

ФОРМУЛЯР ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ПРЕТЕНЦИЯ

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.

С MyHealth app бързо и лесно изпращате документи при застрахователно събитие.



www.allianzworldwidecare.com/myhealth

1 ДАННИ ЗА ЗАСТРАХОВАЩИЯ

Номер на полица

Собствено име

Фамилия

Дата на раждане (дата/месец/година)

Адрес за кореспонденция

Телефон КОД НА ДЪРЖАВАТА КОД НА ОБЛАСТТА

Имейл

Имате ли някакво национално/публично или държавно здравноосигурително покритие във Вашата държава или в държавата по местопребиваване т.е. държавно здравно осигуряване? Да Не Ако „Да“, моля, представете описание на покритието заедно с Вашия референтен номер/идентификатор за държавата.

2 ДАННИ ЗА ПАЦИЕНТА (АКО Е РАЗЛИЧЕН ОТ ЗАСТРАХОВАЩИЯ)

Собствено име

Фамилия

Родена дата (дата/месец/година) Пол: Мъж Жена

3 РЕКВИЗИТИ НА ПЛАЩАНЕ

Вариант 1: Плащане на лечебното заведение (напр. болница, специалист, MRI)* (Посочените по-долу банкови детайли (подробности) не се изискват за тази опция)

Вариант 2: Плащане на застрахователя

Предпочитан начин на плащане: по банков път** с чек***

Посочете валутата, в която бихте желали да ви бъдат възстановени разходите (проверете дали Вашата банкова сметка поддържа избраната валута).

Титуляр на сметката, както е указано на извлеченията от банковата сметка:

Номер на сметка

IBAN (където се прилага)****

номер на клон/Sort

BIC/ Swift код****

При банка

Адрес на банката

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 - код на банката-кореспондент (където се прилага):

* Ако не сте платили на доставчика на медицински услуги.

** За плащане по банков път по-долу се указват реквизитите на банковата сметка.

*** Чекове, издадени на името на застрахователя, ще се изпращат на адреса за кореспонденция, указан в раздел 1.

**** 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.

4 ДАННИ ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНАТА ПРЕТЕНЦИЯ

Моля, попълнете всички части от таблицата долу с реквизитите на всяка фактура / квитанция, като посочвате платената сума. Моля, обърнете внимание, че разходи направени в Китай, е необходимо да се представят с „FaPiao” фактура за всички Ваши застрахователни претенции. Ако Вашата фактура / квитанция не включва диагноза/ медицинско състояние, моля уверете се, че ни предоставяте тази информация по-долу. Ако не разполагате с достатъчно пространство в таблицата по-долу, моля представете подробностите на отделна страница.

Описание на разходите/ лечението.	Диагноза/ медицинско състояние.	Доставчик	Начислена сума	валута	Платили ли сте тази сметка?
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>
					Да <input type="checkbox"/> Не <input type="checkbox"/>

Общ разход (крайна заплатена сума)

(Моля обърнете внимание отбележете, че крайната сума е валидна само, когато всички разходи са заплатени в една и съща валута. Ако желаете да възстановите разходи, заплатени в друг вид валута, не попълвайте графа **Общ разход**)

В коя държава е проведено лечението?

Ако тази застрахователна претенция е в резултат на злополука или професионално заболяване/ увреждане и Вие имате друга застрахователна полица, например автомобилна застраховка или ако предявявате претенция или съдебен иск срещу трето лице за покриване на понесените загуби в резултат на тази злополука/увреждане, моля да представите информация в отделен документ.

5 ДАННИ ЗА ДОСТАВЧИКА НА МЕДИЦИНСКАТА УСЛУГА

Име на лекаря/специалиста

Квалификации/акредитация

Болница/клиника

Адрес

Телефон КОД НА ДЪРЖАВАТА КОД НА ОБЛАСТТА

Факс КОД НА ДЪРЖАВАТА КОД НА ОБЛАСТТА

Имейл

Отнася се единствено до застрахователни претенции за физиотерапия/психотерапия. Да се посочат всички данни за направлението:

Лекар, издал направлението

Телефон КОД НА ДЪРЖАВАТА КОД НА ОБЛАСТТА

Дата на направлението (дата/месец/година)

6 МЕДИЦИНСКА ИНФОРМАЦИЯ

Вид заболяване: Остро Хронично Остър епизод на хронично заболяване

Посочете пълна информация за симптомите/болестното състояние, което изисква лечение, включително код по МКБ /DSM-IV:

На коя дата за пръв път Ви бе съобщено за тези симптоми от пациента? Дата на диагнозата (дата/месец/година)

На коя дата за пръв път са се появили тези симптоми у пациента? (дата/месец/година)

Пациентът страдал ли е от това заболяване преди? Да Не Ако Да – кога? (дата/месец/година)

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

Ако Да, посочете подробности

Има ли вероятност да се прояви отново? Да Не

Заболяването изисква ли рехабилитация? Да Не

Заболяването перманентно ли е? Да Не

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

Прилага се само за случаи на бременност:

Термин (дата/месец/година) Бременността едноплодна ли е? Да Не

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

Ако Да, моля, дайте по-подробна информация

Отнася се единствено до застрахователни претенции за заболяване:

В момента на посещението при Вас пациентът страдеше ли от зъбна болка? Да Не

Подписва се и се заверява със служебен печат.

Служебен печат

Подпис на лекаря

Дата (дата/месец/година)

7 НИЕ СЕ ГРИЖИМ ЗА ЗАЩИТАТА НА ЛИЧНИТЕ ВИ ДАННИ

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 изпратите предоставените 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

8 ДЕКЛАРАЦИЯ

Удостоверявам, че доколкото ми е известно, настоящият формуляр за застрахователна претенция не съдържа невярна, подвеждаща или непълна информация. Осъзнавам, че в случай на измама в настоящата застрахователна претенция като цяло или в част от него, договърът се счита за прекратен от датата на откриване на измамата и аз мога да бъда субект на наказателно преследване.

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.

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

Подпис на пациента _____

Дата (дата/месец/година)

9 УПЪЛНОМОЩАВАНЕ НА ТРЕТО ЛИЦЕ

В качеството си на ищец с настоящето упълномощавам **ВПИШЕТЕ ИМЕТО НА ТРЕТОТО ЛИЦЕ** да действа от мое име и за моя сметка и от името на лицата, които издържам, посочени в този формуляр (където е приложимо), включително и да му бъде разкривана цялата медицинска информация за здравословното ми състояние.

Подпис на лицето, завеждащо застрахователната претенция: _____

Дата (ден/месец/година):

Име на лицето, завеждащо застрахователната претенция:

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 изискаме 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.

МОЛЯ, ИЗПРАТЕТЕ ИЗЦЯЛО ПОПЪЛНЕНИЯТ ФОРМУЛЯР ЗА ЗАСТРАХОВАТЕЛНА ИСКПРЕТЕНЦИЯ С ВСИЧКИ СЪПЪТСТВАЩИ ФАКТУРИ / РАЗПИСКИ (НЕ СЕ ПРИЕМАТ РАЗПЛАЩАТЕЛНИ РАЗПИСКИ С КРЕДИТНИ КАРТИ), КАКТО СЛЕДВА:

Сканирайте и изпратете имейл до: claims@allianzworldwidecare.com,

Факс до: + 353 1 645 4033, или

Изпратете на пощенски адрес: Claims Department, Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.

ВАЖНО - МОЛЯ, ОТБЕЛЕЖЕТЕ СЛЕДНОТО:

- Приложени са всички оригинални квитанции, фактури и рецепти
- Декларациите са подписани и е поставена дата
- Формулярът за застрахователна претенция е изцяло попълнен
- Диагнозата е потвърдена и се посочва или във формуляра за застрахователна претенция, или на приложените фактури
- Ако сте променили своите данни за контакт, моля да ни уведомите във формуляра

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

+ 353 1 630 1301



client.services@allianzworldwidecare.com

За най-новия ни списък на безплатните номера, моля посетете:

www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

**Знаете ли,
че...**
повечето от нашите членове намират, че техните запитвания се обработват по-бързо, когато се свържат с нас по телефонаът?