκυμοσύνη της ασθενούς; Ναι Όχι

Η ασθενής είχε στο παρελθόν επιπλοκές που συνδέονται με την εγκυμοσύνη; Ναι Όχι

4.3 Π όσο καιρό παρουσιάζει συμπτώματα ο ασθενής προτού επισκεφθεί τον ιατρό;

4.4 Η ημερομηνία κατά την οποία ο ασθενής επισκέφθηκε οποιονδήποτε ιατρό;

H	H	M	M	E	E
---	---	---	---	---	---

4.5 Παρακαλούμε να παρέχετε πλήρες ιστορικό της ιατρικής κατάστασης που απαιτεί θεραπεία, συμπεριλαμβανομένων λεπτομερειών για τυχόν προηγούμενη και υφιστάμενη έρευνα/θεραπεία/φαρμακευτική αγωγή, μαζί με τυχόν αντίστοιχες ημερομηνίες.

4.6 Παρακαλούμε επιβεβαιώστε εάν ο ασθενής είχε εμφανίσει οποιαδήποτε συμπτώματα, είχε ζητήσει θεραπεία ή συμβουλές από οποιονδήποτε ιατρό ή οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή ή είχε ακολουθήσει κάποιο ιδιαίτερο διαιτολόγιο πριν από αυτή την απαίτηση.

Ναι Όχι

Εάν ναι, αναφέρετε λεπτομέρειες παρακάτω

συνέχεια στην επόμενη σελίδα

4 Ιατρικά στοιχεία (Συμπληρώνεται από τον ιατρό του ασθενούς) συνέχεια

4.7 Παρακαλούμε αναφέρετε τυχόν ιατρικό ιστορικό σχετικό με την κατάσταση για την οποία υπβάλλεται η απαίτηση.

4.8 Μελλοντικό σχέδιο θεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της εκτιμώμενης διάρκειας της θεραπείας και των πιθανών ημερομηνιών των συνεδριών θεραπείας.

Είμαι ο ιατρός του ασθενούς και επιβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που παρείχα είναι ακριβείς, εξ όσων γνωρίζω. Κατανοώ ότι η ακρίβεια των παρεχόμενων πληροφοριών μπορεί να επηρεάσει την απαίτηση του ασθενούς μου για ιδιωτική θεραπεία.

Υπογραφή ιατρού:

Ημερομηνία:

H	H	M	M	E	E
---	---	---	---	---	---

Όνομα (ολογράφως):

Σφραγίδα ιατρού:

Τηλέφωνο:

Ηλ. ταχυδρομείο:

Φαξ:

AXA PPP International limited είναι η εμπορική ονομασία της εταιρείας AXA PPP healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent TN1 2PL. AXA PPP International limited. Έδρα: 5 Old Broad Street, London EC2N 1AD, United Kingdom. Εγγεγραμμένη στην Αγγλία με Αρ. 3148119. Με εξουσιοδότηση και υπό την εποπτεία της Αρχής Χρηματοοικονομικών Υπηρεσιών (Financial Services Authority). Προκειμένου να διατηρήσουμε την ποιότητα υπηρεσιών, οι τηλεφωνικές συνομιλίες ενδέχεται να ηχογραφούνται και/ή να παρακολουθούνται για λόγους διασφάλισης ποιότητας, εκπαίδευσης και για λόγους συγκέντρωσης αποδείξεων.



Παρακαλούμε αποστείλετε το παρόν έντυπο στη διεύθυνση:

AXA PPP International limited, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL United Kingdom.



5 Σημαντικές πληροφορίες

Διαβάστε τις προσεκτικά και κρατήστε τις για το αρχείο σας (δεν χρειάζεται να αποστείλετε αυτή τη σελίδα).

Νόμος περί πρόσβασης σε ιατρικές αναφορές του 1988:

Πρέπει να κατανοήσετε αυτά τα δικαιώματα προτού δώσετε τη συγκατάθεσή σας προκειμένου να λάβουμε μια αναφορά από τον ιατρό που σας παρακολουθεί.

Τα δικαιώματα αυτά δεν σχετίζονται με αναφορές από ιατρούς οι οποίοι δεν είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία σας. Επίσης, όταν ζητούμε πληροφορίες που περιλαμβάνονται στα ιατρικά σας αρχεία, όπως αντίγραφα ιατρικών σημειώσεων, ισχύει μόνο το πρώτο σημείο.

- Μπορείτε να αρνηθείτε τη συγκατάθεσή σας, αλλά σε αυτήν την περίπτωση ενδέχεται να μην μπορέσουμε να επεξεργαστούμε την απαίτησή σας.
- Εάν χρειαστούμε κάποια αναφορά, θα επικοινωνήσουμε μαζί σας γραπτώς προκειμένου να σας ενημερώσουμε για την ημερομηνία που ζητήθηκε η εν λόγω αναφορά.
- Σημειώνοντας το πλαίσιο στο σημείο 3.4 της ενότητας 3 με τίτλο «Δήλωση και συγκατάθεση» του παρόντος εντύπου, υποδεικνύετε εάν θέλετε να βλέπετε κάθε αναφορά που συντάσσεται από τον ιατρό προτού σταλεί σε εμάς. Έχετε 21 ημέρες στη διάθεσή σας από την ημερομηνία του αιτήματός μας για αυτό το σκοπό. Το αν θα επικοινωνήσετε με τον ιατρό εξαρτάται από εσάς. Εάν αλλάξετε γνώμη προτού αποσταλεί σε εμάς η αναφορά, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ιατρό σας για να τη δείτε. Έχετε 21 ημέρες στη διάθεσή σας από την ημερομηνία του αιτήματός μας για αυτό το σκοπό.
- Εάν διαφωνείτε με τις πληροφορίες στην αναφορά, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ιατρό προκειμένου να τις αλλάξει. Εάν ο ιατρός δεν συμφωνεί μαζί σας, θα σας ζητήσει να συντάξετε μια δήλωση, η οποία θα επισυναφθεί στην αναφορά που θα αποσταλεί σε εμάς.
- Μπορείτε να ζητήσετε από τον ιατρό να δείτε την αναφορά ανά πάσα στιγμή εντός διαστήματος έξι μηνών από την ημερομηνία αποστολής της σε εμάς.
- Ο ιατρός μπορεί να σας χρεώσει για ένα αντίτυπο της αναφοράς. Το κόστος αυτό δεν καλύπτεται από το πρόγραμμα/συμβολαίο σας.
- Ο ιατρός σας δεν είναι υποχρεωμένος να σας δείξει τμήματα της αναφοράς εάν θεωρεί ότι κάτι τέτοιο θα έβλαπτε τη σωματική ή την πνευματική σας υγεία.
- Εάν η αναφορά περιλαμβάνει πληροφορίες για κάποιον άλλο, ο ιατρός δεν θα σας αποκαλύψει το συγκεκριμένο τμήμα της αναφοράς.
- Εάν ο ιατρός δεν θέλει να δείτε τμήμα της αναφοράς του, θα σας ενημερώσει εγγράφως, εντούτοις εξακολουθείτε να έχετε το δικαίωμα να δείτε άλλα τμήματα της αναφοράς.

Νόμος περί προστασίας προσωπικών δεδομένων του 1998:

Οι πληροφορίες σχετικά με την υγεία, το ιατρικό ιστορικό και οποιαδήποτε θεραπεία στην οποία υποβάλλεστε αποτελούν ευαίσθητα προσωπικά στοιχεία.

- Χρειαζόμαστε τη συγκατάθεσή σας προκειμένου να επεξεργαστούμε τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα σας.
- Έχετε το δικαίωμα να ενημερώνετε λεπτομερώς σχετικά με τις πληροφορίες που διαθέτουμε για εσάς. Ενδέχεται να σας επιβαρύνουμε με κάποια μικρή χρέωση για αυτή την υπηρεσία.
- Μπορείτε να μας ζητήσετε γραπτώς ένα αντίτυπο οποιουδήποτε προσωπικού στοιχείου περιλαμβάνεται σε οποιαδήποτε ανεξάρτητη αναφορά που ζητάμε.
- Εάν θέλετε αντίτυπο της ιατρικής αναφοράς που μας έχει αποστείλει ο ιατρός σας, θα πρέπει να επικοινωνήσετε απευθείας μαζί του.
- Οι απαιτήσεις σας ενδέχεται να υποβάλλονται σε εμπειρογναστική επεξεργασία εκ μέρους μας, εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου.
- Αποστέλλουμε όλη την αλληλογραφία που σχετίζεται με τις απαιτήσεις στον κάτοχο του συμβολαίου, εκτός εάν μας δοθεί διαφορετική εντολή.

Έλεγχος, αποτροπή και εντοπισμός εγκληματικής δραστηριότητας.

Ενδέχεται να ελέγχουμε τα αρχεία των ιατρών και των νοσοκομείων προκειμένου:

- να διασφαλίζουμε την ορθή χρέωσή μας για τις υπηρεσίες που παρέχουν
- να αποτρέπουμε και να εντοπίζουμε τις περιπτώσεις εγκληματικής δραστηριότητας και ιδιαίτερα της απάτης, ή
- να αξιολογούμε την απόδοση των εξειδικευμένων ιατρών.

Οι έλεγχοι μπορεί να αποτελούν μέρος κάποιου προγράμματος ή να πραγματοποιούνται σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, ενώ μπορεί να περιλαμβάνεται η εξέταση των ιατρικών αρχείων τα οποία διατηρεί το πρόσωπο ή ο φορέας που υποβάλλεται σε έλεγχο.

Ενδέχεται να χρειαστεί να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες που λαμβάνουμε σε τρίτα μέρη. Σε αυτά συγκαταλέγονται εξειδικευμένοι ιατροί, άλλοι ασφαλιστές, η Υπηρεσία Διαχείρισης Ασφάλειας για την Καταπολέμηση της Απάτης του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS Counter Fraud Security Management Service) και το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο (General Medical Council). Υπό συγκεκριμένες συνθήκες, η νομοθεσία μας υποχρεώνει να κοινοποιούμε στοιχεία σε αρχές επιβολής του νόμου σε περίπτωση υπόνοιας ψευδών αιτήσεων και άλλων εγκλημάτων.

Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την προσθήκη μη ιατρικών πληροφοριών σε μια βάση δεδομένων όπου έχουν δυνατότητα πρόσβασης άλλοι ασφαλιστές και αρχές επιβολής του νόμου. Είμαστε υποχρεωμένοι να ενημερώνουμε το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο ή οποιαδήποτε άλλη αρμόδια ρυθμιστική αρχή για οποιαδήποτε περίπτωση κατά την οποία έχουμε λόγο να πιστεύουμε ότι η φυσική κατάσταση ενός παρόχου ιατρικών υπηρεσιών παρουσιάζει προβλήματα που ενδέχεται να επηρεάσουν την εργασία του.

