

Η αξίωσή σας θα διαχειρίζεται η IMG ή άλλο τρίτο μέρος για λογαριασμό της IMG. Για να το πράξει αυτό αποτελεσματικά, ζητούμε την άδειά σας να επικοινωνούμε με οποιονδήποτε ιατρό έχει αναλάβει τη φροντίδα του τρέχοντος ιατρικού σας προβλήματος και, όπου απαιτείται σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις του ασφαλιστικού σας συμβολαίου, με οποιονδήποτε ιατρό από τον οποίο μπορούμε να συλλέξουμε σχετικό προηγούμενο ιατρικό ιστορικό. Ωστόσο, έχετε υπόψη ότι εάν επιλέξετε να μην το κάνετε, ενδέχεται να μην είμαστε σε θέση να αποδεχθούμε ή να επεξεργαστούμε την αξίωσή σας.

Συμπλήρωση του εντύπου

- Χρησιμοποιήστε αυτό το έντυπο για να εξουσιοδοτήσετε τη διάθεση των ιατρικών σας πληροφοριών.
- Βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει σε όλες τις ερωτήσεις και υπογράψτε τη δήλωση.
- Γράψτε ευδιάκριτα με κεφαλαία γράμματα.
- Εάν έχετε οποιεσδήποτε ερωτήσεις, καλέστε μας στο +44 (0) 330 333 6686

Επόμενο Βήμα

Στείλτε το συμπληρωμένο έντυπο σε εμάς χρησιμοποιώντας μία από τις παρακάτω επιλογές.
Διαδικτυακά: MyIMG
Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο: GPMclaims@imglobal.com
Φαξ: +44 (0) 330 333 6687
Ταχυδρομείο: Global Prima Claims Team,
PO Box 1114 Κάρντιφ CF11 1UL
Ηνωμένο Βασίλειο

1 Στοιχεία ασθενούς

Προσφώνηση
☐ Κος ☐ Κα ☐ Άλλο

Όνομα ασθενούς

Επίθετο ασθενούς

Ημερομηνία γέννησης (HH-MM-EEEE)

Αριθμός πελάτη και Ασφαλιστικού συμβολαίου ασθενούς

Αναγνωριστικό πάθησης/Αριθμός περιστατικού

Νούμερα επικοινωνίας ασθενούς
Σταθερό:

Κινητό:

Ταχυδρομική διεύθυνση ασθενούς

Ταχυδρομικός κώδικας Χώρα

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ασθενούς

Πριν δώσετε αυτή τη συγκατάθεση, θα πρέπει να γνωρίζετε τα δικαιώματά σας ως ασθενής στο πλαίσιο του «ΝΟΜΟΥ ΠΕΡΙ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΚΘΕΣΕΙΣ του 1988», τα οποία συνοψίζονται παρακάτω.

- Μπορείτε να αρνηθείτε τη συγκατάθεσή σας στην αίτηση που υποβάλλεται ή στην έκθεση που μας παρέχεται. Λάβετε υπόψη ότι αυτό μπορεί να επηρεάσει την ικανότητά μας να αξιολογούμε και να επεξεργαζόμαστε την αξίωσή σας.
- Μπορείτε να δείτε την έκθεση πριν μας αποσταλεί. Πρέπει να ζητήσετε από το ιατρό σας αντίγραφο εντός 21 ημερών από την ημερομηνία κατά την οποία ζητήσαμε την έκθεση. Θα σας ειδοποιήσουμε σχετικά με αυτή την ημερομηνία.
- Μπορείτε να ζητήσετε από το ιατρό σας αντίγραφο της έκθεσης οποιαδήποτε στιγμή έως και έξι μήνες μετά την ημερομηνία της έκθεσης.
- Μπορείτε να ζητήσετε από το ιατρό σας να τροποποιήσει οποιοδήποτε μέρος της έκθεσης θεωρείτε λανθασμένο ή παραπλανητικό. Εάν ο ιατρός σας δεν συμφωνεί με το αίτημά σας, μπορείτε να επισυνάψετε τα σχόλιά σας στην έκθεση.
- Ο ιατρός σας μπορεί να παρακρατήσει την έκθεση, παρόλο που έχετε ζητήσει αντίγραφο, εάν θεωρεί ότι θα ήταν επιβλαβής για τη σωματική ή τη ψυχική σας υγεία ή εάν περιέχει πληροφορίες σχετικά με κάποιον τρίτο που δεν έχει συναινέσει στη γνωστοποίησή του.

Λάβετε υπόψη ότι αυτές οι πληροφορίες ενδέχεται να διαβιβαστούν στους ασφαλιστές του ασφαλιστηρίου σας ή σε οποιοδήποτε εκλεγμένο τρίτο μέρος.

2 Δήλωση και συγκατάθεση ασθενούς

Έχω ενημερωθεί για τα νόμιμα δικαιώματά μου βάσει του «Νόμου περί Πρόσβασης σε Ιατρικές Εκθέσεις του 1988» σε σχέση με την αξίωσή μου και

- i Δια του παρόντος συναινώ στα αιτήματα ιατρικών πληροφοριών της IMG προς οποιονδήποτε ιατρό με έχει δει σχετικά με οτιδήποτε επηρεάζει τη σωματική ή τη ψυχική μου υγεία.
- ii Εξουσιοδοτώ οποιονδήποτε ιατρό να γνωστοποιήσει αυτές τις πληροφορίες στην IMG και σε οποιονδήποτε τρίτο εκ μέρους της.

Εάν επιθυμείτε να δείτε οποιαδήποτε έκθεση πριν αποσταλεί στην IMG, η επεξεργασία της αξίωσής σας μπορεί να καθυστερήσει σημαντικά.

Εάν έχετε διαβάσει τα σημεία 1 έως 4 της προηγούμενης σελίδας και συμφωνείτε με τη Δήλωση ασθενούς, υπογράψτε και θέστε την ημερομηνία στο παρόν έγγραφο παρακάτω και επιστρέψτε το σε εμάς χρησιμοποιώντας μία από τις ακόλουθες επιλογές: Διαδίκτυακά, Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο, Φαξ ή Ταχυδρομείο.

Δηλώνω ότι είμαι ο ασθενής

Ναι

Εάν ☐ ασθενής είναι κάτω των 16 ετών, ένας γονέας ή κηδεμόνας θα πρέπει να επισημάνει αυτό το πλαίσιο και να υπογράψει παρακάτω εκ μέρους του ασθενούς

Επιθυμώ να βλέπω οποιαδήποτε έκθεση από τον ιατρό πριν σας αποσταλεί

Ναι ☐ Όχι ☐

Συμφωνώ να λαμβάνω δηλώσεις παροχών και προσωπικές ιατρικές πληροφορίες μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου

Ναι ☐ Όχι ☐

Όνομα γονέα ή κηδεμόνα

Σχέση με τον ασθενή

Ονοματεπώνυμο ασθενούς

Υπογεγραμμένο (να υπογραφεί από τον γονέα/κηδεμόνα εάν ο ασθενής είναι κάτω των 16 ετών)

Ημερομηνία (HH-MM-EEEE)

Ευχαριστούμε για τη βοήθειά σας στη συμπλήρωση του παρόντος εντύπου. Θα συνεχίσουμε να παρακολουθούμε το περιστατικό σας και να παραμένουμε σε επαφή με εσάς και τον θεράποντα ιατρό σας μέχρι την ολοκλήρωση της θεραπείας σας. Μόλις μπορέσουμε να οριστικοποιήσουμε τη διαδικασία επαλήθευσης, θα είμαστε σε θέση να κανονίσουμε την πληρωμή των ιατρικών σας λογαριασμών (μείον τυχούσα υπέρβαση του ισχύοντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου) και να σας βοηθήσουμε όπως απαιτείται σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας.

3 Στοιχεία θεράποντος ιατρού και ιατρού

Όνομα θεράποντος ιατρού

Διεύθυνση θεράποντος ιατρού/νοσοκομείου που επισκέφθηκε

Ταχυδρομικός κώδικας Χώρα

Αριθμός τηλεφώνου

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου

Όνομα ιατρού (ο συνήθης ιατρός σας)

Διεύθυνση θεράποντος ιατρού/νοσοκομείου που επισκέφθηκε

Ταχυδρομικός κώδικας Χώρα

Αριθμός τηλεφώνου

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου

Θα αποθηκεύσουμε τα στοιχεία σας, τα οποία μπορεί να περιλαμβάνουν ευαίσθητα δεδομένα, στη βάση δεδομένων μας. Αυτό θα γίνει με σκοπό τη διαχείριση της αξίωσής σας και μπορεί να κοινοποιηθεί στους ασφαλιστές του ασφαλιστηρίου σας και σε τυχόν τρίτους διαχειριστές.

4 Στοιχεία ορισθέντος ατόμου

Όνομα ορισθέντος ατόμου

Σχέση

Αριθμός τηλεφώνου

Διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου

Δεν μπορούμε να γνωστοποιήσουμε τις ιατρικές σας πληροφορίες στα μέλη της οικογένειάς σας, στους σας στενούς φίλους ή σε τρίτους, όπως ασφαλιστές και προσωπικούς βοηθούς, χωρίς τη συγκατάθεσή σας. Εάν θέλετε να ενημερώνουμε κάποιον για το περιστατικό σας, τότε θα πρέπει να μας δώσετε τα στοιχεία του. Δεν μπορούμε να συζητήσουμε το περιστατικό σας με κανέναν άλλο εκτός από εσάς τον ίδιο ή το ορισμένο από εσάς πρόσωπο. Το ορισμένο από εσάς πρόσωπο θα πρέπει να είναι έτοιμο να απαντήσει σε ορισμένες ερωτήσεις ασφαλείας όταν καλεί, ώστε να μπορούμε να το ταυτοποιούμε σωστά.

5 Σημαντικές πληροφορίες

Διαβάστε προσεκτικά και κρατήστε το για τα αρχεία σας

Νόμος περί Πρόσβασης σε Ιατρικές Εκθέσεις του 1988:

Πρέπει να κατανοήσετε αυτά τα δικαιώματα προτού συμφωνήσετε πως μπορούμε να ζητήσουμε μια έκθεση από τον ιατρό που σας παρακολουθεί.

Τα δικαιώματα αυτά δεν αφορούν εκθέσεις από ιατρούς που δεν είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία σας. Επίσης, όταν ζητάμε πληροφορίες από τα ιατρικά σας αρχεία, όπως ένα αντίγραφο των ιατρικών σας σημειωμάτων, ισχύει μόνο το πρώτο σημείο.

- Μπορείτε να αρνηθείτε τη συγκατάθεσή σας, αλλά αν το κάνετε αυτό, ενδέχεται να μην είμαστε σε θέση να επεξεργαστούμε την αξίωσή σας.
- Εάν χρειαστούμε μια έκθεση θα σας γράψουμε για να σας πούμε την ημερομηνία που ζητήθηκε.
- Μπορείτε να υποδείξετε στο πλαίσιο της ενότητας 2 Δήλωση και συγκατάθεση του παρόντος εντύπου, αν θέλετε να βλέπετε οποιαδήποτε έκθεση του ιατρού σας πριν μας αποσταλεί. Έχετε 21 ημέρες από την ημερομηνία του αιτήματός μας για να το πράξετε και η επικοινωνία σας με τον ιατρό εξαρτάται από εσάς. Εάν αλλάξετε γνώμη πριν μας αποσταλεί η έκθεση, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ιατρό σας για να τη δείτε. Έχετε 21 ημέρες από την ημερομηνία του αιτήματός μας για να το πράξετε.
- Αν διαφωνείτε με τις πληροφορίες της έκθεσης, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ιατρό για να τις αλλάξετε. Εάν ο ιατρός δεν συμφωνεί μαζί σας, θα σας ζητήσει να γράψετε μια δήλωση για να επισυναφθεί στην έκθεση που μας αποστέλλεται.
- Μπορείτε να ζητήσετε από τον ιατρό να δείτε την έκθεση ανά πάσα στιγμή εντός μιας περιόδου έξι μηνών από την αποστολή της από το ιατρό σε εμάς.
- Ο ιατρός σας μπορεί να σας χρεώσει για ένα αντίγραφο της έκθεσης. Αυτή η χρέωση δεν καλύπτεται από το πρόγραμμα/το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας.
- Ο ιατρός σας δεν είναι υποχρεωμένος να σας δείξει τμήματα της έκθεσης, αν πιστεύει ότι αυτό θα μπορούσε να βλάψει τη σωματική ή τη ψυχική σας υγεία.
- Αν η έκθεση περιλαμβάνει πληροφορίες για κάποιον άλλο, ο ιατρός δεν θα σας δείξει αυτό το τμήμα της έκθεσης.
- Αν ο ιατρός δεν θέλει να δείτε κάποιο τμήμα της έκθεσής του, θα σας το πει γραπτώς, αλλά μπορείτε να δείτε τα υπόλοιπα μέρη της έκθεσης.

Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ):

Οι πληροφορίες σχετικά με την υγεία, το ιατρικό ιστορικό και οποιαδήποτε θεραπεία στην οποία υποβάλλεστε αποτελούν ευαίσθητες προσωπικές πληροφορίες.

- Επεξεργαζόμαστε τα ευαίσθητα προσωπικά σας δεδομένα στο πλαίσιο των έννομων συμφερόντων μας να σας παρέχουμε ασφάλιση υγείας. Αυτό περιλαμβάνει την αξιολόγηση της αίτησής σας, τη διαχείριση του ασφαλιστηρίου σας και τον χειρισμό των αιτήσεων αποζημίωσης. Επιπλέον, βασίζόμαστε στις νόμιμες βάσεις ουσιαστικού δημόσιου συμφέροντος για την πρόληψη της απάτης και τη διασφάλιση της ακεραιότητας του ασφαλιστικού κλάδου, στις νομικές υποχρεώσεις συμμόρφωσης με τους κανονισμούς και τις απαιτήσεις αναφοράς, καθώς και στη συμβατική αναγκαιότητα, προκειμένου να σας παρέχουμε την κάλυψη και τις υπηρεσίες που περιγράφονται στο ασφαλιστήριό σας.
- Για μια πλήρη περιγραφή του τρόπου με τον οποίο συλλέγουμε και χρησιμοποιούμε τις προσωπικές σας πληροφορίες και των δικαιωμάτων σας βάσει του ΓΚΠΔ, ανατρέξτε στην Πολιτική Απορρήτου μας στη διεύθυνση <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

Έλεγχος και αποτροπή και ανίχνευση του εγκλήματος.

Μπορεί να ελέγχουμε τα αρχεία των ιατρών και των νοσοκομείων ώστε:

- Να διασφαλίσουμε ότι τιμολογούμε σωστά για τις υπηρεσίες τους.
- Να αποτρέψουμε και να εντοπίσουμε εγκλήματα, ιδίως απάτη ή
- Να ελέγξουμε την απόδοση των ειδικών.

Οι έλεγχοι μπορεί να αποτελούν μέρος ενός προγράμματος ή να πραγματοποιούνται ως απόκριση σε μια συγκεκριμένη περίπτωση και μπορεί να περιλαμβάνουν τον έλεγχο των ιατρικών αρχείων των πελατών που κατέχει το πρόσωπο ή ο οργανισμός που ελέγχεται.

Μπορεί να χρειαστεί να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες που λαμβάνουμε σε τρίτους. Αυτό περιλαμβάνει τους ιατρικούς εμπειρογνώμονες, άλλους ασφαλιστές, την Υπηρεσία Διαχείρισης της Ασφάλειας Κατά της Απάτης του ΕΣΥ (NHS Counter Fraud Security Management Service) και το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο (General Medical Council). Απαιτείται από το νόμο, σε ορισμένες περιπτώσεις, να αποκαλύψουμε πληροφορίες στις υπηρεσίες επιβολής του νόμου σχετικά με υποψίες για δόλιες αξιώσεις και άλλα εγκλήματα.

Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την προσθήκη μη ιατρικών πληροφοριών σε μια βάση δεδομένων που θα προβληθεί από άλλους ασφαλιστές και υπηρεσίες επιβολής του νόμου. Είμαστε υποχρεωμένοι να ενημερώνουμε το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο ή άλλο σχετικό ρυθμιστικό φορέα για οποιοδήποτε θέμα όπου έχουμε λόγους να πιστεύουμε ότι η καταλληλότητα ενός ιατρικού παρόχου να ασκεί το επάγγελμα μπορεί να έχει πληγεί.

H International Medical Group Limited είναι εξουσιοδοτημένη και εποπτευόμενη από την Financial Conduct Authority (311496). Εγγεγραμμένος στην Αγγλία και την Ουαλία (4163178). Εγγεγραμμένο γραφείο: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

H IMG Europe AB είναι αδειοδοτημένη και εποπτευόμενη από τη Σουηδική Αρχή Χρηματοπιστωτικής Εποπτείας (71922) και είναι εγγεγραμμένη ως εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπος από την Αρχή Χρηματοπιστωτικής Συμπεριφοράς (Financial Conduct Authority) (1003200). Εγγεγραμμένος στη Σουηδία (559405-0469). Έδρα: c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Sweden. Διεύθυνση γραφείου εγκατάστασης στο Ηνωμένο Βασίλειο (BR025974): 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK.