Ärztliche Versorgungsvollmacht

Ihr Anspruch wird von IMG oder einem anderen Dritten im Namen von IMG bearbeitet. Um dies effizient zu tun, bitten wir Sie um Ihre Erlaubnis, uns an einen Arzt zu wenden, der Sie wegen Ihrer aktuellen Erkrankung behandelt hat, und, wenn es die Bedingungen Ihrer Versicherungspolice erfordern, uns an einen Arzt zu wenden, der uns relevante frühere medizinische Anamnesen bereitstellen kann. Bitte beachten Sie jedoch, dass wir Ihren Antrag möglicherweise nicht annehmen oder bearbeiten können, wenn Sie uns keine Vollmacht geben.

Ausfüllen dieses Formulars

- Verwenden Sie dieses Formular, um einen Antrag auf Versicherungsleistungen während der Schwangerschaft zu stellen.
- Bitte beantworten Sie alle Fragen und unterschreiben Sie diese Erklärung.
- Bitte schreiben Sie leserlich und in Großbuchstaben.
- Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns bitte an unter +44 (0) 330 333 6686

Wie geht es weiter?

Senden Sie uns Ihr ausgefülltes Formular unter Verwendung einer dieser Optionen.

Online: MyIMG
E-Mail: GPMIclaims@imglobal.com
Fax: +44 (0) 330 333 6687
Beitrag: Global Prima Claims Team, PO Box 1114 Cardiff CF11 1UL Grossbritannien

1 Patientendaten

Titel

☐ Herr ☐ Frau ☐ Fräulein ☐ Frau ☐ Sonstiges

Vorname(n) des Patienten

Nachname des Patienten

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ)

Kundennummer und Versicherungspolicennummer des Patienten

Krankheits-ID/Fall-Referenz

Kontaktnummern des Patienten

T:

M:

Postanschrift des Patienten

Postleitzahl Land

E-Mail-Adresse des Patienten

Bevor Sie Ihre Zustimmung geben, sollten Sie sich über Ihre Patientenrechte gemäß dem "ACCESS TO MEDICAL REPORTS ACT 1988" informieren, die im Folgenden zusammengefasst werden.

1 Sie können Ihre Zustimmung zur Antragstellung oder zur Übermittlung des medizinischen Berichts an uns widerrufen. Bitte beachten Sie, dass dies unsere Bemühungen zur Beurteilung und Bearbeitung Ihres Antrags einschränken könnte.

2 Sie können den Untersuchungsbericht einsehen, bevor dieser an uns übermittelt wird. Sie müssen Ihren Arzt innerhalb von 21 Tagen nach Anforderung des Untersuchungsberichts um eine Kopie bitten. Wir werden Ihnen diese Frist mitteilen.

3 Sie können Ihren Arzt jederzeit bis zu sechs Monate nach dem Ausstellungsdatum des Berichts um eine Abschrift des Berichts bitten.

4 Sie können Ihren Arzt bitten, alle Abschnitte des Berichts zu berichtigen, die Sie für falsch oder missverständlich halten. Stimmt Ihr Arzt Ihrem Ersuchen nicht zu, können Sie Ihre Anmerkungen dem Bericht beifügen.

5 Ihr Arzt kann Ihnen den Bericht trotz Ihres Ersuchens um eine Abschrift verweigern, wenn er der Auffassung ist, dass er Ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit schaden würde, oder wenn er Informationen über einen Dritten enthält, der einer Offenlegung dieser Informationen nicht zugestimmt hat.

Bitte beachten Sie, dass diese Informationen an die Underwriter Ihrer Police oder an ausgewählte Dritte weitergegeben werden können.

2 Erklärung und Einverständnis des Patienten

Nach Kenntnisnahme meiner gesetzlichen Rechte nach dem „Access to Medical Reports Act 1988" im Zusammenhang mit meinem Versicherungsanspruch,

i stimme ich zu, dass IMG medizinische Informationen von allen Ärzten anfordert, die mich in Bezug auf meinen körperlichen und geistigen Zustand untersucht haben.

ii Ich ermächtige jeden Arzt, solche Informationen an IMG und an Dritte in ihrem Namen zu übermitteln.

Wenn Sie einen Bericht einsehen möchten, bevor er an IMG übermittelt wird, kann sich die Bearbeitung Ihres Antrags erheblich verzögern.

Wenn Sie die Punkte 1 bis 4 auf der vorherigen Seite gelesen haben und mit der Patientendeklaration einverstanden sind, unterzeichnen und datieren Sie bitte dieses Dokument weiter unten und senden Sie es an uns zurück, indem Sie eine der folgenden Optionen verwenden: Online, E-Mail, Fax oder Post.

Ich erkläre, dass ich der Patient bin

Ja ☐

Wenn der Patient unter 16 Jahre alt ist, sollte ein Elternteil oder Erziehungsberechtigter dieses Feld ankreuzen und im Namen des Patienten entsprechend unterschreiben ☐

Ich möchte jeden Bericht vom Arzt einsehen, bevor er an Sie geschickt wird

Ja ☐ Nein ☐

Ich bin damit einverstanden, Leistungsbescheide und persönliche medizinische Informationen per E-Mail zu erhalten

Ja ☐ Nein ☐

Name des Elternteils oder Erziehungsberechtigten

Verwandtschaft zum Patienten

Vollständiger Name des Patienten

Unterzeichnet (vom Elternteil/Erziehungsberechtigten zu unterschreiben, wenn der Patient unter 16 Jahre alt ist)

Datum (TT-MM-JJJJ)

Vielen Dank für Ihre Hilfe beim Ausfüllen dieses Formulars. Wir werden Ihren Fall weiterhin überwachen und Kontakt mit Ihnen und Ihrem behandelnden Arzt halten, bis Ihre Behandlung abgeschlossen ist. Sobald wir unseren Verifizierungsprozess abgeschlossen haben, sind wir in der Lage, die Bezahlung Ihrer Arztrechnungen zu veranlassen (abzüglich aller anwendbaren Policen-Überschüsse) und Ihnen gemäß den Bestimmungen Ihrer Police bei Bedarf zu helfen.

3 Angaben zum behandelnden Arzt und zum Heilpraktiker

Name des behandelnden Arztes

Adresse des behandelnden Arztes/Krankenhauses

Postleitzahl Land

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Name des Arztes (Ihr Hausarzt)

Adresse des behandelnden Arztes/Krankenhauses

Postleitzahl Land

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Wir speichern Ihre Daten, die sensible Daten enthalten können, in unserer Datenbank. Dies dient der Verwaltung Ihres Anspruchs und kann an die Underwriter Ihrer Police und an externe Administratoren weitergegeben werden.

4 Angaben zur benannten Person

Name der benannten Person

Verwandtschaft

Telefonnummer

E-Mail-Adresse

Wir sind nicht befugt, Ihre medizinischen Informationen ohne Ihre vorherige Zustimmung an Ihre Familienmitglieder, enge Freunde oder an Drittparteien wie Makler und persönlichen Assistenten zu übermitteln. Wenn Sie möchten, dass wir jemanden über Ihren Fall zur Kenntnis setzen, dann sollten Sie uns die Einzelheiten mitteilen. Wir sind nicht befugt, Ihren Fall mit anderen Personen zu besprechen als mit Ihnen persönlich oder Ihrem Bevollmächtigen. Ihr Bevollmächtigter sollte bereitstehen, einige Sicherheitsfragen beantworten zu können, wenn wir denjenigen anrufen, damit wir er sich richtig ausweisen kann.

5 Wichtige Informationen

Bitte aufmerksam lesen und für Ihre Unterlagen aufbewahren

Gesetz über den Zugriff auf medizinische Berichte von 1988 (Medical Reports Act 1988):

Sie sollten diese grundlegenden Bestimmungen zur Kenntnis nehmen, bevor Sie sich damit einverstanden erklären, dass wir einen Arztbericht von einem Arzt einholen, der Sie behandelt hat.

Diese Befugnisse beziehen sich nicht auf Untersuchungsberichte von Ärzten, die nicht für Ihre Behandlung zuständig sind. Wenn wir Sie außerdem um Informationen aus Ihren Krankenakten, z. B. eine Kopie Ihrer ärztlichen Berichte bitten, gilt nur der erste Absatz.

- Sie können Ihre Einwilligung zwar widerrufen, aber wenn Sie dies tun, können wir Ihren Antrag unter Umständen nicht bearbeiten.
- Wenn wir einen Bericht brauchen, teilen wir Ihnen schriftlich mit, wann wir diesen angefordert haben.
- Sie können in dem Kästchen in Abschnitt 2„Erklärung und Zustimmung" dieses Antragsformulars angeben, ob Sie den Arztbericht einsehen möchten, bevor dieser an uns weitergeleitet wird. Sie haben dafür 21 Tage ab dem Zeitpunkt unseres Auskunftsersuchens Zeit, und es steht Ihnen frei, den Arzt zu kontaktieren. Sollten Sie Ihre ursprüngliche Entscheidung noch vor der Übermittlung des Berichts an uns revidieren, können Sie sich an Ihren Arzt wenden, um den Arztbericht einzusehen. Dafür haben Sie 21 Tage ab dem Zeitpunkt unseres Auskunftsersuchens Zeit.
- Wenn Sie mit den Angaben im Bericht nicht einverstanden sind, können Sie sich an den Arzt wenden, um die Angaben zu berichtigen. Ist der behandelnde Arzt nicht mit Ihren Angaben einverstanden, wird er Sie bitten, eine Erklärung abzugeben, die dem Bericht, der uns übermittelt wird, beigefügt werden soll.
- Innerhalb von sechs Monaten, nachdem der Arzt uns den Bericht übermittelt hat, können Sie jederzeit eine Einsichtnahme in den Bericht beantragen.
- Ihr Arzt kann Ihnen eine Ausfertigung des Berichts in Rechnung stellen. Diese Kosten werden von Ihrer Versicherung nicht übernommen.
- Ihr Arzt ist nicht verpflichtet, Ihnen Auszüge aus dem Bericht zu übermitteln, wenn er der Meinung ist, dass dies Ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit schaden könnte.
- Wenn der Arztbericht Informationen über eine Drittperson umfasst, wird der Arzt Ihnen diesen Teil des Berichts nicht zeigen.
- Wenn der Arzt nicht möchte, dass Sie einen Teil seines Berichts einsehen, teilt er Ihnen dies schriftlich mit, aber Sie können trotzdem andere Bestandteile des Berichts einsehen.

Allgemeine Datenschutzverordnung (DSGVO und internationale GDPR):

Informationen über Ihre Gesundheit, Ihre Krankengeschichte und Ihre Behandlung sind vertrauliche personenbezogene Informationen.

- WirverarbeitenIhresensiblenpersonenbezogenenDatenimRahmenunserer berechtigtenInteressen,umIhneneineKrankenversicherunganzubieten.Diesumfasst diePrüfungIhresAntrags,dieVerwaltungIhrerPoliceunddieBearbeitungvon Schadensfällen.DarüberhinausstützenwirunsaufdieRechtsgrundlagendes erheblichenöffentlichenInteresses,umBetrugzuverhindernunddieIntegritätder Versicherungsbranchezugewährleisten,aufgesetzlicheVerpflichtungenzurEinhaltung vonVorschriftenundMeldepflichtensowieaufdievertragliche Notwendigkeit,Ihnenden inIhrerPolicebeschriebenenVersicherungsschutzunddieLeistungenzubieten.
- Eine ausführliche Beschreibung, wie wir Ihre personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten und welche diesbezüglichen Rechte Sie haben, finden Sie in unserer Datenschutzrichtlinie unter https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy

Überprüfung und Prävention sowie Aufdeckung von Delikten.

Wir können die Aufzeichnungen von Ärzten und Krankenhäusern überprüfen, um:

- Sicherzustellen, dass wir für ihre Behandlungen korrekt abgerechnet werden;
- Verbrechen, insbesondere Betrug, vorzubeugen und aufzuklären; oder
- Überprüfung der fachärztlichen Leistungen.

Die Überprüfungen können im Rahmen eines bestimmten Programms oder aufgrund besonderer Gegebenheiten durchgeführt werden und die Einsichtnahme in die Krankenakten der überprüften Person oder Einrichtung umfassen.

Es kann erforderlich sein, dass wir Informationen, die wir von Ihnen zur Verfügung gestellt bekommen, mit Dritten teilen. Dies gilt für medizinische Sachverständige, andere Versicherer, den NHS Counter Fraud Security Management Service und das General Medical Council. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, unter gegebenen Voraussetzungen Informationen an die Strafverfolgungsbehörden weiterzuleiten, sofern der Verdacht auf betrügerische Versicherungsansprüche oder andere Straftaten besteht.

Dies kann die Aufnahme von nichtmedizinischen Daten in eine Datenbank einschließen, die von anderen Versicherungsträgern und Strafverfolgungsbehörden eingesehen werden können. Wir sind dazu verpflichtet, die Ärztekammer (General Medical Council) oder eine andere zuständige Aufsichtsbehörde über jede Sachlage zu informieren, die Grund zu der Vermutung gibt, dass die Eignung eines medizinischen Leistungserbringers zur Erbringung seiner Leistungen beeinträchtigt sein könnte.

CM0050A2311240228

International Medical Group Limited ist von der Financial Conduct Authority (311496) zugelassen und reguliert. Registriert in England und Wales (4163178). Eingetragener Firmensitz: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

IMG Europe AB ist von der schwedischen Finanzaufsichtsbehörde (71922) zugelassen und reguliert und von der Financial Conduct Authority (1003200) als bevollmächtigter Vertreter registriert. Eingetragen in Schweden (559405-0469). Eingetragener Firmensitz: c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Schweden. Büroadresse der britischen Niederlassung (BR025974: 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK.

0825