

Συμπλήρωση εντύπου

- Χρησιμοποιήστε το παρόν έντυπο για την υποβολή απαίτησης για παροχή σχετική με την εγκυμοσύνη.
- Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις και υπογράψτε τη δήλωση.
- Γράψτε ευκρινώς χρησιμοποιώντας κεφαλαία γράμματα.
- Για οποιαδήποτε απορία, καλέστε μας στο +44 (0) 330 333 6686

Τι ακολουθεί μετά;

Στείλτε μας το συμπληρωμένο έντυπο με τα έγγραφα των απαιτήσεών σας, συμπεριλαμβανομένων των τιμολογίων, των αποδείξεων πληρωμής και τυχόν ιατρικών γνωματεύσεων χρησιμοποιώντας **μία** από τις ακόλουθες επιλογές. Σημειώνεται ότι πρέπει να φυλάξετε τα πρωτότυπα τιμολόγια και τις αποδείξεις σας για 6 μήνες για απαιτήσεις ελέγχου, εκτός από την περίπτωση ταχυδρομικής αποστολής στην οποία πρέπει να συμπεριληφθούν τα πρωτότυπα, οπότε θα πρέπει να φυλάσσονται φωτοαντίγραφα.

Ιστοσελίδα: MyIMG
Διεύθυνση email: GPMclaims@imglobal.com
Φαξ: +44 (0) 330 333 6687
Για ταχυδρομική αποστολή:
Global Prima Claims Team,
PO Box 1114 Cardiff CF11 1UL United Kingdom

1 Στοιχεία ασθενούς

Τίτλος

☐ Κορ ☐ Κα ☐ Άλλο

Όνομα

Επώνυμο

Αναγνωριστικό πάθησης ή κωδικός αναφοράς περιστατικού (εάν υπάρχει)

Αριθμός(-οί) κινητού τηλεφώνου

Ημερομηνία γέννησης (HH-MM-EEEE)

Όνομα ασφαλιζόμενου

Αριθμός πελάτη

Διεύθυνση email

Με την παροχή διεύθυνσης email και αριθμού κινητού τηλεφώνου, συμφωνείτε να λαμβάνετε ηλεκτρονικές ειδοποιήσεις (συμπεριλαμβανομένων email και SMS) για τους σκοπούς της επεξεργασίας των απαιτήσεών σας.

2 Στοιχεία πληρωμής

Αναφέρετε το πρόσωπο στο οποίο πρέπει να στείλουμε το ποσό πληρωμής: Πάροχος πληρωμής ☐ Αποζημίωση ασφαλιζόμενου/ασθενούς (Συμπληρώστε τα παρακάτω πεδία.) ☐

Ονοματεπώνυμο δικαιούχου λογαριασμού (ακριβώς όπως έχει καταχωριστεί στην τράπεζά σας)

Αριθμός λογαριασμού / IBAN (Ο αριθμός λογαριασμού που διαθέτετε μπορεί να έχει 8 έως 34 ψηφία.) Εκτός του Ηνωμένου Βασιλείου (HB), αναφέρετε το IBAN, παράδειγμα IBAN: GB17BUKB20182703450546)

Κωδικός τράπεζας (Λογαριασμός που διατηρείτε μόνο στο HB)

Κωδικός SWIFT ή BIC (Λογαριασμός που διατηρείτε εκτός του HB. Ο κωδικός αυτός έχει 8 ή 11 χαρακτήρες και αποτελεί το μοναδικό αναγνωριστικό της τράπεζάς σας, παραδείγματα: AIBKGB2X ή BARCGB22XXX)

Νόμισμα πληρωμής

Επωνυμία τράπεζας

Διεύθυνση τράπεζας

Ταχυδρομικός κώδικας

Χώρα

Κωδικός routing

Κωδικός BSB/ABA/Transit

Συνιστάται να επικοινωνήσετε με την τράπεζά σας για να επιβεβαιώσετε τα σωστά στοιχεία πληρωμής, προκειμένου να βεβαιωθείτε ότι λαμβάνετε χρήματα που αποστέλλονται από το HB. Ορισμένες χώρες και τράπεζες απαιτούν πρόσθετες πληροφορίες κατά τη λήψη ποσών πληρωμής από το εξωτερικό.

3 Περιγραφή δαπανών

Αναφέρετε συνοπτικά τη θεραπεία που λάβατε

Ποιος είναι ο προβλεπόμενος τύπος τοκετού;

Ποια είναι η προβλεπόμενη ημερομηνία τοκετού;

(HH-MM-EEEE)

Καταχωρίστε αναλυτικά τα τιμολόγια που υποβάλλονται για τη συγκεκριμένη απαίτηση (Συνεχίστε σε ξεχωριστό φύλλο εάν είναι απαραίτητο)

Περιγραφή
Δαπάνη που πραγματοποιήθηκε

Τιμολόγιο
Αριθμός αναφοράς

Θεραπεία
Ημερομηνία

Ποσό
(συμπεριλαμβανομένου
του νομίσματος)

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.

Λόγος εκπρόθεσμης υποβολής εάν έχουν περάσει περισσότεροι από 6 (έξι) μήνες από την ημερομηνία της θεραπείας.

4 Δήλωση και συγκατάθεση

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

Βεβαιώνω ότι διάβασα τις πληροφορίες του παρόντος εντύπου. Θα ήθελα να υποβάλω αίτηση και να δηλώσω ότι όλες οι πληροφορίες που σας έδωσα είναι, εξ όσων γνωρίζω, αληθείς και ορθές.

- Συναινώ ώστε η IMG να ελέγχει τα στοιχεία τυχόν ιατρικών γνωματεύσεων ή φακέλων υγείας που μπορεί να ζητηθούν.
- Συναινώ στην I MG να μοιραστεί τις ιατρικές πληροφορίες και τις πληροφορίες υγείας που περιέχονται σε αυτό το έντυπο, ένα αρχείο υγείας ή οποιεσδήποτε ιατρικές εκθέσεις με τους ασφαλιστές του ασφαλιστηρίου μου.
- Συναινώ ώστε ο ιατρός ή/και το νοσοκομείο που εμπλέκεται στην περίθαλψη του ασθενούς να ελέγξει τις ιατρικές ή θεραπευτικές λεπτομέρειες και τις ρυθμίσεις εξιτηρίου με τη IMG.

☐ Δηλώνω ότι είμαι ο ασθενής

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

Ονοματεπώνυμο γονέα ή κηδεμόνα

Συγγένεια με ασθενή

☐ Επιθυμώ να διαβάσω κάθε γνωμάτευση του ιατρού, πριν αποσταλεί σε σας.

☐ Συμφωνώ να λαμβάνω δηλώσεις παροχών και προσωπικές ιατρικές πληροφορίες μέσω email

Υπογραφή ασθενούς (υπογράφεται από τον γονέα/κηδεμόνα εάν ο ασθενής είναι κάτω των 16)

Ημερομηνία υπογραφής (HH-MM-EEEE)

Ονοματεπώνυμο ασθενούς

5 Σημαντικές πληροφορίες

Διαβάστε προσεκτικά και φυλάξτε τις για τον φάκελό σας

Νόμος περί πρόσβασης σε ιατρικές γνωματεύσεις του 1988:

Πρέπει να κατανοήσετε τα δικαιώματά αυτά προτού συμφωνήσετε όταν αιτείστε μια γνωμάτευση από τον θεράποντα ιατρό σας.

Αυτά τα δικαιώματα δεν σχετίζονται με αναφορές από ιατρούς που δεν είναι υπεύθυνοι για τη θεραπεία σας. Επίσης, όταν ζητάμε πληροφορίες από τον ιατρικό σας φάκελο, όπως αντίγραφο των ιατρικών σας σημειώσεων, ισχύει μόνο το πρώτο σημείο.

- Μπορείτε να άρετε τη συγκατάθεσή σας, αλλά σε περίπτωση που το πράξετε, ενδέχεται να μην μπορέσουμε να επεξεργαστούμε την απαίτησή σας.
- Εάν χρειαζόμαστε μια γνωμάτευση, θα σας γράψουμε για να σας πούμε την ημερομηνία που ζητήθηκε.
- Μπορείτε να υποδείξετε στο πλαίσιο στην ενότητα 4 Δήλωση και συγκατάθεση του παρόντος εντύπου εάν επιθυμείτε να διαβάσετε κάθε γνωμάτευση από τον ιατρό πριν τη λάβουμε. Έχετε στη διάθεσή σας 21 ημέρες από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματός μας για να το πράξετε και εναπόκειται σε εσάς να επικοινωνήσετε με τον ιατρό. Εάν αλλάξετε γνώμη πριν μας σταλεί η γνωμάτευση, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ιατρό σας για να την εξετάσει. Έχετε στη διάθεσή σας 21 ημέρες από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματός μας για να το πράξετε.
- Εάν διαφωνείτε με τις πληροφορίες που περιέχονται στη γνωμάτευση, μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον ιατρό για να την αλλάξετε. Εάν ο ιατρός δεν συμφωνεί μαζί σας, θα σας ζητήσει να γράψετε μια δήλωση που θα επισυναφθεί στη γνωμάτευση η οποία αποστέλλεται σε μας.
- Μπορείτε να ζητήσετε από τον ιατρό να εξετάσει τη γνωμάτευση ανά πάσα στιγμή εντός έξι μηνών αφού αποσταλεί από τον ιατρό σε εμάς.
- Ο ιατρός σας μπορεί να σας χρεώσει για ένα αντίγραφο της γνωμάτευσης. Η χρέωση αυτή δεν καλύπτεται από το πρόγραμμά/ ασφαλιστήριό σας.
- Ο ιατρός σας δεν χρειάζεται να σας δείξει μέρη της γνωμάτευσης εάν πιστεύει ότι θα μπορούσε να βλάψει τη σωματική ή την ψυχική σας υγεία.
- Εάν η γνωμάτευση περιλαμβάνει πληροφορίες για κάποιον άλλο, ο ιατρός δεν θα σας δείξει αυτό το μέρος της γνωμάτευσης.
- Εάν ο ιατρός δεν θέλει να δείτε μέρος της γνωμάτευσής του, θα σας ενημερώσει γραπτώς, ωστόσο μπορείτε να δείτε άλλα μέρη της γνωμάτευσης.

Γενικός Κανονισμός Προσωπικών Δεδομένων (ΓΚΠΔ):

Οι πληροφορίες σχετικά με την υγεία, το ιατρικό ιστορικό και οποιαδήποτε θεραπεία έχετε λάβει είναι 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, βασίζομαστε 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 της εταιρείας μας στη διεύθυνση: <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

Έλεγχος και πρόληψη και εντοπισμός εγκληματικών πράξεων

Ενδέχεται να διενεργηθεί έλεγχος των αρχείων των ιατρών και νοσοκομείων με σκοπό:

- τη διασφάλιση ότι χρεωνόμαστε σωστά για τις υπηρεσίες τους.
- την πρόληψη και τον εντοπισμό εγκληματικών πράξεων, ιδιαίτερα απάτης, ή
- τον έλεγχο της απόδοσης των ειδικών.

Οι έλεγχοι μπορεί να αποτελούν μέρος ενός προγράμματος ή απόκριση σε μια συγκεκριμένη περίπτωση και μπορεί να περιλαμβάνουν έλεγχο των ιατρικών φακέλων των πελατών που τηρούνται από το πρόσωπο ή τον οργανισμό που ελέγχεται.

Ενδέχεται να χρειαστεί ανταλλαγή πληροφοριών που λαμβάνουμε με τρίτα μέρη. Αυτό περιλαμβάνει ιατρικούς εμπειρογνώμονες, άλλες ασφαλιστικές εταιρείες, την Υπηρεσία Διαχείρισης Ασφαλείας και Καταπολέμησης της Απάτης (Counter Fraud Security Management Service) του NHS και το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο. Είμαστε υποχρεωμένοι από το νόμο, σε ορισμένες περιπτώσεις, να γνωστοποιούμε πληροφορίες στις υπηρεσίες επιβολής του νόμου σχετικά με υποψίες για δόλιες απαιτήσεις και άλλες εγκληματικές πράξεις.

Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει την προσθήκη μη ιατρικών πληροφοριών σε βάση δεδομένων στην οποία θα έχουν πρόσβαση άλλες ασφαλιστικές εταιρείες και υπηρεσίες επιβολής του νόμου. Είμαστε υποχρεωμένοι να ειδοποιήσουμε το Γενικό Ιατρικό Συμβούλιο ή άλλον σχετικό ρυθμιστικό φορέα για οποιοδήποτε ζήτημα για το οποίο έχουμε λόγους να πιστεύουμε ότι η ικανότητα ενός ιατρού να ασκεί το επάγγελμά του ενδέχεται να είναι ανεπαρκής.

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.