Formulário de informação médica

Estamos aqui para ajudar

+44 (0) 1892 556274

Disponíveis de dia ou de noite, 365 dias por ano

Ajude-nos a apreciar o seu pedido de comparticipação de despesas escrevendo de forma clara

Este formulário é composto por três secções:

Secção	Quem precisa de preencher esta secção
A: Detalhes do pedido de comparticipação	o paciente que apresenta o pedido de comparticipação
B: Consentimento do paciente	o paciente que apresenta o pedido de comparticipação
C: Informações médicas	o Médico ou Profissional de saúde do paciente

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.

Secção A: Detalhes do pedido de comparticipação – a ser preenchido pelo paciente

A1 Sobre o tomador e o pedido de comparticipação

Escreva com **TINTA PRETA** e escreva em **MAIÚSCULAS** em todo o processo

Nome completo e título

Morada
Inscreva a morada completa, incluindo o código postal e o país, quando aplicável.

Número de cliente/apólice

Número de pedido de comparticipação (se conhecido)

Informações de contacto
Inclua os códigos de país e área, se aplicável. Faculte os detalhes do Progenitor ou Tutor se o paciente tiver menos de 16 anos.

Telefone

E-mail

Data de nascimento

D D M M A A A A

Razão para o pedido de comparticipação
Descreva os sintomas ou condição médica em tratamento

Continua na próxima página

PB63233/01.21

A2 Detalhes do pedido de comparticipação

Já pagou alguma despesa relativa ao tratamento a que respeita o pedido de comparticipação?

☐ **Não** ▶ Continue para a **secção** A3

☐ **Sim** ▶ Preencha o resto desta secção

Pagaremos qualquer tratamento que esteja coberto diretamente para a sua conta bancária.

Anexe todos os recibos relativos ao tratamento, devidamente detalhados, assim como quaisquer certificados médicos, correspondência ou documentos relevantes para o pedido de comparticipação.

Para evitar atrasos no processamento do seu pedido, certifique-se de que lista:

- As datas do tratamento
- O tipo de tratamento
- A condição médica
- O valor do recibo

Moeda de pagamento da comparticipação

IBAN (se relevante para a localização do banco)

País

Código SWIFT ou BIC

Número de conta bancária

Número ABA (se relevante para a localização do banco)

Nome do destinatário do pagamento

Nome e morada do banco

Nome da conta

Se tiver mais tratamentos agendados, contacte-nos através do número +44 (0) 1892 556274, ou online seguindo as instruções em axaglobalhealthcare.com/customer

A3 Informações adicionais

Pretende reclamar um benefício financeiro para um tratamento recebido gratuitamente?

☐ **Não**

☐ **Sim** ▶ Se sim, envie a confirmação das datas da sua estada ou tratamento com este formulário e comprovativos em como os serviços foram prestados gratuitamente.

O tratamento é decorrente de um ferimento ou acidente?

☐ **Não** ▶ Continue para a **Secção** B

☐ **Sim**

a. Considera que há um outrem culpado que tenha causado o acidente ou ferimento?

☐ **Não**

☐ **Sim**

b. Tem mais alguma apólice de seguro que possa cobrir o seu pedido de comparticipação?

☐ **Não**

☐ **Sim** ▶ Se sim, providencie os detalhes

Informações da outra seguradora

Secção B: **Declaração e consentimento**

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 comparticipação 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**

Declaro que sou o paciente

☐ **Sim**
☐ **Não**

O paciente tem menos de 16 anos?

☐ **Não**
☐ **Sim**

Se sim, declaro que sou o progenitor/tutor do paciente

☐ **Não**
☐ **Sim**

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

☐ **Não**
☐ **Sim**

Assinado*

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

*Se o paciente tiver menos de 16 anos, este formulário deve ser assinado pelo progenitor/tutor legal

Data

D	D	M	M	A	A	A	A

Nome completo do paciente

Pretendo que outra pessoa/organização(ões) ajude com este pedido de comparticipação 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).

Secção C: Informação médica

A ser preenchido pelo profissional de cuidados de saúde do paciente - ajude-nos digitando ou escrevendo de forma clara

Nome do paciente

Data de nascimento

D D M M A A A A

Há quanto tempo acompanha este paciente?

É o assistente médico principal do paciente?

☐ **Não**

☐ **Sim**

Tem acesso ao historial médico do paciente?

☐ **Não** ▶ Veja abaixo

☐ **Sim**

Se não, indique o nome e morada da pessoa que possui o ficheiro do historial médico do paciente

C1 Informações médicas

Condição médica / diagnóstico

Código ICD

Código Cirúrgico (se apropriado)

Descrição dos sintomas

Há quanto tempo há sintomatologia prévia à sua consulta?

Quando é que começaram os sintomas?

D D M M A A A A

Se não houver sintomas, o que levou o paciente a consultá-lo?

Tendo em conta a etiologia da condição, há quanto tempo estima que tenha a existência da condição?

Data do primeiro tratamento ou consulta com qualquer profissional de cuidados de saúde

D D M M A A A A

Data do tratamento consigo

D D M M A A A A

Tipo de investigação necessária para confirmar o diagnóstico

Plano de tratamento adicional (se existente)

O paciente foi encaminhado para si por outro profissional de cuidados de saúde?

☐ **Não**

☐ **Sim** ▶ Se sim, providencie o nome e informações de contacto do profissional encaminhador

O pedido de comparticipação está associado ou é decorrente de algum tratamento ou cirurgia anterior?

☐ **Não**

☐ **Sim** ▶ Se sim, especifique, incluindo datas

Continua na próxima página

C1 Informações médicas (continuação)

O paciente tem alguma condição médica associada ou relacionada?

☐ **Não**
☐ **Sim** ▶ Se sim, especifique e explique a relação e data de diagnóstico

O paciente recebeu alguma consulta/tratamento, ou hospitalização, relativamente a esta condição, ou a condições ou sintomas associados?

☐ **Não**
☐ **Sim** ▶ Se sim, especifique

Data do tratamento

D D M M A A A A

Condição médica / tratamento

Nome do profissional

O paciente tem medicação prescrita para esta condição?

☐ **Não**
☐ **Sim** ▶ Se sim, indique o medicamento e data de início da toma

Se o pedido de comparticipação for respeitante a gravidez, a mesma é resultante de conceção natural?

☐ **Não**
☐ **Sim**

Se o pedido de comparticipação for respeitante a gravidez, é a primeira gravidez da paciente?

☐ **Não** ▶ Se não, especifique quaisquer eventuais complicações anteriores na gravidez
☐ **Sim**

Se o pedido de comparticipação for respeitante a gravidez, é a primeira gravidez da paciente?

☐ **Não** ▶ Se sim, especifique quaisquer eventuais complicações anteriores na gravidez
☐ **Sim**

C2 Declaração do profissional de cuidados de saúde

Sou o profissional de cuidados de saúde do paciente e confirmo que as informações que facultei estão corretas, tanto quanto me é possível aferir. Compreendo que se alguma da informação estiver incorreta, isso poderá afetar o pedido de comparticipação de despesas privadas de cuidados de saúde do meu paciente.

Assinatura

Letra de imprensa

Data

D D M M A A A A

Endereço de e-mail

Número de telefone de contacto

Carimbo do consultório

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 comparticipação.

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 comparticipação 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 comparticipação 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.

PB63233/01.21
A AXA Global Healthcare (UK) Limited está registada em Inglaterra (N.º 03039521). Sede: 20 Gracechurch Street, London EC3V 0BG United Kingdom.
A AXA Global Healthcare (UK) Limited está autorizada e é regulamentada no Reino Unido pela Financial Conduct Authority.
Podemos proceder à gravação e/ou monitorização de chamadas para garantia de qualidade, formação e como registo da nossa conversa.