# CLAIM FORM
# ФОРМУЛЯР ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ

Please complete this form in **BLOCK CAPITALS**. You can also use our MyHealth Digital Services to submit your claim online: **www.allianzcare.com/en/myhealth.html**

Моля, попълнете този формуляр с **ГЛАВНИ БУКВИ**. Можете да използвате и нашите Дигитални услуги My Health, за да подадете претенцията Ви онлайн: **www.allianzcare.com/en/myhealth.html**

**Don't forget:** You must submit your claims within the claiming deadline set out in your Benefit Guide, available at **https://my.allianzcare.com/myhealth/login**

**Не забравяйте:** Трябва да подавате претенциите Ви в рамките на периода за подаване на искове, указан във Вашето Ръководство за ползи, което се намира на: **www.allianzcare.com/en/myhealth.html**

## 1 POLICYHOLDER'S DETAILS / ДАННИ НА ЗАСТРАХОВАЩИЯ

Policy number / Номер на полица

Date of birth (dd/mm/yyyy) / Дата на раждане (дд/мм/гггг) / /

First name / Собствено име

Surname / Фамилия

Correspondence address / Адрес за кореспонденция

Telephone number / Телефон COUNTRY CODE КОД НА ДЪРЖАВА AREA CODE КОД НА ОБЛАСТ

Email / Имейл

Do you have any national/public or state provided health insurance cover in your home country or country of residence e.g. National Health Insurance? / Имате ли някакво национално/публично или държавно здравноосигурително покритие във Вашата държава или в държавата по местопребиваване т.е. държавно здравно осигуряване?

Yes / Да ☐ No / Не ☐

If Yes, please name the cover provided. Please give your reference number/identifier with the state. / Ако „Да", моля, представете какво е покритието заедно с Вашия референтен номер/идентификатор за държавата.

## 2 PATIENT'S DETAILS (IF DIFFERENT FROM POLICYHOLDER) / ДАННИ ЗА ПАЦИЕНТА (АКО Е РАЗЛИЧЕН ОТ ЗАСТРАХОВАЩИЯ)

First name / Собствено име

Surname / Фамилия

Date of birth (dd/mm/yyyy) / Дата на раждане (дд/мм/гггг) / / Gender / Пол Male / Мъж ☐ Female / Жена ☐

## 3 PAYMENT DETAILS / ДЕТАЙЛИ НА ПЛАЩАНЕ

**Option 1 / Вариант 1:** Payment to medical provider* (e.g. hospital, specialist) / Плащане на лечебното заведение (напр. болница, специалист* ☐
The bank details requested below are not required for this option / Посочените по-долу банкови детайли не се изискват за тази опция

**Option 2 / Вариант 2:** Payment to policyholder / Плащане на Застраховащия ☐

Preferred payment method / Предпочитан начин на плащане: Bank transfer / банков път** ☐ Cheque / чек*** ☐

Please **specify the currency** you would like to be **reimbursed** in (and ensure that your bank account supports it) /
Моля, посочете валутата, в която бихте желали да Ви бъдат възстановени разходите (проверете дали Вашата банкова сметка поддържа избраната валута).

Name of bank account holder as shown on your bank statement / Титуляр на сметката, както е указано на извлеченията от банковата Ви сметка

Account number / Номер на сметка

IBAN (where required) / IBAN (където се изисква)****

Sort/branch code / Номер на банка/клон BIC/Swift code / BIC/ Swift код****

Name of bank / Име на банка

Bank address / Адрес на банка

Allianz

If you are aware of any additional information required in order to process international transactions within your country (e.g. agency code, tax ID), please list below / Ако имате някаква допълнителна информация, необходима за изпълнение на международни транзакции във Вашата страна (например код на агенция, данъчен номер), моля посочете я тук:

Swift code of intermediary bank (where applicable) / Swift - код на банката-кореспондент (където се прилага):

* If you have not already paid the medical provider. / Ако не сте платили на доставчика на медицински услуги.

** For bank transfer, please provide bank details. / За плащане по банков път, посочете детайли на банката.

*** Cheques payable to the policyholder will be sent to the correspondence address provided in section 1. / Чекове, издадени на застраховащия, ще се изпращат на адреса за кореспонденция, указан в раздел 1.

**** If your bank is within the EU, or if your specific country requires an IBAN (e.g. Qatar, Saudi Arabia, Angola, Tunisia, Turkey), please supply both your IBAN and BIC/Swift code to facilitate the payment of your claim. / Ако банката се намира в ЕС и /или в страна, където IBAN е необходим (например Саудитска Арабия, Ангола, Катар, Тунис, Турция), моля посочете Вашия IBAN и BIC / Swift код, за да се улесни плащането на Вашата претенция.

## 4 CLAIM DETAILS / ДАННИ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕТЕНЦИЯ

Please complete all parts of the following table with the details of each invoice/receipt. Please note that for costs incurred in China, you must submit a FaPiao invoice. If your invoice/receipt does not include the diagnosis/medical condition, you must give this information below. If there is not sufficient space in the table below, please provide details on a separate page. / Моля, попълнете всички колони от долната таблица с реквизитите на всяка фактура / квитанция. Моля, обърнете внимание, че за разходи направени в Китай, трябва да подадете„FaPiao" фактура. Ако Вашата фактура / квитанция не включва диагноза/ медицинско състояние, Вие трябва да посочите тази информация по-долу. Ако не разполагате с достатъчно пространство в таблицата по-долу, моля представете подробностите на отделна страница.

| Description of expense/ treatment<br>Описание на разходите/ лечението. | Diagnosis/medical condition<br>Диагноза/ медицинско състояние. | Provider's name<br>Име на доставчика | Amount charged<br>Начислена сума | Currency<br>валута | Have you paid this bill?<br>Платили ли сте тази фактура? |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Yes / Да ☐<br>No / Не ☐ |
| | | | | | Yes / Да ☐<br>No / Не ☐ |
| | | | | | Yes / Да ☐<br>No / Не ☐ |
| | | | | | Yes / Да ☐<br>No / Не ☐ |
| | | | | | Yes / Да ☐<br>No / Не ☐ |
| | | Total Amount of Expenses / Обща стойност наразходите<br>(Please note that the total displayed here is only accurate when all invoices are issued in the same currency. If you are claiming costs in different currencies, please ignore the total amount displayed / Моля обърнете внимание, че общата стойност тук е валидна само когато всички фактури са издадени в една и съща валута. Ако желаете да възстановите разходи, платени в друг вид валута, не попълвайте графа Обща стойност) | | | |

In what country did the treatment take place? / В коя държава е проведено лечението?

**Claims related to an accident or injury / Застрахователни претенции, свързани със злополука или нараняване**

Is this claim related to an accident/injury? / Тази претенция свързана ли е със злополука/наряняване? Yes / Да ☐ No / Не ☐

If yes, please complete the following / Ако „да", моля попълнете следното:

Date of accident/injury (dd/mm/yyyy) / Дата на злополуката/нараняването (дд/мм/гггг) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Details of the accident/injury / Детайли на злополуката/нараняването

Do you have any other insurance policy (e.g. Travel insurance)? / Имате ли друга застрахователна полица (например: застраховка при пътуване) Yes / Да ☐ No / Не ☐

If yes, please complete the following / Ако „да", моля попълнете следното:

Name of the insurer / Име на застрахователя

Policy number / Номер на полица

Was the accident/injury caused by a third party? / беше ли злополуката/нараняването причинено/а/ от трета страна? Yes / Да ☐ No / Не ☐

If yes, please complete the following / Ако „да", моля попълнете следното:

Name of the third party / Име на третата страна

Name of the third party insurer / Име на застрахователя на третата страна

Third party policy number / Номер на полица на третата страна

**Please send us a copy of the police report if available to: / Моля, изпратете ни копие от полицейския отчет, ако има такъв, на: claims.recoveries@allianzworldwidecare.com**

**Sections 5 and 6 are to be completed by the treating doctor unless the information is detailed in the supporting documentation (e.g. receipts or invoices) / Раздели 5 и 6 да се попълнят от лекуващия лекар, освен ако информацията не е описана в подкрепящата документация (напр. квитанции или фактури)**

## 5 MEDICAL PROVIDER'S DETAILS / ДЕТАЙЛИ ЗА ДОСТАВЧИКА НА МЕДИЦИНСКАТА УСЛУГА

Name of doctor/specialist / Име на лекар/специалист

Qualifications/credentials / Квалификации/акредитация

Name of hospital/clinic / Име на болница/клиника

Address / Адрес

Telephone number / Телефон COUNTRY CODE КОД НА ДЪРЖАВА AREA CODE КОД НА ОБЛАСТ

Fax number / Факс COUNTRY CODE КОД НА ДЪРЖАВА AREA CODE КОД НА ОБЛАСТ

Email / Имейл

Applicable to **physiotherapy/psychotherapy** claims only. Please provide full referral details:
Отнася се само за претенции за физиотерапия/психотерапия. Моля, посочете всички детайли на направлението:

Name of referring doctor / Име на лекар, издал направлението

Telephone number / Телефон COUNTRY CODE КОД НА ДЪРЖАВА AREA CODE КОД НА ОБЛАСТ

Date of referral (dd/mm/yyyy) / Дата на направлението (дд/мм/гггг) ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

## 6 MEDICAL DETAILS / МЕДИЦИНСКА ИНФОРМАЦИЯ

Indicate type of condition / Посочете тип на състояние:

Acute / Остро ☐ Chronic / Хронично ☐ Acute episode of chronic / Остър епизод на хронично заболяване ☐

Please provide full details of the symptoms or medical condition requiring treatment :
**Моля, посочете пълна информация за симптомите или болестното състояние, което изисква лечение :**

ICD9/10 code/DSM-IV / код по МКБ /DSM-IV

Details of the symptoms/medical condition / информация за симптомите или болестното състояние

On what date did the patient first **present** these symptoms **to you**? (dd/mm/yyyy) / На коя дата за пръв път Ви беше съобщено за тези симптоми от пациента? (ДД/ММ/ГГГГ)

/ /

On what date would the first onset of symptoms have been **apparent to the patient**? (dd/mm/yyyy) / На коя дата за пръв път са се появили симптомите при пациента? (ДД/ММ/ГГГГ)

/ /

Has the patient suffered from this condition previously? / Пациентът страдал ли е от това заболяване преди? Yes / Да ☐ No / Не ☐

If Yes, when? (dd/mm/yyyy) / Ако „да“,кога? (ДД/ММ/ГГГГ) / /

Are you aware of any treatment given for this or any related illness in the past?
Имате ли информация за лечение, оказвано за това или друго свързано заболяване преди? Yes / Да ☐ No / Не ☐

If Yes, please provide details / Ако Да, посочете детайли

Is it likely to re-occur? / Има ли вероятност да се прояви отново? Yes / Да ☐ No / Не ☐

Does it need rehabilitation? / Заболяването изисква ли рехабилитация? Yes / Да ☐ No / Не ☐

Is it permanent? / Заболяването перманентно ли е? Yes / Да ☐ No / Не ☐

Does it need long-term monitoring, consultations, check-ups, examinations or tests?
Заболяването изисква ли продължително наблюдение, консултации, изследвания, прегледи или тестове? Yes / Да ☐ No / Не ☐

**Applicable to cases of pregnancy only / Прилага се само за случаи на бременност:**

Estimated date of delivery (dd/mm/yyyy) / Очаквана дата на раждане (ДД/ММ/ГГГГ) / /

Is birth of a single baby expected? / Бременността едноплодна ли е? Yes / Да ☐ No / Не ☐

If twins/multiple babies are expected, is the pregnancy a result of medically assisted reproduction?
Ако се очакват близнаци/многобройни бебета, бременността резултат ли е на медицински асистирана репродукция? Yes / Да ☐ No / Не ☐

If Yes, please provide further details / Ако Да, моля, дайте по-подробна информация

**Applicable to dental treatment claims only / Отнася се само за претенции за зъболечение:**

Was the patient suffering from dental pain at the time he/she visited you for treatment?
В момента на посещението при Вас, пациентът страдаше ли от зъбобол? Yes / Да ☐ No / Не ☐

Please sign and authenticate with an official stamp. / Моля, подпишете и заверете с официален печат.

Official stamp of medical provider
Официален печат на доставчика на медицински услуги

Doctor's signature / Подпис на лекар

Date (dd/mm/yyyy) / Дата (ДД/ММ/ГГГГ) / /

## 7 WE CARE ABOUT YOUR PERSONAL DATA PROTECTION / НИЕ СЕ ГРИЖИМ ЗА ЗАЩИТАТА НА ЛИЧНИТЕ ВИ ДАННИ

Our Data Protection Notice explains how we protect your privacy. This is an important notice which outlines how we will process your personal data. You should read it before submitting any personal data to us. To read our Data Protection Notice, visit: **www.allianzcare.com/en/privacy.html**

Нашето известие за защита на данни обяснява как защитаваме поверителността Ви. Това е важно известие, което очертава как ще обработваме Вашите лични данни. Вие трябва да го прочетете преди да ни изпратите лични данни. Посетете: **www.allianzcare.com/en/privacy.html**

Alternatively, you can contact us on + 353 1 630 1301 to request a paper copy of our full Data Protection Notice. If you have any queries about how we use your personal data, you can always contact us by email at: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Също, можете да се свържете с нас на + 353 1 630 1301, за да поискате хартиено копие от пълното известие за защита на лични данни. Ако имате някакви въпроси относно как използваме Вашите лични данни, винаги можете да се свържете с нас по електронна поща на: **AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com**

## 8 DECLARATION / ДЕКЛАРАЦИЯ

I certify that to the best of my knowledge, this Claim Form does not contain any false, misleading or incomplete information. I understand that if this claim is found to be fraudulent, in whole or in part, the contract will be cancelled from the date the fraud is discovered and I may be liable to prosecution.

Удостоверявам, че доколкото ми е известно, настоящият формуляр за застрахователна претенция не съдържа невярна, подвеждаща или непълна информация. Разбирам, че ако този иск е счетен за неверен изцяло или частично, договорът ще бъде прекратен от датата на откриване на измамата и аз мога да бъда субект на наказателно преследване.

I agree to waive any rights that I may have to medical secrecy/confidentiality in respect of my medical information and I authorise my medical practitioner, health professional or other relevant medical establishment to provide relevant medical information about me, if requested by Allianz Care, to its medical advisers or its appointed representatives, or to any third party expert(s) in case of disputes, subject to any legal restrictions which may apply.

Съгласен съм да се откажа от каквито и да е права, които мога да имам към лекарска тайна по отношение на медицинските ми данни, отнасящи се до моето медицинско състояние и упълномощавам моят лекар, медицински професионалист или друго съответно медицинско заведение да предоставя съответна медицинска информация за мен, ако това се изисква от Allianz Care, до неговите медицински съветници или негови назначени представители, или до която и да е трета страна експерт/и/ в случай на спорове, предмет на каквито и да е законни ограничения, които могат да бъдат приложени.

If a minor was treated, a parent or guardian should sign and date this section.
Ако е оказвано лечение на непълнолетно лице, трябва да бъде поставен подпис и дата от родител или настойник в тази част.

Patient's signature / Подпис на пациент

Date (dd/mm/yyyy) / Дата (дд/мм/гггг) / /

## 9 WE NEED YOUR CONSENT / НУЖДАЕМ СЕ ОТ ВАШЕТО СЪГЛАСИЕ

In line with the General Data Protection Regulation (GDPR), we need your consent to process your medical information and pay your medical expenses. If you have not yet provided us with your consent, please access **https://my.allianzcare.com/myhealth/login**, login and tick the required fields. Alternatively, you can download the Consent Form from **www.allianzcare.com/en/consent-form**. A paper copy is available on request. Please note that every member on the policy over 18 must provide their own consent.

В съответствие с общия регламент относно защита на личните данни (GDPR), нужно ни е Вашето съгласие за обработка на Вашата медицинска информация и за плащане на Вашите медицински разходи. Ако все още не сте ни предоставили Вашето съгласие, моля, влезте в **https://my.allianzcare.com/myhealth/login**, влезте в MyHealth и отбележете необходимите полета. Като алтернатива можете да изтеглите формуляра за съгласие, от **www.allianzcare.com/en/consent-form**. Хартиено копие е на разположение при поискване. Моля, имайте предвид, че всеки член на полицата над 18-годишна възраст трябва да предостави свое собствено съгласие.

## 10 THIRD PARTY AUTHORISATION / УПЪЛНОМОЩАВАНЕ НА ТРЕТАА СТРАНА

As the claimant, I hereby authorise / В качеството си на ищец, с настоящето упълномощавам INSERT NAME OF THIRD PARTY / ВПИШЕТЕ ИМЕТО НА ТРЕТАТА СТРАНА

to act on my behalf in relation to the administration of this claim. This may include the disclosure of sensitive medical information. / страна да действа от мое име и за моя сметка по отношение на администрирането на тази претенция. Това може да включва разкриване на чувствителна медицинска информация.

Claimant's signature / Подпис на лицето завеждащо претенцията

Claimant's printed name / Име на лицето завеждащо претенцията с печатни букви

Date (dd/mm/yyyy) / Дата (дд/мм/гггг) / /

It is your responsibility to retain any original supporting documents (e.g. medical receipts) when you send us copies, as we reserve the right to request original supporting documents up to 12 months after each claim has been settled, for auditing purposes. We also reserve the right to request a proof of your payment (e.g. bank or credit card statement) in respect of your medical receipts. We advise you to keep copies of all correspondence with us as we cannot be held responsible for correspondence that does not reach us for any reason that is outside of our reasonable control.

Вие сте отговорни за съхранението на всеки оригинал от придружаващите документи (например медицински разписки), когато ни изпращате копия, тъй като ние си запазваме правото да поискаме оригиналите на придружаващите документи до 12 месеца след като всяка претенция е била уредена, с цел одит. Ние също си запазваме правото да изискаме доказателство за извършеното от Вас плащане (например банково извлечение или извлечение от кредитна карта) по отношение на Вашите медицински разписки. Препоръчваме Ви да съхранявате копия от цялата си кореспонденция с нас , тъй като не можем да бъдем отговорни за кореспонденцията, която не достига при нас по причина, която е извън нашият контрол.

**Please send your fully completed Claim Form(s) with any supporting invoices/receipts (credit card slips cannot be accepted) by:**
**Моля, изпратете изцяло попълненият/ите/ формуляр/и/ за претенции с всички съпътстващи фактури / разписки (не се приемат разплащателни разписки с кредитни карти), както следва:**

| | |
|---|---|
| Email to / Изпратете имейл до: | claims@allianzworldwidecare.com |
| Fax to / Факс до: | + 353 1 645 4033 |
| Post to / Изпратете на пощенски адрес: | Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland |

FRM-CF-EN-BG-0120

**Important** – please check the following / **Важно** – моля, отбележете следното:

- ☐ All receipts, invoices and prescriptions are included.
  Приложени са всички квитанции, фактури и рецепти.
- ☐ The Claim Form is completed in full.
  Формулярът за претенция е напълно попълнен.
- ☐ The declarations are signed and dated.
  Декларациите са подписани и е поставена дата.
- ☐ The diagnosis has been confirmed and is stated either on the Claim Form or on the invoices.
  Диагнозата е потвърдена и се посочва или във формуляра за претенция или във фактурите.
- ☐ Your contact details are still correct (if they have changed, please let us know on the Claim Form).
  Ако Вашите данни за контакт са правилни /ако са променени, моля да ни уведомите във формуляра за претенция.

## Did you know... / Знаете ли, че...

...that most of our members find that their queries are handled quicker when they call us?
….повечето от нашите членове намират, че техните запитвания се обработват по-бързо, когато се свържат с нас по телефона?

If you have any queries, please contact our Helpline on: **+ 353 1 630 1301** or email: client.services@allianzworldwidecare.com
Ако имате каквито и да е въпроси, моля свържете се с нашата линия за съдействие : **+ 353 1 630 1301** или по имейл: **client.services@allianzworldwidecare.com**
For our latest list of toll-free numbers, please visit: www.allianzcare.com/toll-free-numbers
За най-новия ни списък на безплатни номера, моля посетете: **www.allianzcare.com/toll-free-numbers**

AWP Health & Life SA, acting through its Irish Branch, is a limited company governed by the French Insurance Code. Registered in France: No. 401 154 679 RCS Bobigny.
Irish Branch registered in the Irish Companies Registration Office, registered No.: 907619, address: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.
Allianz Partners and Allianz Care are registered business names of AWP Health & Life SA.

AWP Health & Life SA, действайки чрез своя клон в Ирландия, е компания с ограничена отговорност, управлявана от френския застрахователен кодекс. Регистрирана е във Франция: № 401 154 679 RCS Bobigny. Ирландският клон е регистриран в ирландския регистър на компании с рег.№ 907619, адрес: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. Allianz Partners и Allianz Care са регистрирани бизнес имена на AWP Health & Life SA.