

CLAIM FORM

ФОРМУЛЯР ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ

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

Моля, попълнете този формуляр с ГЛАВНИ БУКВИ. За Ваше улеснение, тази форма (в редакционен PDF формат) може да намерите на нашия сайт: www.allianzworldwidecare.com/members

MyHealth app
for quick and
easy claims
submission



www.allianzworldwidecare.com/myhealth

1 POLICYHOLDER'S DETAILS/ДАННИ ЗА ЗАСТРАХОВАЩИЯ

Policy Number/Номер на полица

First name/Собствено име

Surname/Фамилия

Date of birth/Рождена дата DD / MM / YYYY

Correspondence address/Адрес за кореспонденция

Telephone number/Телефон COUNTRY CODE КОД НА ДЪРЖАВАТА AREA CODE КОД НА ОБЛАСТТА

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 provide a description of the cover provided along with your reference number/identifier with the state./ Ако „да“, моля, представете описание на 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/Рождена дата DD / MM / YYYY Gender/ Пол: Male/ Мъж Female/ Жена

3 PAYMENT DETAILS/ ДАННИ НА ПЛАЩАНЕ

Option 1: Payment to medical provider* (e.g. hospital, specialist) (The bank details requested below are not required for this option)/ **Вариант 1:** Плащане на лечебното заведение (напр. болница, специалист, ЯМР)* **Option 2:** Payment to policyholder/ **Вариант 2:** Плащане на застрахователя

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

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/ Име банката

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

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 по-долу се указват данните на банковата сметка.

*** Cheques payable to the policyholder will be sent to the correspondence address provided in section 1./ Чекове, издадени на името на застрахователя, 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 Вашата претенция.

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 ДЪРЖАВАТА AREA CODE / КОД НА ОБЛАСТТА

Fax number / Факс COUNTRY CODE / КОД НА ДЪРЖАВАТА AREA CODE / КОД НА ОБЛАСТТА

Email / Имейл

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

Name of referring physician/ Лекар, издал направлението

Telephone number/ Телефон COUNTRY CODE / КОД НА ДЪРЖАВАТА AREA CODE / КОД НА ОБЛАСТТА

Date of referral/ Дата на направлението

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?**/ На коя дата за пръв път **Ви** бе съобщено за тези симптоми от пациента?

On what date would the first onset of symptoms have been **apparent to the patient?**/ На коя дата за пръв път са се **появили тези симптоми у пациента?**

Has the patient suffered from this condition previously?/ Пациентът страдал ли е от това заболяване преди?

Yes / Да No/ Не If Yes, when?/ Ако Да – кога?

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/ Термин 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 претенции за зъбolenение:

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/ Подписва се и се заверява със служебен печат.

Doctor's signature/ Подпис на лекаря _____

Date/ Дата

Official stamp of medical provider

Служебен печат

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 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. 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. 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. 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 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.

Ние се грижим за защитата на личните Ви данни. 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 предоставите лични данни. За да прочетете нашето известие за защита на данните, посетете: 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. 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, медицински специалист или други медицински специалисти и здравни заведения да предоставят информация, свързана с моето здравословно състояние на застрахователя, негови медицински 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 оказано лечение на непълнолетно лице, в тази част се поставя подпис и дата от родител или настойник.

Patient's signature / Подпис на пациента _____

Date/ Дата

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

8 WE NEED YOUR CONSENT/ НУЖДАЕМ СЕ ОТ ВАШЕТО СЪГЛАСИЕ

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, login to Online Services and tick the required fields. Alternatively, you can download the Consent Form, available at 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.

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, 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/. 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.

9 THIRD PARTY AUTHORISATION/ УПЪЛНОМОЩАВАНЕ НА ТРЕТО ЛИЦЕ

As the claimant, I hereby authorise/ В качеството си на ищец с настоящето упълномощавам _____

INSERT NAME OF THIRD PARTY/ ВПИШЕТЕ ИМЕТО НА ТРЕТОТО ЛИЦЕ

to act on my behalf in relation to the administration of this claim, which may include the disclosure of sensitive medical information/ да действа от мое име и за моя сметка посочени в този формуляр (където е приложимо), включително и да му бъде разкривана цялата медицинска информация за здравословното ми състояние.

Claimant's signature _____

Date/ Дата

D	D	/	M	M	/	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Подпис на лицето, завеждащо застрахователната претенция

Claimant's printed name _____

Име на лицето, завеждащо застрахователната претенция

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 claims settlement for auditing purposes. We also reserve the right to request a proof of payment by you (e.g. bank or credit card statement) in respect of your medical receipts. 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.

Вие сте отговорни за съхранението на всеки оригинал от придружаващите документи (например медицински разписки), копия от които предоставяте на нас, тъй като ние си запазваме правото да поискаме оригиналите на придружаващите документи/разписки до 12 месеца след уреждане на претенциите с цел одит. Ние също така си запазваме правото да изискваме доказателство за извършеното от нас плащане (например банково извлечение или извлечение от кредитна карта) по отношение на Вашите медицински разписки. 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.

**PLEASE SEND YOUR FULLY COMPLETED CLAIM FORM(S) WITH INVOICES/RECEIPTS (CREDIT CARD SLIPS CANNOT BE ACCEPTED) AS FOLLOWS
МОЛЯ, ИЗПРАТЕТЕ ИЗЦЯЛО ПОПЪЛНЕНИЯТ ФОРМУЛЯР ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ С ВСИЧКИ СЪПЪТСТВАЩИ ФАКТУРИ/
РАЗПИСКИ (НЕ СЕ ПРИЕМАТ РАЗПЛАЩАТЕЛНИ РАЗПИСКИ С КРЕДИТНИ КАРТИ), КАКТО СЛЕДВА:**

By email to/ изпратете имейл до: claims@allianzworldwidecare.com,
by fax to/ факс до: + 353 1 645 4033,

or by post to/изпратете на пощенски адрес: Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.

IMPORTANT - PLEASE CHECK THE FOLLOWING:

ВАЖНО – МОЛЯ, ОТБЕЛЕЖЕТЕ СЛЕДНОТО:

- All receipts, invoices and prescriptions are included/ Приложени са всички оригинални квитанции, фактури и рецепти.
- The Claim Form is completed in full/ Формулярът за застрахователна претенция 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 застрахователна претенция, 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 във формуляра.

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 us/ Моля свържете се с нашата линия за техническо съдействие, ако имате някакви въпроси:

+ 353 1 630 1301

client.services@allianzworldwidecare.com

For our latest list of toll-free numbers, please visit
За най-новия ни списък на безплатните номера, моля посетете:

www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers