

# TREATMENT GUARANTEE FORM

## ФОРМУЛЯР ЗА ГАРАНТИРАНО ЛЕЧЕНИЕ

For your convenience, this form (editable PDF version) is available on our website:

[www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members)

За ваше улеснение, тази форма (в PDF версия) може да намерите на нашия сайт:

[www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members)

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 Partners 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 Partners по отношение на болестното състояние.

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**, но в случай на необходимост Вие, Вашият лекар, близък или колега следва да ни информира **в рамките на 48 часа** от приема 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 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 (или от негово име)

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

PLEASE COMPLETE THIS FORM **BLOCK CAPITALS**.  
МОЛЯ, ПОПЪЛНЕТЕ ТОЗИ ФОРМУЛЯР С ГЛАВНИ БУКВИ.

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

Mobile telephone (incl. country and network codes) / Мобилен телефон (вкл. държавата и мрежовите 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.

## 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 and should be read by you before the submission of any personal data to us. To read our Data Protection Notice visit: [www.allianzworldwidecare.com/en/privacy](http://www.allianzworldwidecare.com/en/privacy).

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: [AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com).

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 Partners, 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.

Нашето известие за защита на данните обяснява как защитаваме поверителността ви. Това е важно известие, което очертава как ще обработваме вашите лични данни и трябва да бъде прочетено от вас преди да ни изпратите лични данни. За да прочетете нашето известие за защита на данните, посетете: [www.allianzworldwidecare.com/en/privacy](http://www.allianzworldwidecare.com/en/privacy).

Също така можете да се свържете с нас на + 353 1 630 1301, за да поискате хартиено копие от пълното известие за защита на данните. Ако имате някакви въпроси относно използването на вашите лични данни, винаги можете да се свържете с нас по електронна поща на: [AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com).

С настоящото се отказвам от всякаква конфиденциалност и права за лекарска тайна по отношение на медицинските ми данни, отнасящи се до моето медицинско състояние, във връзка с обработването им за целите на настоящия договор. Също така разрешавам моят личен лекар, лекари, стоматолози, медицински специалисти, болнични служители и здравни служби да предоставят информация, свързана с моето здравословно състояние на лекари от Allianz Partners, на техни експерти, представители или трети лица в случай на спорове, които могат да доведат до правни последици.

If a minor was treated, a parent or guardian should sign and date this section.

Ако е оказвано лечение на непълнолетно лице, в тази част се поставя подпис и дата от родител или настойник.

Patient's signature / Подпис на пациента

Date (dd/mm/yyyy) / Дата (дд/мм/гггг)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## WE NEED YOUR CONSENT

In line with the General Data Protection Regulation (GDPR), we need consent to process your medical information and pay your medical expenses. If you haven't provided us with your consent, please access [my.allianzworldwidecare.com](http://my.allianzworldwidecare.com), login to Online Services and tick the required fields. Alternatively, you can download the Consent Form, available at [www.allianzworldwidecare.com/en/consent-form/](http://www.allianzworldwidecare.com/en/consent-form/). A paper copy is available on request. Please note that every member on the policy over 18 needs to provide their own consent.

## НУЖДАЕМ СЕ ОТ ВАШЕТО СЪГЛАСИЕ

В съответствие с общия регламент относно защитата на данните (GDPR) имаме нужда от съгласие за обработка на Вашата медицинска информация и за заплащане на Вашите медицински разходи. Ако не сте ни предоставили Вашето съгласие, моля, влезте в [my.allianzworldwidecare.com](http://my.allianzworldwidecare.com), влезте в Online Services (Онлайн услуги) и отбележете необходимите полета. Като алтернатива можете да изтеглите формуляра за съгласие, който е на разположение на [www.allianzworldwidecare.com/en/consent-form/](http://www.allianzworldwidecare.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.

- If additional treatment is required, Allianz Partners must be notified. / Allianz Partners 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/yyyy) / Дата на първоначално поставена диагноза на настоящото заболяване? (дд/мм/гггг)

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

On what date would the first onset of symptoms have been apparent to the patient? (dd/mm/yyyy)

Кога са се появили първите симптоми на заболяването у пациента? (дд/мм/гггг)

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

ICD9/10 / МКБ-9/ МКБ-10  DSM-IV  DRG

### Maternity / Майчинство

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

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

Is birth of a single baby expected? / Едноплодна ли се очаква да бъде бременността? 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/yyyy) / Планирана дата за постъпване на пациента (дд/мм/гггг)

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

CPT code(s) / CPT код  CCSD code(s) / CPT 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) (моля отбележете съответната)

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 вкл. валутата

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 (задължително)

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)

### Referring physician / Детайли на лекаря – специалист/при направена консултация

Name / Име

Email (mandatory) / Имейл (задължително)

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)

### Attending/admitting physician / Име на лекуващия/приемащия лекар

Name / Име

Email (mandatory) / Имейл (задължително)

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

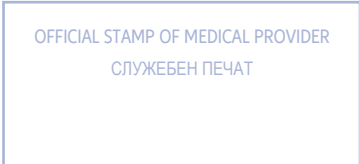
Fax (mandatory, incl. country and area codes) / Факс (задължително, вкл. държавата и населеното място)

Please sign, date and authenticate with an official stamp.  
Поставя се подпис, дата и се 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

Doctor's signature / Подпис на лекаря

Date (dd/mm/yyyy) / Дата (дд/мм/гггг)



Please send this fully completed Treatment Guarantee Form at least five 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:

- Email to: / на E-mail: [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com)
- Fax to: / Факс – на: + 353 1 653 1780
- Post to: / По поща на: Medical Services Department, AllianzPartners, 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.*

*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 us:  
Ако имате някакви въпроси, моля свържете се с нас:

 + 353 1 630 1301

 [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

For our latest list of toll-free numbers, please visit:  
[www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers)

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