

Treatment Guarantee Form / Формуляр за гарантирано лечение

For your convenience, this form (PDF version) is available on our website: www.allianzworldwidecare.com/members. / Ваше улеснение, тази форма (в PDF версия) може да намерите на нашия сайт: www.allianzworldwidecare.com/members.

Treatment Guarantee is not required in advance of **emergency treatment**, however either you, your physician, one of your dependants or a colleague need to inform us about the 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 many details 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**, въпреки, че Вие, Вашият лекар, близък или колега следва да ни информира **в рамките на 48 часа** от приема в болницата. Моля да обърнете внимание, че нашият номер за техническо съдействие (+353 1 630 1301) може да приема Формуляр за гарантирано лечение по телефона, в случай, че лечението следва да започне в рамките на следващите 72 часа. Моля да ни предоставите колкото може повече подробности 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

Section 2 must be fully completed by the doctor

Раздел 2 трябва да бъде попълнен от доктора

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

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

Failure to complete this form fully will delay our ability to guarantee your treatment as we may have to revert to you or the medical provider for further information. The patient's policy must be in force at the time of treatment. Please be advised that guarantee of payment is subject to the terms and conditions of the insurance policy and also subject to the assessment of all relevant documentation received, or yet to be received, by Allianz Worldwide Care in respect of this medical condition.

Ако настоящият формуляр не бъде попълнен изцяло, това ще забави гарантирането от наша страна на Вашето лечение тъй като 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. Имайте предвид, че спрямо гаранцията за плащане се прилагат общите условия на застрахователната полица, и медицинската оценка на цялата съответна медицинска документация, която е вече получена или предстои да бъде получена от Allianz Worldwide Care по отношение на това болестно състояние.

1 PATIENT DETAILS *to be fully completed by (or on behalf of) the patient*

ДАННИ ЗА ПАЦИЕНТА *ПОПЪЛВА СЕ 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/yy) / Дата на раждане (дд/мм/гг) _____

Contact person *please specify who should be contacted regarding the progress of this Treatment Guarantee request*

Лице за контакт *моля посочете, с кого трябва да се свържем по отношение на попълването и обработката на формуляра за гарантирано лечение.*

Name / Име _____

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

Telephone (incl. country and area codes) / Телефон (вкл. държавата и населеното място) _____

Mobile telephone (incl. country and network codes) / Мобилен телефон (вкл. държавата и на мрежите кодекси) _____

Email / Имейл _____

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 
Allianz Worldwide Care

Data Protection and release of medical records

Акт за защита на личните данни – Подпис на пациента и разрешение за достъп до медицинска информация

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 (e.g. health details), to assess insurance terms and/or 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 исквете.

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 информация 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 necessary and 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:** 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 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 моят личен лекар, лекари, стоматолози, медицински специалисти, болнични служители и здравни служби да се разпореждат 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 оказвано лечение на непълнолетно лице, тази част се подписва от родител или настойник.

Patient's signature / Подпис на пациента

Date (dd/mm/yy) / Дата (дд/мм/гг)

- If additional treatment is required, Allianz Worldwide Care must be notified. / Allianz Worldwide Care трябва да бъде уведомен, ако се налага допълнително лечение.
- Please note that all invoices should be submitted within 60 days of patient discharge. Where special arrangements have been agreed between us and the medical provider, these arrangements will apply. / Моля, имайте предвид, че всички фактури трябва да се изпратят в срок до 60 дни след изписване на пациента. Когато между нас и медицинското заведение са договорени специални клаузи, тези клаузи са в сила.

Condition / Състояние

Description of the condition, signs and symptoms / Описание на състоянието, признаци и симптоми

Underlying cause (if known) / Основната причина (ако е известна)

Date this condition was first diagnosed (dd/mm/yy) / Дата на първоначално поставена диагноза на настоящото заболяване (дд/мм/гг)?

Date of first attendance for this condition (dd/mm/yy) / Дата на първото посещение за това заболяване (дд/мм/гг)?

On what date would the first onset of symptoms have been apparent to the patient? (dd/mm/yy) / Кога са се появили първите симптоми на заболяването у пациента (дд/мм/гг)?

Diagnosis (if unknown, please state provisional diagnosis) / Диагноза (ако е неизвестен, моля посочете временна диагноза)

ICD9/10 / МКБ-9/ МКБ-10

DSM IV

DRG

Maternity / Майчинство

Date pregnancy confirmed by doctor (dd/mm/yy) / Дата на потвърждаване на бременността от лекаря (дд/мм/гг)

Expected or actual date of delivery (dd/mm/yy) / Очаквана или реална дата на раждане (дд/мм/гг)

Is birth of a single baby expected? / Единично или многоплодно раждане ли се очаква? Yes / Да No / Не

If No, is the pregnancy a result of medically assisted reproduction other than artificial insemination? / Ако не, бременността резултат ли е на медицински асистирана репродукция или зачеване по изкуствен път, различно от изкуствено осеменяване? Yes / Да No / Не

Delivery method / Начин на раждане

Treatment / Лечение

Planned procedure/treatment / Планирана процедура/лечение

Planned admission date (dd/mm/yy) / Планирана дата за постъпване на пациента (дд/мм/гг)

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, посочете основна цена (Basisfallpreis)

Estimated length of stay / Предполагаема продължителност на престоя _____ night(s)/нощи / day(s)/дни (tick as appropriate/отбележете както е уместно)

Is a package price being offered? / Предложена ли е определена пакетна цена за услугата? Yes / Да No / Не

If Yes, please state the price offered incl. currency / Ако "Да", моля представете подробности за пакета и предлаганата цена _____

If No, please provide a breakdown of estimated costs / Ако отговорът е "не", моля да посочите отделните разходи, вкл. и валутата

Hospital charges / Такси на болницата _____

Physician/anaesthetist fees / Заплащане на анестезиолога/лекуващ лекар _____

Total estimated costs incl. currency / Общи очаквани разходи, вкл. валута _____

Medical provider details / Данни за доставчика на медицински услуги

Hospital/facility name / Име на болницата/лечебното заведение

Address (including country) / Адрес (вкл. Държавата)

Email (mandatory) / Имейл (задължителен)

Telephone (incl. country and area codes) / Телефон (вкл. държавата и населеното място)

Fax (mandatory, incl. country and area codes) / Факс (задължително, вкл. държавата и населеното място)

Details of referring physician / Детайли на лекаря – специалист/при направена консултация

Name / Име

Email (mandatory) / Имейл (задължителен)

Telephone (incl. country and area codes) / Телефон (вкл. държавата и населеното място)

Fax (mandatory, incl. country and area codes) / Факс (задължително, вкл. държавата и населеното място)

Details of attending/admitting physician / Име на лекуващия/приемащия лекар

Name / Име

Email (mandatory) / Имейл (задължителен)

Telephone (incl. country and area codes) / Телефон (вкл. държавата и населеното място)

Fax (mandatory, incl. country and area codes) / Факс (задължително, вкл. държавата и населеното място)

Please sign and authenticate with an official stamp.

Подписва се и заверява със служебен 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.

Official stamp of medical provider
Служебен печат

Doctor's signature / Подпис на лекаря

Date (dd/mm/yy) / Дата (дд/мм/гг)

Please send this Treatment Guarantee Form to us at least 5 working days prior to treatment, by: / Моля, изпратете Формуляра за гарантирано лечение поне 5 работни дни преди започване на лечението, по някой от следните начини:

- Scan and email to: / Сканирано – на E-mail: medical.services@allianzworldwidecare.com
- Fax to: / Факс – на: + 353 1 653 1780
- Post to: / По поща на:

Medical Services Department, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.

We advise that 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.

Това е Ваша отговорност да пазите копия на цялата кореспонденция с нас, тъй като ние не може да бъдем отговорни за кореспонденция, която не достига до нас по някаква 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. For our latest list of toll-free numbers, please visit: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers / Моля свържете се с нашата линия за Техническо съдействие, ако имате някакви въпроси: + 353 1 630 1301 или client.services@allianzworldwidecare.com. За най-новия ни списък на безплатните номера, моля, посетете: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

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 рег.№ 907619, адрес: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. Tel: + 353 1 630 1301, www.allianzworldwidecare.com