

Claim Form/Формуляр за застрахователен иск

Please read the following carefully, completing all relevant information in **BLOCK CAPITALS** and ticking the relevant boxes/Моля, прочетете внимателно съдържанието на формуляра, като попълвате всичката необходима информация с **ГЛАВНИ ПЕЧАТНИ БУКВИ** и отбелязвате съответните полета с

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Important information – please read carefully./
Важна информация – прочетете внимателно!

To help us to process your claim in a timely manner, please follow the guidelines below:

- Please check your Table of Benefits to ensure that you are covered for the expenses for which you are claiming (if you are unsure what your policy covers, please contact our Helpline)
- To avoid delays to claims payment, please complete all sections in full, using **BLOCK CAPITALS**
- If you need to claim for expenses for the same condition in the future, simply photocopy the form. There is no need to complete the form again; however we may ask you to do this if the condition continues for more than 6 months
- All relevant original invoices must be attached to the Claim Form (photocopies and credit card slips cannot be accepted). We recommend that you keep copies of all documents submitted
- A separate Claim Form must be completed for every patient and each medical condition being claimed for
- Sections 1 to 5 should be completed by the member/claimant
- Sections 6 and 7 should be completed by the attending medical practitioner/specialist
- Claims should be submitted no later than 6 months after the end of each Insurance Year. If cover is cancelled during the Insurance Year, claims should be submitted no later than 6 months after the date that cover ceased. **Beyond this time we are not obliged to settle the claim**
- If you have changed your contact details, please let us know on the Claim Form so that we can update our records. To confirm which contact details we currently have for you, please contact our Helpline
- Please note that Claim Forms must be completed in English, German, French, Spanish or Italian

За да ни помогнете да обработим вашия
застрахователен иск своевременно, моля да
следвате долните указания:

- Проверете таблицата с плащанията за вас, за да сте сигурни, че разполагате с покритие за разходите, предмет на иска (ако не сте сигурни какво покрива вашата полица, обадете се на нашия номер за техническо съдействие)
- За да няма закъснения при изплащане на застрахователни искове, попълвайте изцяло всички раздели с **ГЛАВНИ ПЕЧАТНИ БУКВИ**
- Ако ви се налага да предявявате застрахователен иск за разноси за същото заболяване в бъдеще, просто фотокопирайте формуляра. Няма нужда да го попълвате отново; но може да поискаме това от вас, ако заболяването продължи повече от 6 месеца
- Към формуляра за застрахователен иск се прикачват всички необходими оригинални фактури (не се приемат фотокопия и квитанции за плащане с кредитна карта). Препоръчваме ви да пазите копия от всички подавани документи
- За всеки пациент и за всяко заболяване, за което се предявява застрахователен иск, трябва да се попълва отделен формуляр за застрахователен иск
- Раздели от 1 до 5 се попълват от члена / лицето, предявяващо иска
- Раздели 6 и 7 се попълват от лекуващия лекар / специалист
- Застрахователни искове се подават не по-късно от 6 месеца след края на всяка застрахователна година. Ако покритието бъде анулирано по време на застрахователната година, искове се подават не по-късно от 6 месеца след датата на прекратяване на покритието. След този срок не сме задължени да уредим застрахователния иск
- При промяна във вашите данни за връзка, това се указва на формуляра за застрахователен иск, за да можем да актуализираме данните в нашето деловодство. За потвърждение на актуалните за вас данни за връзка се обадете на нашия номер за техническо съдействие
- Отбележете, че формулярите за застрахователен иск трябва да се попълват на английски, немски, френски, испански или италиански език

3 Payment details./Реквизити на плащане.

Option 1: Payment to medical provider (e.g. hospital, specialist)/**Вариант 1:** Плащане на лечебното заведение (напр. болница, специалисти)

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

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

* 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.

** For bank transfer, please provide bank details below/За плащане по банков път по-долу се указват реквизитите на банковата сметка:

Name of bank account holder as it appears on your bank statement e.g. John Smith/Титуляр на сметката, както е указано на извлеченията от банковата сметка, напр. John Smith

Please specify the currency you would like to be reimbursed in (and ensure that your bank account supports the currency chosen)/Посочете валутата, в която бихте желали да ви бъдат възстановени разходите (проверете дали Вашата банкова сметка поддържа избраната валута)

If your bank is **within the EU**, please supply **both** your IBAN and BIC/Swift code to guarantee the payment of your claim. If your bank is **outside the EU**, IBAN is not required./Ако банката се намира в ЕС, посочете вашия IBAN и Swift/BIC код, за да е сигурно, че вашият застрахователен иск ще бъде изплатен. Ако банката Ви се намира извън ЕС, не е необходим IBAN.

Account number/Номер на сметка

IBAN (EU only)/IBAN (само за ЕС)

Sort/branch code/Sort/номер на клон

BIC/Swift code/код

Name of bank/При банка

Bank address/Адрес на банката

Intermediary bank details (where applicable)/Реквизити на банката-кореспондент (където се прилага):

Name of intermediary bank/Банка-кореспондент

Swift code of intermediary bank/Swift код на банката-кореспондент

Intermediary account number/Номер на кореспондентска сметка

4 Patient signature and release of medical records./Подпис на пациента и разрешение за достъп до медицински данни.

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 policy will be invalidated and I will be liable for prosecution. 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./Удостоверявам, че доколкото ми е известно, настоящият формуляр за застрахователен иск не съдържа невярна, подвеждаща или непълна информация. Осъзнавам, че в случай че за настоящия застрахователен иск като цяло или за част от него бъде установено, че е измамен, полицата ще бъде анулирана и аз ще подлежа на наказателно преследване. По отношение на всеки медицински застрахователен иск с настоящото упълномощавам моя общо практикуващ лекар, лекуващият ме специалист или друго съответно медицинско учреждение да предоставят данни за здравословното ми състояние или медицински картони, ако такива бъдат изискани от "Алианц уърлдуайд кеър" или техните упълномощени представители.

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/Дата

Sections 6 and 7 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 6 и 7 да се попълнят от лекуващия лекар с ГЛАВНИ ПЕЧАТНИ БУКВИ, освен ако вашите фактури не съдържат данни за диагнозата и естеството на вашето лечение.

6 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 _____ AREA CODE _____

Fax/Факс _____ COUNTRY CODE _____ AREA CODE _____

Email _____

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

Name of referring physician/Лекар, издал направлението _____

Telephone number/Телефон _____ COUNTRY CODE _____ AREA CODE _____

Date of referral/Дата на направлението _____ d | d | _____ m | m | _____ y | y |

7 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 ICD 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? Дата на диагнозата _____ d | d | _____ m | m | _____ y | y |

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? Дата _____ d | d | _____ m | m | _____ y | y |

Has the patient suffered from this condition previously? Yes No Пациентът страдал ли е от това заболяване преди? Да Не

If yes, when?/Ако да – кога? _____ d | d | _____ m | m | _____ y | y |

Are you aware of any treatment given for this or any related illness in the past? Yes No

Имате ли информация за лечение, оказвано за това или друго свързано заболяване преди? Да Не

If yes, please provide details/Ако да, посочете подробности _____

Is it likely to re-occur? Yes No Има ли вероятност да се прояви отново? Да Не

Does it need rehabilitation? Yes No Заболяването изисква ли рехабилитация? Да Не

Is it permanent? Yes No Заболяването перманентно ли е? Да Не

Does it need long term monitoring, consultations, check ups, examinations or tests? Yes No

Заболяването изисква ли продължително наблюдение, консултации, прегледи, изследвания или тестове? Да Не

Pregnancy/Бременност:

Estimated date of delivery/Термин _____ d | d | _____ m | m | _____ y | y |

Is birth of a single baby expected? Yes No Бременността едноплодна ли е? Да 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? Yes No

Ако сте отговорили с "не" на предишния въпрос, и бременността е многоплодна, в резултат на медицински асистирана репродукция ли е, различна от изкуствено осеменяване? Да 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 искове за зъболечение:

Was the patient suffering from dental pain at the time he/she visited you for treatment? Yes No

В момента на посещението при вас пациентът страдеше ли от зъбна болка? Да 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 [d | d] [m | m] [y | y]

The confidentiality of patient and member information is of paramount concern to Allianz Worldwide Care. Allianz Worldwide Care fully complies with European Data Protection Legislation and International Medical Confidentiality Guidelines. You have a right to access the personal data that is held about you. You also have the right to request that we amend or delete any information which you believe is inaccurate or out of date./

Поверителността на информацията за пациентите и членовете на застрахователната схема е от първостепенно значение за "Алианц световна грижа". "Алианц световна грижа" се съобразява изцяло с европейското законодателство за защита на данните и международното ръководство за поверителност на медицинските данни. Вие имате право на достъп до вашите лични данни. Вие имате също правото да изискате от нас да променим или заличим информацията, за която считате, че е неточна или неактуална.

Official stamp of medical provider/Служебен печат

Important - please check the following

- All original receipts, invoices and prescriptions are attached
- The Claim Form is completed in full
- The declarations are signed and dated
- The diagnosis has been confirmed and is either stated on the Claim Form or on the invoices

Важно - моля, отбележете следното

- Приложени са всички оригинални квитанции, фактури и рецепти
- Декларациите са подписани и е поставена дата
- Формулярът за застрахователен иск е изцяло попълнен
- Диагнозата е потвърдена и се посочва или във формуляра за застрахователен иск, или на приложените фактури