

# Treatment Guarantee Form/Формуляр за гарантирано лечение

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

**Allianz**   
Allianz Worldwide Care

Is this an extension to an existing Treatment Guarantee? Yes  No

Този формуляр продължение ли е на вече изпратен Формуляр за гарантирано лечение? Да  Не

If 'Yes', please provide the Treatment Guarantee ID reference number/Ако "Да", моля посочете номера на предходния формуляр

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

To help us process the direct settlement of your medical expenses in a timely manner, please follow the guidelines below. If you have any questions, please contact our **Helpline on + 353 1 630 1301**. You can also contact the Helpline using our **toll-free numbers**/За да ни помогнете да обработим директното разплащане на Вашите разходи за лечение своевременно, моля, да следвате долните указания. При въпроси се обаждайте на нашия номер за техническо съдействие + **353 1 630 1301**. Можете също да се свързвате безплатно на следните телефони:

### Toll-free numbers/Безплатно

Toll-free from Singapore/Безплатно от Сингапур:	800 353 1018
Toll-free from Hong Kong/Безплатно от Хонконг:	800 901 705
Toll-free from North China/Безплатно от северен Китай:	10 800 744 1259
Toll-free from South China/Безплатно от южен Китай:	10 800 441 0115
Toll-free from the USA/Безплатно от САЩ:	1866 266 2182
Toll-free from France, Belgium & Switzerland/Безплатно от Франция, Белгия и Швейцария:	00 800 66 302 302
Toll-free from Italy/Безплатно от Италия:	800 088 736

### To the patient./До застрахования пациент.

Please ensure that **you complete sections 1, 2 and 3**, and that **your doctor completes all questions in section 4**. 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./Моля, уверете се, че сте попълнили раздели 1,2 и 3, както, че Вашият лекар е попълнил отговорите на всички въпроси в раздел 4.

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 medical assessment of all relevant documentation received, or yet to be received, by Allianz Worldwide Care in respect of this medical condition./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 "Алианц световна грижа" по отношение на това болестно състояние.

Please send the 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 Е–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, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland

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 24 hours of the event./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 24 часа от приема в болницата.

Please note that our Helpline can accept Treatment Guarantee requests over the phone if treatment is due to take place within 72 hours. Please have as many details as possible ready to give over the phone, including the contact details of your doctor./Моля, да обърнете внимание, че нашият номер за техническо съдействие 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.

## 1 Patient section./Данни за пациента.

To be fully completed by (or on behalf of) the patient./Попълва се изцяло от пациента.

Policy number/Номер на полица

Mr./Г-н  Mrs./Г-жа  Ms.Г-жа/Г-ца  MissГ-ца  Other/Друго

First name/Собствено име

Surname/Фамилия

Date of birth/Дата на раждане

## 2 Contact details./Данни за контакт.

Please specify who should be contacted regarding the progress of this Treatment Guarantee./Моля, посочете към кой да се обръщаме по отношение на този Формуляр за гарантирано лечение.

### Contact 1/Лице за контакт 1

Name/Име

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

Telephone/Телефон

Fax/Факс

Email

### Contact 2 (optional)/Лице за контакт 2 (по желание)

Name/Име

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

Telephone/Телефон

Fax/Факс

Email

## 3 Patient signature and release of medical records./Подпис на пациента и разрешение за достъп до медицинска информация.

I hereby authorize my medical 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./С настоящото упълномощавам моя общо практикуващ лекар, специалист или друга съответна медицинска институция да предоставят всякакви данни за здравословното ми състояние или медицински картони, изискани от "Алианц световна грижа" или техни 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



**Diagnosis/Диагноза:**

Please provide ICD 9/ICD 10/DSM IV/DRG/other diagnosis code and a full description./Моля, посочете диагноза по МКБ-9, МКБ-10, DSM IV,DRG или друг код,

ако има такъв и подробно описание: ICD 9/ICD 10/МКБ-9/МКБ-10 [ ] DSM IV [ ]  
DRG [ ] Other Code/друг код [ ]

Description/Описание

[ ]  
[ ]

Please provide details of any current medication the patient is taking/Моля, дайте подробна информация за медикаментите, които приема в момента пациентът

[ ]  
[ ]

**Planned procedure/treatment/Планирана процедура/лечение:**

[ ]  
[ ]  
[ ]

For treatment in the USA/UK, please provide CPT/CCSD code(s) and a full description./При лечение в САЩ/Обединеното Кралство, моля посочете CPT/CCSD код и подробно описание.

CPT code(s) [ ] CCSD code(s) [ ]

Description/Описание [ ]  
[ ]

**Maternity/Майчинство:**

Date pregnancy confirmed by doctor/Дата на потвърждаване на бременността от лекаря [ d | d ] [ m | m ] [ y | y ]

Expected or actual date of delivery/Очаквана или реална дата на раждане [ d | d ] [ m | m ] [ y | y ]

Is birth of a single baby expected? Yes  No  Едноплодна ли се очаква да бъде бременността? Да  Не

If 'No', is the pregnancy a result of medically assisted reproduction other than artificial insemination? Yes  No

Ако не, бременността резултат ли е на медицински асистирана репродукция или зачеване по изкуствен път, различно от изкуствено осеменяване? Да  Не

Please sign and authenticate with an official stamp./Подписва се и 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

[ ]