

Συμπληρώνοντας την παρούσα αίτηση

- Χρησιμοποιήστε την παρούσα φόρμα για να αιτηθείτε Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη.
- Βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει όλες τις ερωτήσεις και ότι έχετε υπογράψει τη δήλωση.
- Παρακαλούμε να γράψετε με κεφαλαία ευανάγνωστα γράμματα.
- Εάν έχετε απορίες, καλέστε μας στον αριθμό +44 (0) 330 333 6686

Έχετε σκεφτεί να υποβάλετε την αίτησή σας ηλεκτρονικά;

Για τη διευκόλυνσή σας, μπορείτε να υποβάλλετε τις αιτήσεις σας μέσω του MyIMG. Είναι απλό και δεν απαιτεί να συμπληρώσετε, να τυπώσετε και να σαρώσετε την παρούσα αίτηση. Αν προτιμάτε, λοιπόν, να υποβάλετε την αίτησή σας ηλεκτρονικά, επισκεφτείτε τη διεύθυνση claims.alchealth.com

Ποια είναι τα επόμενα βήματα;

Είτε επιλέξετε να συμπληρώσετε την αίτησή σας ηλεκτρονικά είτε μας την αποστείλετε ταχυδρομικά, παρακαλούμε να μας υποβάλετε το αίτημά σας μαζί με τα συνοδευτικά έγγραφα, συμπεριλαμβάνοντας τιμολόγια, αποδείξεις πληρωμής και τυχόν ιατρικές γνωματεύσεις χρησιμοποιώντας **μία** από τις ακόλουθες επιλογές. Σας επισημαίνουμε ότι θα πρέπει να φυλάξετε τα πρωτότυπα τιμολόγια και τις αποδείξεις για χρονικό διάστημα έξι (6) μηνών για λόγους λογιστικού ελέγχου, με εξαίρεση την περίπτωση που θα πρέπει να αποστείλετε ταχυδρομικώς τα πρωτότυπα έγγραφα. Σε αυτή την περίπτωση, θα πρέπει να φυλάξετε φωτοαντίγραφα των πρωτότυπων εγγράφων.

Διαδικτυακά: MyIMG

Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (email):

GPMclaims@imglobal.com

+44 (0) 330 333 6687

Φαξ:

Ταχυδρομική Διεύθυνση:

Global Prima Claims Team,
PO Box 1114 Cardiff CF11 1UL
United Kingdom

1 Στοιχεία Ασθενούς

Τίτλος

☐ Κύριος ☐ Κυρία ☐ Δεσποινίς ☐ Άλλο

Όνομα/-τα

Επίθετο/-α

Αναγνωριστικό Πάθησης ή Αριθμός Αναφοράς Περιστατικού (εάν διατίθενται)

Κινητό/-ά Τηλέφωνο/-α Επικοινωνίας

Ημερομηνία Γέννησης (HH-MM-EEEE)

Όνομα/-τα Ασφαλισμένου

Αριθμός Πελάτη

Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (email)

Παρέχοντας μία διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και έναν αριθμό κινητού τηλεφώνου, συμφωνείτε να λαμβάνετε ηλεκτρονικές ειδοποιήσεις (συμπεριλαμβανομένων email και SMS) σχετικά με τη διαδικασία επεξεργασίας των αιτημάτων σας.

2 Στοιχεία πληρωμής

Παρακαλούμε να επιβεβαιώσετε σε ποιον θα πρέπει να στείλουμε την πληρωμή: Πάροχος Υπηρεσιών Πληρωμής ☐ Αποζημίωση Ασφαλισμένου/Ασθενούς (συμπληρώστε τα παρακάτω) ☐

Όνομα Δικαιούχου Τραπεζικού Λογαριασμού (ακριβώς όπως έχει καταχωριστεί στην τράπεζά σας)

Αριθμός Τραπεζικού Λογαριασμού / IBAN (Ο αριθμός του λογαριασμού σας μπορεί να αποτελείται από 8 έως 34 ψηφία. Εάν βρίσκεστε εκτός Ηνωμένου Βασιλείου, παρακαλούμε να εισαγάγετε το IBAN. Ορίστε ένα παράδειγμα IBAN: GB17BUKB20182703450546)

Κωδικός Τράπεζας (Μόνο για λογαριασμούς στο Ηνωμένο Βασίλειο)

Κωδικός Swift ή BIC (Για λογαριασμούς εκτός Ηνωμένου Βασιλείου, ο κωδικός αυτός αποτελείται από 8 έως 11 χαρακτήρες και είναι το μοναδικό αναγνωριστικό της τράπεζάς σας, παραδείγματα: AIBKGB2X ή BARCGB22XXX)

Νόμισμα στο οποίο θα γίνει η πληρωμή

Επωνυμία Τράπεζας

Διεύθυνση Τράπεζας

Ταχυδρομικός Κώδικας

Χώρα

Κωδικός Χωρών Διέλευσης (Routing Code) (Για ΗΠΑ)

Κωδικός BSB (Αυστραλία)/ABA (ΗΠΑ)/Διαμετακόμισης(Transit)

Συνιστούμε να επικοινωνήσετε με την τράπεζά σας για να επιβεβαιώσετε ότι τα στοιχεία πληρωμής είναι ορθά, ώστε να διασφαλίσετε ότι θα λάβετε πληρωμές που αποστέλλονται από το Ηνωμένο Βασίλειο. Ορισμένες χώρες και τράπεζες απαιτούν επιπρόσθετες πληροφορίες όταν λαμβάνουν διεθνείς πληρωμές.

3 Περιγραφή δαπάνης

Επιβεβαιώστε τον λόγο επίσκεψης στον/στην ιατρικό επαγγελματία συμπεριλαμβάνοντας λεπτομέρειες σχετικά με τα συμπτώματα ή την ιατρική πάθηση για την οποία δεχτήκατε περίθαλψη:

 Ημερομηνία που παρατηρήσατε τα συμπτώματα ή την ιατρική πάθηση για πρώτη φορά

Παρακαλούμε να επιβεβαιώσετε το όνομα, τη διεύθυνση, τη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email) και τον τηλεφωνικό αριθμό του/της ιατρού που είδατε:

Παραθέστε συνοπτικές πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία ή τις εξετάσεις που διενεργήθηκαν

Έχετε νοσήσει ή έχετε λάβει ξανά στο παρελθόν θεραπεία για αυτή την ιατρική πάθηση; Ναι ☐ Όχι ☐
Εάν ναι, παρακαλούμε να παραθέσετε πληροφορίες για τα προηγούμενα επεισόδια, συμπεριλαμβάνοντας ημερομηνίες και τη θεραπεία που ακολουθήσατε

Σας συστάθηκε περαιτέρω θεραπεία; Ναι ☐ Όχι ☐
Εάν ναι, παρακαλούμε να παραθέσετε λεπτομέρειες

Είναι το αίτημα αποζημίωσης σας αποτέλεσμα κάποιου ατύχηματος; Ναι ☐ Όχι ☐
Εάν ναι, παραθέστε λεπτομέρειες σχετικά με το πώς, πού και πότε συνέβη το ατύχημα

Εμπλέκεται άλλο πρόσωπο/εταιρεία στο ατύχημα; Ναι ☐ Όχι ☐
Εάν ναι, παραθέστε το όνομα του ασφαλιστή, τα στοιχεία επικοινωνίας και τον αριθμό ασφαλιστικού συμβολαίου των τρίτων

Διαθέτει ο/η ασθενής κάποιο άλλο ασφαλιστικό πρόγραμμα ή συμβόλαιο που θα μπορούσε επίσης να προσφέρει κάλυψη για αυτά τα ιατρικά έξοδα; Ναι ☐ Όχι ☐
Εάν ναι, τι είδους ασφαλιστικό πρόγραμμα ή συμβόλαιο;

Παρακαλούμε να συμπεριλάβετε το όνομα του ασφαλιστή, τα στοιχεία επικοινωνίας και τον αριθμό συμβολαίου του/της ασθενούς

Παρακαλούμε να παραθέσετε μία ανάλυση των τιμολογίων που υποβάλλονται στην παρούσα αίτηση (εάν χρειαστεί, συνεχίστε σε ξεχωριστό φύλλο)

Περιγραφή της προκύπτουσας Δαπάνης	Τιμολόγιο Αριθμός Αναφοράς	Ημερομηνία Θεραπείας	Ποσό (συμπεριλαμβανομένου του νομίματος)
---------------------------------------	-------------------------------	-------------------------	--

Λάβετε υπόψη ότι, σύμφωνα με τους όρους και τις προϋποθέσεις του ασφαλιστηρίου σας, οι αιτήσεις πρέπει να υποβάλλονται εντός έξι (6) μηνών από την ημερομηνία θεραπείας.

4 Δήλωση και συναίνεση

Η αξίωσή σας θα διαχειρίζεται η IMG ή άλλο τρίτο μέρος για λογαριασμό της IMG.

Προτού συναίνεσετε θα πρέπει να γνωρίζετε τα δικαιώματά σας ως ασθενούς σύμφωνα με τον «ΝΟΜΟ 1988 ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΠΡΟΣΒΑΣΗΣ ΣΤΙΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΓΝΩΜΑΤΕΥΣΕΙΣ» [ACCESS TO MEDICAL REPORTS ACT 1988], τα οποία συνοψίζονται παρακάτω.

- Μπορείτε να αρνηθείτε να συναίνεσετε στην υποβολή της αίτησης ή στην παροχή της γνωμάτευσης σε εμάς. Σας επισημαίνουμε ότι αυτό ενδέχεται να επηρεάσει την ικανότητά μας να αξιολογήσουμε και να επεξεργαστούμε την αίτησή σας.
- Μπορείτε να δείτε τη γνωμάτευση προτού αποσταλεί σε εμάς. Πρέπει να ζητήσετε από τον/την ιατρό σας ένα αντίγραφο εντός 21 ημερών από την ημερομηνία κατά την οποία αιτηθήκαμε τη γνωμάτευση. Θα σας ενημερώσουμε για αυτή την ημερομηνία.
- Μπορείτε να ζητήσετε από τον/την ιατρό σας ένα αντίγραφο της γνωμάτευσης οποιαδήποτε χρονική στιγμή έως έξι μήνες μετά την ημερομηνία της γνωμάτευσης.
- Μπορείτε να ζητήσετε από τον/την ιατρό σας να τροποποιήσει οποιοδήποτε μέρος της γνωμάτευσης θεωρείτε πως είναι λανθασμένο ή ανακριβές. Εάν ο/η ιατρός σας δε συμφωνεί με το αίτημά σας, μπορείτε να επισυνάψετε τα σχόλιά σας στη γνωμάτευση.
- Ο/Η ιατρός σας έχει τη δυνατότητα να μη σας αποκαλύψει το περιεχόμενο της γνωμάτευσης, ακόμα και στην περίπτωση που έχετε ζητήσει αντίγραφο, εάν θεωρήσει ότι θα μπορούσε να αποδειχθεί επιζήμια για τη σωματική ή ψυχική σας υγεία ή εάν περιέχει πληροφορίες σχετικά με τρίτους, οι οποίοι δεν έχουν συναίνεση για την αποκάλυψή τους.

Εάν επιθυμείτε να δείτε κάποια γνωμάτευση προτού αποσταλεί στην IMG, η επεξεργασία της αίτησής σας ενδέχεται να υποστεί σημαντική καθυστέρηση.

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

Η Δήλωση και η Συναίνεσή Σας:

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει τις πληροφορίες στην παρούσα αίτηση. Επιθυμώ να εγείρω αξίωση και δηλώνω ότι όλες οι πληροφορίες που σας έχω προσφέρει είναι, κατά το μέγιστο δυνατό, αληθείς και ορθές.

Έχοντας ενημερωθεί σχετικά με τα νόμιμα δικαιώματά μου σύμφωνα με τον «Νόμο 1988 περί της Πρόσβασης στις Ιατρικές Γνωματεύσεις» [Access to Medical Reports Act 1988] σε σχέση με την αξίωσή μου,

- Διά του παρόντος συναίνω ότι η IMG μπορεί να ζητήσει ιατρικές πληροφορίες από οποιονδήποτε ιατρό με έχει εξετάσει σχετικά με οτιδήποτε αφορά τη σωματική ή ψυχική μου υγεία.

- Συναίνω στην IMG να μοιραστεί τις ιατρικές πληροφορίες και τις πληροφορίες υγείας που περιέχονται σε αυτό το έντυπο, ένα αρχείο υγείας ή οποιοσδήποτε ιατρικές εκθέσεις με τους ασφαλιστές του ασφαλιστηρίου μου.
- Εξουσιοδοτώ κάθε ιατρό να αποκαλύψει σχετικές πληροφορίες στην IMG και σε οποιονδήποτε τρίτο ενεργεί εκ μέρους της.

Εάν συμφωνείτε, παρακαλώ υπογράψτε το παρόν και σημειώστε από κάτω την ημερομηνία.

- ☐ Επιθυμώ να δω οποιαδήποτε ιατρική γνωμάτευση προτού σας αποσταλεί και κατανοώ ότι αυτό ενδέχεται να προκαλέσει σημαντική καθυστέρηση στην επεξεργασία του αιτήματός μου
- ☐ Συμφωνώ να λαμβάνω δηλώσεις παροχών και προσωπικές ιατρικές πληροφορίες μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (email)
- ☐ Δηλώνω ότι είμαι ο/η ασθενής

Ονοματεπώνυμο ασθενούς

- ▶ Εάν ο/η ασθενής είναι κάτω των 16 ετών, ο/η γονέας ή ο/η κηδεμόνας του/της θα πρέπει να σημειώσει το παρόν κουτάκι και να υπογράψει από κάτω εκ μέρους του/της ασθενούς ☐

Ονοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα

Σχέση με τον/την Ασθενή

Υπογραφή Ασθενούς(να υπογραφεί από τον/την γονέα/κηδεμόνα εάν ο/η ασθενής είναι κάτω των 16 ετών)

Ημερομηνία Υπογραφής (HH-MM-EEEE)

5 Στοιχεία θεράποντος ιατρού και ιατρικού επαγγέλματός

Όνομα θεράποντος ιατρού

Διεύθυνση θεράποντος ιατρού/νοσοκομείου που επισκεφτήκατε

Ταχυδρομικός Κώδικας

Χώρα

Τηλεφωνικός Αριθμός

Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (email)

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.

Όνομα του/της Ιατρού (ο/η ιατρός που επισκέπτεστε συχνότερα)

Διεύθυνση του/της θεράποντος ιατρού/του νοσοκομείου που επισκεφτήκατε

Ταχυδρομικός Κώδικας

Χώρα

Τηλεφωνικός Αριθμός

Διεύθυνση Ηλεκτρονικού Ταχυδρομείου (email)

6 Σημαντικές πληροφορίες

Παρακαλούμε να διαβάσετε τα παρακάτω προσεκτικά και να τα φυλάξετε στο αρχείο σας

Νόμος 1988 Περί της Πρόσβασης στις Ιατρικές Γνωματεύσεις:

Χρειάζεται να κατανοήσετε τα κάτωθι δικαιώματα προτού συνααινέσετε να ζητήσουμε γνωμάτευση από τον θεράποντα ιατρό σας. Τα δικαιώματα αυτά δεν σχετίζονται με γνωματεύσεις ιατρών που δεν είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία σας. Επίσης, όταν ζητάμε πληροφορίες από τα ιατρικά σας αρχεία, όπως ένα αντίγραφο των ιατρικών σας φακέλων, ισχύει μόνο η πρώτη παρατήρηση.

- Μπορείτε να αρνηθείτε να συνααινέσετε, όμως εάν το κάνετε αυτό, ενδέχεται να μην μπορέσουμε να επεξεργαστούμε το αίτημά σας.
- Εάν χρειαζόμαστε κάποια γνωμάτευση θα σας γράψουμε για να σας ενημερώσουμε σχετικά με την ημερομηνία κατά την οποία υποβλήθηκε το σχετικό αίτημα.
- Μπορείτε να επιστημάνετε το κουτάκι στο τμήμα 4 «Δήλωση και συναίνεση» της παρούσας αίτησης εάν επιθυμείτε να δείτε τυχόν γνωματεύσεις του/της ιατρού προτού σταλούν σε εμάς. Αυτό μπορείτε να το κάνετε εντός 21 ημερών από την ημερομηνία του αιτήματός μας και θα πρέπει να επικοινωνήσετε ο/η ίδιος/-α με τον/την ιατρό. Εάν αλλάξετε γνώμη προτού μας αποσταλεί η γνωμάτευση, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον/την ιατρό να τη δείτε. Αυτό θα πρέπει να το κάνετε εντός 21 ημερών από την ημερομηνία που υποβάλαμε το αίτημά μας.
- Εάν διαφωνείτε με τις πληροφορίες που περιέχονται στη γνωμάτευση, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον/την ιατρό για να τις τροποποιήσει. Εάν ο/η ιατρός δε συμφωνεί μαζί σας, θα σας ζητήσει να συντάξετε μία δήλωση που θα επισυναφθεί στη γνωμάτευση που θα μας αποσταλεί.
- Μπορείτε να ζητήσετε από τον/την ιατρό να δείτε τη γνωμάτευση οποιαδήποτε χρονική στιγμή εντός έξι (6) μηνών από τη στιγμή που μας την απέστειλε.
- Ο/Η ιατρός ενδέχεται να σας χρεώσει για το αντίγραφο της γνωμάτευσης. Η χρέωση αυτή δεν καλύπτεται από το ασφαλιστικό σας πρόγραμμα/συμβόλαιο.
- Ο/Η ιατρός σας δεν υποχρεούται να σας δείξει τμήματα της γνωμάτευσης εάν θεωρεί ότι θα μπορούσαν να βλάψουν τη σωματική ή ψυχική σας υγεία.
- Εάν η γνωμάτευση περιλαμβάνει πληροφορίες σχετικά με κάποιον άλλον, ο/η ιατρός δε θα σας δείξει τα εν λόγω τμήματα της γνωμάτευσης.
- Εάν ο/η ιατρός δεν επιθυμεί να δείτε τμήμα της γνωμάτευσης, θα σας ενημερώσει σχετικά γραπτώς, αλλά θα εξακολουθείτε να μπορείτε να δείτε άλλα τμήματα της γνωμάτευσης.

Γενικός Κανονισμός για την Προστασία Δεδομένων (ΓΚΠΔ):

Οι πληροφορίες που αφορούν την υγεία, το ιατρικό ιστορικό και τυχόν θεραπείες που έχετε λάβει αποτελούν ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα.

- 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, βασιζόμαστε 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 μία πλήρη περιγραφή του τρόπου με τον οποίο συλλέγουμε και χρησιμοποιούμε τα προσωπικά σας δεδομένα, καθώς και των δικαιωμάτων σας βάσει του ΓΚΠΔ, παρακαλούμε να συμβουλευτείτε τη Δήλωσή μας Περί Απορρήτου στη διεύθυνση <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

Έλεγχος, πρόληψη και ανίχνευση εγκληματικών πράξεων

Ενδέχεται να προβούμε σε έλεγχο των αρχείων των ιατρών και των νοσοκομείων για να:

- Διασφαλίσουμε ότι τιμολογούνται ορθά για τις υπηρεσίες τους.
- Αποτρέψουμε και να ανιχνεύσουμε εγκληματικές πράξεις, ιδιαίτερα περιστατικά απάτης· ή για να
- Αξιολογήσουμε την επίδοση των ειδικών.

Οι έλεγχοι ενδέχεται να αποτελέσουν μέρος ενός προγράμματος ή απόκριση σε συγκεκριμένες περιστάσεις και ενδέχεται να περιλαμβάνουν εξέταση των ιατρικών αρχείων πελατών που βρίσκονται στην κατοχή του προσώπου ή του οργανισμού που ελέγχεται.

Ενδέχεται να κοινοποιήσουμε σε τρίτους τις πληροφορίες που λαμβάνουμε. Αυτό περιλαμβάνει ιατρικούς εμπειρογνώμονες, άλλους ασφαλιστές, την Υπηρεσία Διαχείρισης της Ασφάλειας για την Καταπολέμηση της Απάτης του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας και το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο. Υποχρεούμαστε από τον νόμο, κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες, να αποκαλύψουμε πληροφορίες σχετικά με αιτήματα που είναι ύποπτα απάτης ή/και άλλων εγκλημάτων σε φορείς επιβολής του νόμου.

Αυτό ενδέχεται να περιλαμβάνει την προσθήκη μη ιατρικών πληροφοριών σε μία βάση δεδομένων, στην οποία θα έχουν πρόσβαση άλλοι ασφαλιστές, καθώς και φορείς επιβολής του νόμου. Υποχρεούμαστε να ενημερώνουμε το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο ή άλλους ρυθμιστικούς φορείς σχετικά με κάθε ζήτημα που έχουμε λόγο να πιστεύουμε ότι καθιστά την ικανότητα ενός παρόχου υγείας ακατάλληλη για την παροχή των εν λόγω υπηρεσιών υγείας.

H International Medical Group Limited είναι εξουσιοδοτημένη και εποπτευόμενη από την Financial Conduct Authority (311496). Εγγεγραμμένος στην Αγγλία (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, Flemingsgatan 14, 112 26, Stockholm, Sweden. Διεύθυνση γραφείου εγκατάστασης στο Ηνωμένο Βασίλειο (BR025974): 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK.