

Claim Form

Формуляр за застрахователен иск

Please complete this form in **BLOCK CAPITALS**. For your convenience, this form (PDF and editable Word version) is available on our website: www.allianzworldwidecare.com/members.

Моля, попълнете този формуляр с **ГЛАВНИ БУКВИ**. Ваше улеснение, тази форма (в PDF, както и може да се редактира Word версия) може да намерите на нашия сайт: www.allianzworldwidecare.com/members.

1 Policyholder's details / Данни за застрахованото лице

Policy number / Номер на полица		
First name / Собствено име		
Surname / Фамилия		
Date of birth (dd/mm/yy) / Дата на раждане (дата/месец/година)		
Correspondence address / Адрес за кореспонденция		
Telephone number / Телефон	Country code / Код на страната	Area code / Код на областта
Email / Имейл		

2 Patient's details (if different from policyholder) / Данни за пациента (ако е различен от основното застраховано лице)

First name / Собствено име		
Surname / Фамилия		
Date of birth (dd/mm/yy) / Дата на раждане (дата/месец/година)		
Gender / Пол	Male / Мъж <input type="checkbox"/>	Female / Жена <input type="checkbox"/>

3 Payment details / Реквизити на плащане

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

Option 2: Payment to policyholder / **Вариант 2:** Плащане на застрахованото лице

Preferred payment method / Предпочитан начин на плащане:	Bank transfer** / по банков път** <input type="checkbox"/>	Cheque*** / с чек*** <input type="checkbox"/>
Please specify the currency you would like to be reimbursed in (and ensure that your bank account supports it) / 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 сметка		
Account number / Номер на сметка		
IBAN (where required)**** / IBAN (където се прилага)****		
Sort/branch code / номер на клон Sort		BIC/Swift code**** / BIC/Swift код****
Name of bank / При банка		
Bank address / Адрес на банката		

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 процеса на международни трансакции / сделки в рамките на вашата страна (например кодът на агенцията, данъчен номер), моля посочете по-долу:

Swift code of intermediary bank (where applicable) / 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 below. / За плащане по банков път по-долу се указват реквизитите на банковата сметка. *** Cheques payable to policyholders will be sent to the correspondence address provided in section 1. / Чекове, издадени на името на застраховани лица, 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 за извършването на паричен превод (например в Саудитска Арабия, Ангола, Катар, Тунис, Турция) моля посочете Вашия IBAN и BIC / Swift код, за да се улесни плащането на вашия иск.

4 Claim details/Данни за застрахователния иск

Please complete all parts of the following table with the details of each invoice/receipt, making sure to include the amount charged. Please note that for costs incurred in China, a FaPiao invoice needs to be submitted with all claims. If your invoice/receipt does not include the diagnosis/medical condition, please ensure that you provide us with this information below. If there is not sufficient space in the table below, please provide details on a separate page.

Попълнете всички части от долната таблица с реквизитите на всяка фактура / квитанция, като посочвате платената сума. Моля, обърнете внимание, че разходи направени в Китай, е необходимо да се представят с „FaPiao“ фактура за всички Ваши застрахователни искове. Ако Вашата фактура / квитанция не включва диагноза/ медицинско състояние, моля уверете се, че ни предоставяте тази информация по-долу. Ако не разполагате с достатъчно пространство в таблицата по-долу, моля представете подробностите на отделна страница.

Description of expense/treatment Описание на разходите/лечението	Diagnosis/medical condition Диагноза/медицинско състояние	Provider's name Доставчик	Amount charged/ currency Начислена сума/валута	Has this bill been paid by you? Платили ли сте тази сметка?
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>
				Yes/Да <input type="checkbox"/> No/Не <input type="checkbox"/>

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

If this claim is resulting from an accident or work-related illness/injury and you hold any other insurance policy e.g. car insurance or if you are filing a claim or lawsuit against a third party to recover the costs incurred as a result of this accident/injury, please provide details in a separate document.

Ако този застрахователен иск е в резултат на злополука или професионално заболяване/ увреждане и Виe имате друга застрахователна полица, например застраховка на колата Ви или ако предявявате иск или съдебен процес срещу трета страна за покриване на понесените загуби в резултат на тази злополука/увреждане, моля да представите информация в отделен документ.

Sections 5 and 6 to be completed by treating doctor in BLOCK CAPITALS unless your invoices contain details of the diagnosis as well as the nature of your treatment. / Раздели 5 и 6 да се попълнят от лекуващия лекар с ГЛАВНИ ПЕЧАТНИ БУКВИ, освен ако вашите фактури не съдържат данни за диагнозата и естеството на вашето лечение.

5 Medical provider's details / Данни за доставчика на медицинската услуга

Name of doctor/specialist / Име на лекаря/специалиста			
Qualifications/credentials / Квалификации/акредитация			
Name of hospital/clinic / Болница/клиника			
Address / Адрес			
Telephone number/Телефон	Country code Код на страната	Area code Код на областта	
Fax / Факс	Country code Код на страната	Area code Код на областта	
Email / Имейл			

Applicable to physiotherapy/psychotherapy claims only. Please provide full referral details below: / Отнася се единствено до застрахователни искиове за физиотерапия/психотерапия. Да се посочат всички данни за направлението:

Name of referring physician / Лекар, издал направлението			
Telephone number / Телефон	Country code Код на страната	Area code Код на областта	
Date of referral (dd/mm/yy) / Дата на направлението (дата/месец/година)			

6 Medical details / Медицинска информация

Indicate type of condition / Вид заболяване: Acute / Остро Chronic / Хронично
Acute episode of chronic / Остър епизод на хронично заболяване

Please provide full details of the symptoms/medical condition requiring treatment, including ICD9/10 code/DSM-IV: / Посочете пълна информация за симптомите/болестното състояние, което изисква лечение, включително код по МКБ /DSM-IV:

On what date did the patient first present these symptoms to you? (dd/mm/yy) / На коя дата за пръв път ви бе съобщено за тези симптоми от пациента?
Дата на диагнозата (дата/месец/година)

On what date would the first onset of symptoms have been apparent to the patient? (dd/mm/yy) / На коя дата за пръв път са се появили тези симптоми у пациента? (дата/месец/година)

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/yy) / Ако да – кога? (дата/месец/година)

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 подробности

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, прегледи, изследвания 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/yy) / Термин (дата/месец/година)
Is birth of a single baby expected? / Бременността едноплодна ли е? Yes/Да No/Не

If you answered 'No' to the question above and twins/multiple babies are expected, is the pregnancy a result of medically assisted reproduction other than artificial insemination? / Ако сте отговорили с "Не" на предишния въпрос, и бременността е многоплодна, в резултат на медицински асистирана репродукция ли е, различна от изкуствено осеменяване? 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 единствено до застрахователни искиове 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 зъбна болка? Yes/Да No/Не

Please sign and authenticate with an official stamp. / Подписва се и се заверява със служебен печат.

Doctor's signature / Подпис на лекаря
Date (dd/mm/yy) / Дата (дата/месец/година)

Official stamp of medical provider
Служебен печат

7 Data Protection and release of medical records / Акта за защита на данните и разрешение за достъп до медицински данни

References to information includes personal information given by you to us, in your Application, Claim or Treatment Guarantee Form and/or supporting documents/information we collect in connection with products or services we provide. Allianz Worldwide Care, part of the Allianz Group, is the data controller for this information. / Позоваване на информацията включва личната информация, която сте ни предоставили във вашето заявление, иск или формуляр за предварително разрешение и/или придружаващите документи или информация, която събираме във връзка с нашите продукти или услуги. Allianz Worldwide Care, част от Allianz Group, е оператор на лични данни за тази информация.

Uses: Personal information may be used for insurance administration (e.g. underwriting, claims handling, fraud prevention). We may use third parties to process data on our behalf. Such processing, which may take place outside the European Economic Area (EEA), is subject to contractual restrictions regarding confidentiality and security in line with Data Protection obligations. / **Употреба:** Личната информация може да се използва за управление на застрахователната дейност (напр. продажба на покрития, изплащане на претенции, предотвратяване на измами). Възможно е да използваме трети лица за обработка на данните от наше име. Тази обработка, която може да се извършва извън Европейското икономическо пространство (ЕИП), подлежи на договорни ограничения по отношение на конфиденциалност и сигурност в съответствие със задълженията за защита на личните данни.

Sensitive data: We need to collect sensitive data relating to you (such as health details) to assess insurance terms and/or to administer claims. / **Предоставяне на лични данни:** Налага се да събираме чувствителна информация за вас (като подробности за здравословното състояние), за да определим застрахователните условия и/или разгледаме исконете.

Disclosure: We may share your information with our agents, members of the Allianz Group, other insurers and their agents, service providers, any intermediary acting on your behalf or governing/regulatory bodies (of which we are a member or by which we are governed). In certain circumstances, we may use private investigators to investigate a claim you have submitted. / **Разкриване:** Ние можем да споделяме информация, която имаме за Вас и / или Вашите претенции с нашите агенти, членове на Allianz Group, другите застрахователи и техните агенти, доставчици на услуги, както и с всеки посредник, действащ от Ваше име. Ние можем да споделим тази информация с признати, оправомощени регулаторни органи (на които ние сме член или поднадзорно лице). В допълнение, ние можем, при определени обстоятелства, да използваме трети лица за събиране на информацията относно Вашият иск.

Retention: We are obliged to retain your records for six years from the date the insurance relationship ends. We will not retain your data for longer than is necessary and we will hold it only for the purposes for which it was obtained. / **Задържане:** Ние сме длъжни да запазим Вашето досие шест години от датата на приключване на Нашите застрахователни взаимоотношения. Ние няма да запазим вашите данни за по-дълго, отколкото е необходимо и ние ще ги задържим само за цели, за които са определени.

Representation and consent: By signing this form you confirm that you have the authority to act on behalf of your dependants in respect of all personal information you provide to us, and that you consent to the disclosure, processing, usage and retention of this information in relation to yourself and on behalf of your dependants. / **Изявление и Съгласие:** Като подписвате този формуляр, Вие потвърждавате, че разполагате с правомощия да действате от името на лицата, зависими от Вас, по отношение на цялата лична информация, която ни предоставяте, и се съгласявате тази информация да се разкрива, обработва, използва и съхранява във връзка с Вас самия и от името на зависимите от Вас лица.

Access: You have the right to request and receive a copy of your personal data held by us. If you wish to do this, please write to the Data Protection Officer at the address provided on this form or via: client.services@allianzworldwidecare.com / **Достъп до информация:** имате право да поискате и да получите копие на Вашите лични данни, съхранявани от нас. Ако желаете да извършите това, пишете на отговорника за защита на личните данни на адреса от този формуляр или чрез: client.services@allianzworldwidecare.com.

Call recording: Calls to our Helpline will be recorded and may be monitored for training, quality and regulatory purposes. / **Телефонен запис:** Обажданията на Нашата телефонна линия ще бъдат записвани и могат да бъдат проверявани с цел обучение, гарантиране на качество и регулиращи цели.

I certify that to the best of my knowledge, this Claim Form does not contain any false, misleading or incomplete information. I understand that in the event that this claim is found to be fraudulent, in whole or in part, the contract will be cancelled from the date of discovery of the fraudulent event and I may be liable to prosecution. / Удостоверявам, че доколкото ми е известно, настоящият формуляр за застрахователен иск не съдържа невярна, подвеждаща или непълна информация. Осъзнавам, че в случай на измама в настоящия застрахователен иск като цяло или в част от него, договърът се счита за прекратен от датата на откриване на измамата и аз мога да бъда субект на наказателно преследване.

In respect of any medical claim, I hereby authorise my general practitioner, health professional or other relevant medical establishment to provide any health details or medical records that may be requested by Allianz Worldwide Care or their appointed representatives, subject to legal restrictions in this regard. / Във връзка със застрахователния иск за медицинско обслужване, с настоящото упълномощавам моя общопрактикуващ лекар, медицински специалист или друго свързано медицинско заведение да предостави всяка информация за здравословното състояние или медицинска документация, която може да бъде изискана от Allianz Worldwide Care или упълномощени от тях представители, при условията на юридическите ограничения в това отношение.

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 relating to me, if requested by Allianz Worldwide Care, its medical advisers, 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 всякакви права, които имам по отношение на всички медицински данни, отнасящи се до моето медицинско състояние. Аз също разрешавам моя личен лекар, лекари, стоматолози, медицински специалисти, болнични служители и здравни служби да се разпоредят с / да съобщават всякаква информация, свързана с моето здравословно състояние на лекари от Allianz Worldwide Care или към който и да е експерт (и) в случай на спорове.

If a minor was treated, a parent or guardian should sign this section. / Ако е оказано лечение на непълнолетно лице, тази част се подписва от родител или настойник.

Patient's signature / Подпис на пациента _____
Date (dd/mm/yy) / Дата (дата/месец/година) _____

8 Third party authorisation / Упълномощаване на трета страна

As the claimant, I hereby authorise _____ INSERT NAME OF THIRD PARTY _____
to act for and on my behalf in relation to the administration of this claim, which may include the disclosure of sensitive medical information.

В качеството си на застраховано лице, с настоящото упълномощавам _____ въведете името на третото лице _____
да осъществява всички действия от мое име по уреждането на тази претенция, включително и да му бъде разкривана цялата медицинска информация за здравословното ми състояние.

Claimant's signature / Подпис на застрахования: _____

Claimant's printed name / Име на застрахования: _____

Date (dd/mm/yy) / Дата (ден/месец/година) _____

Please send your fully completed Claim Form(s) with original invoices attached (photocopies and credit card slips cannot be accepted) to the following address: / Изпращайте вашите изцяло попълнени формуляри за застрахователен иск с приложени към тях оригинални фактури (приложени копия и фишове от кредитни карти не се приемат) на следния адрес:

- **Scan and email to: / Е-мейл адрес: claims@allianzworldwidecare.com**
- **Fax to: / Факс: + 353 1 645 4033**
- **Post to: / По пощата: Claims Department, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland (Ирландия)**

It is your responsibility to retain any original supporting documentation (e.g. medical receipts) where copies are submitted to us, as we reserve the right to request original supporting documentation/receipts up to 12 months after claim settlement, for fraud detection purposes. In addition, 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. / Ваша е отговорността да запазите всички оригинални документи (като квитанция за плащане на медицински услуги), копия от които предоставяте на нашата компания, като ние си запазваме правото да изискаме тези оригинали в рамките на 12 месеца след изплащане на застрахователното обезщетение с цел предотвратяване на застрахователна измама. В допълнение, ние Ви препоръчваме да съхранявате копия от кореспонденцията си с нас, тъй като ние не можем да бъдем отговорни за кореспонденция, която не достига при нас по причина, която е извън нашия 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 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.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

За най-новия ни списък на безплатните номера, моля, посетете: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Important - please check the following:

Важно – моля, отбележете следното:

- All original receipts, invoices and prescriptions are included / Приложени са всички оригинални квитанции, фактури и рецепти
- The Claim Form is completed in full / Формулярът за застрахователен иск е изцяло попълнен
- The declarations are signed and dated / Декларациите са подписани и е поставена дата
- The diagnosis has been confirmed and is either stated on the Claim Form or on the invoice(s) / Диагнозата е потвърдена и се посочва или във формуляра за застрахователен иск, или на приложените фактури
- If you have changed your contact details, please let us know on the Claim Form / Ако сте променили своите данни за контакт, моля да ни уведомите на формуляра

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

Allianz Worldwide Care SA, acting through its Irish Branch, is a limited company governed by the French Insurance Code. Registered in France: No. 401 154 679 RCS Paris. 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. Tel: + 353 1 630 1301, www.allianzworldwidecare.com / ЗАД „Алианц България Живот“ (Allianz Bulgaria Life Insurance Company) осъществява дейност като застраховател по продуктите, презастраховани при Allianz Worldwide Care, предлагани на територията на Република България. Allianz Worldwide Care SA, действайки чрез своя клон в Ирландия, е акционерно дружество, регулирано от френския застрахователен кодекс. Регистрирано е във Франция: № 401 154 679 RCS Paris. 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. Tel: + 353 1 630 1301, www.allianzworldwidecare.com

Този документ е превод на български език на "Claim 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.