

TREATMENT GUARANTEE FORM

ФОРМУЛЯР ЗА ГАРАНТИРАНО ЛЕЧЕНИЕ

Please complete this form in **BLOCK CAPITALS**.

Моля, попълнете този формуляр с **ГЛАВНИ БУКВИ**.

Treatment Guarantee is not required in advance of **emergency treatment**, however either you, your physician, one of your dependants or a colleague must to inform us about your admission to hospital admission **within 48 hours of the event**. Our Helpline (**+ 353 1 630 1301**) can take Treatment Guarantee details over the telephone **if treatment is due to take place within 72 hours**. Please have as much information as possible to hand when calling, including the contact details of your doctor.

Формулярът за гарантирано лечение не се изисква предварително в случай на **спешно лечение**, но в случай на необходимост Вие, Вашият лекар, близък или колега трябва да ни информира **в рамките на 48 часа** от приема Ви в болницата. За съдействие се обадете на нашата помощна телефонна линия (**+ 353 1630 1301**) в случай, че лечението следва да започне в рамките на следващите 72 часа. Моля да ни предоставите колкото може повече информация по телефона, включително и координатите на Вашия лекар.

Section 1 must be fully completed by (or on behalf of) the patient
Раздел 1 трябва да бъде попълнен от пациента (или от негово име)

Section 2 must be fully completed by the doctor
Раздел 2 трябва да бъде попълнен от лекар

Failure to complete this form in full will delay us in to guaranteeing your treatment because we may have to contact you or the medical provider for further information. The patient's policy must be in force at the time of treatment. Please note, that guarantee of payment is subject to the terms and conditions of the insurance policy. It is also subject to our assessment of all the relevant documentation we need, in respect of this medical condition.

Ако настоящият формуляр не бъде попълнен изцяло, това ще забави гарантирането от наша страна на Вашето лечение, защото може да се наложи отново да се свържем с Вас или доставчика на медицински услуги с въпроси за допълнителна информация. Полицата на пациента трябва да бъде в сила в момента на оказване на лечението. Моля, отбележете, че спрямо гаранцията за плащане се прилагат общите условия на застрахователната полица. Тя също е предмет на наша оценка за цялата съответна медицинска документация, от която се нуждаем.

1 PATIENT DETAILS TO BE FULLY COMPLETED BY (OR ON BEHALF OF) THE PATIENT

ДАННИ ЗА ПАЦИЕНТА ДА СЕ ПОПЪЛНИ ИЗЦЯЛО ОТ ПАЦИЕНТА (ИЛИ ОТ НЕГОВО ИМЕ)

Policy number / Номер на полица

Mr. / Г-н Mrs. / Г-жа Miss / Г-ца Other / Друго

First name / Собствено име

Surname / Фамилия

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

CONTACT PERSON

Please specify who we should contact regarding the progress of this Treatment Guarantee request

ЛИЦЕ ЗА КОНТАКТ

моля посочете, с кого трябва да се свържем по отношение на попълването, обработката и прогресът по извършване на услугите свързани с формуляра за гарантирано лечение.

Name / Име

Relationship to patient (e.g. self, spouse/partner, parent) / Връзка с пациента (напр. съпруг/а; приятел; родител)

Telephone / Телефон COUNTRY CODE КОД НА СТРАНАТА AREA CODE РАЙОНЕН КОД

Mobile telephone / Мобилен телефон COUNTRY CODE КОД НА СТРАНАТА NETWORK CODE КОД НА ОБЛАСТТА

Email / Имейл

Please also provide the following details for maternity cases / Моля, попълнете следните подробности за случаи на майчинство

Date pregnancy confirmed by doctor (dd/mm/yyyy) / Дата на потвърждаване на бременността от лекар (dd/mm/yyyy)

Expected or actual date of delivery (dd/mm/yyyy) / Очаквана или реална дата на раждане (dd/mm/yyyy)

Is birth of a single baby expected? / Едноплодна/многоплодна ли е бременността?

Yes / Да No / Не

If No, is the pregnancy a result of medically assisted reproduction? / Ако "Не", бременността резултат ли е на медицински асистирана репродукция?

Yes / Да No / Не

Delivery method / Начин на раждане

Treatment / Лечение

Planned procedure/treatment / Планирана процедура/лечение

Planned admission date (dd/mm/yyyy) / Планирана дата за постъпване на пациента (dd/mm/yyyy)

For treatment in the USA/UK / При лечение в САЩ/Обединеното Кралство

CPT code(s) / CPT код

CCSD code(s) / CCSD код

Description / Описание

Costs / Плащания

For treatment in Germany (DRG) please confirm Base Price (Basisfallpreis) / При лечение в Германия, моля, потвърдете основна цена (Basisfallpreis)

Estimated length of stay / Предполагаема продължителност на престой

night(s) / нощи / day(s) / ден/дни

(tick as appropriate / отметнете каквото е подходящо)

Is a package price being offered? / Предложена ли е определена пакетна цена?

Yes / Да No / Не

If Yes, please state the price offered incl. currency / Ако "Да", моля отбележете предложената цена, вкл. валутата

If No, please provide a breakdown of estimated costs / Ако отговорът е "Не", моля посочете разбивка на очакваните разходи

| Hospital charges Такси на болницата | Doctor/anaesthetist fees Лекар/плащане на анестезиолог | Total estimated costs incl. currency Общи очаквани разходи, вкл. валута |
|--|---|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Medical provider details / Данни за доставчика на медицински услуги

Hospital/facility name

Име на болницата/лечебното заведение

Address (including country)

Адрес (вкл. държава)

Email (mandatory)

ИМЕЙЛ (задължително)

Telephone (incl. country and area codes)

ТЕЛЕФОН (включително кодове на държава и район)

Fax (mandatory) (incl. country and area codes)

ФАКС (задължително, включително кодове на държава и район)

Referring doctor

Насочващ лекар

Attending/admitting doctor

Присъстващ/приемащ лекар

Name

Име

Email (mandatory)

ИМЕЙЛ (задължително)

Telephone (incl. country and area codes)

ТЕЛЕФОН (включително кодове на държава и район)

Fax (mandatory) (incl. country and area codes)

ФАКС (задължително, включително кодове на държава и район)

Please sign, date and authenticate with an official stamp.

Моля, подпишете, датирайте и установете идентичност с официален печат.

I confirm that all the details given in this form are, to the best of my knowledge, true, accurate and complete.

Потвърждавам, че всички подробности, посочени в тази форма, доколкото ми е известно, са верни, точни и пълни.

 Doctor's signature

Подпис на лекаря

Date (dd/mm/yyyy) / Дата (dd/mm/yyyy)

Official stamp of medical provider
Официален печат на лицето, оказващо
медицински услуги

**Please send this fully completed Treatment Guarantee Form at least five working days before treatment by one of the following:
Моля, изпратете Формуляра за гарантирано лечение най-малко 5 работни дни преди започване на лечението, по някой от следните начини:**

Email to: / Имейл на: medical.services@allianzworldwidecare.com or / или
 Fax to: / Факс – на: **+ 353 1 653 1780** or / или
 Post to: / По поща на: Medical Services Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus,
 Nangor Road, Dublin 12, Ireland.

*We advise that you 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.
 Съветваме Ви да пазите копия на цялата кореспонденция с нас, защото ние не може да бъдем отговорни за кореспонденция, която не достига до нас по някаква причина, която е извън наш контрол.*

If you have any queries, please contact our Helpline on: **+ 353 1 630 1301** or email client.services@allianzworldwidecare.com
 Моля свържете се с нас по нашата линия за Техническо съдействие, ако имате някакви въпроси: **+ 353 1 630 1301** или 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 безплатните номера, моля, посетете: www.allianzcare.com/toll-free-numbers

Този документ е превод на български език на "Treatment Guarantee Form". Английската версия на този документ е оригиналната и достоверна версия. Когато съществуват несъответствия между тази преведена версия и версията на английски, моля бъдете сигурни, че английската версия е правно обвързващата и достоверна версия.

Allianz Bulgaria Life Insurance Company Limited acts as the insurer for Allianz Partners products sold in Bulgaria.

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 is a registered business name of AWP Health & Life SA.

ЗАД „Алианц България Живот“ (Allianz Bulgaria Life Insurance Company) осъществява дейност като застраховател по продуктите, презастраховани при AWP Health & Life SA, предлагани на територията на Република България. AWP Health & Life SA, действайки чрез своя клон в Ирландия, е акционерно дружество, регулирано от френския застрахователен кодекс. Регистрирано е във Франция: № 401 154 679 RCS Bobigny. Клонът на дружеството в Ирландия е регистриран в ирландския регистър на дружествата с пер.№ 907619, адрес: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. Allianz Partners е търговска марка, регистрирана от AWP Health & Life SA.