

Claim form

Формуляр за застрахователна претенция

Please complete this form in **BLOCK CAPITALS**. You can also use our MyHealth Digital Services to submit your claim online: www.allianzcare.com/en/myhealth.html / Моля, попълнете този формуляр с ГЛАВНИ БУКВИ. Можете да използвате и нашите Дигитални услуги чрез My Health, за да подадете претенцията си онлайн: www.allianzcare.com/en/myhealth.html

Don't forget: You must submit your claims within the claiming deadline set out in your Benefit Guide, available at www.allianzcare.com/en/myhealth.html / Не забравяйте: Трябва да подавате претенциите си в рамките на периода за подаване на искове, указан във Вашето Ръководство за ползи, което се намира на: www.allianzcare.com/en/myhealth.html

1 Patient's details / Данни на пациента

Policy number / Номер на полица

Date of birth (dd/mm/yyyy) / Дата на раждане (дд/мм/гггг) / /

First name / Собствено име

Surname / Фамилия

Correspondence address / Адрес за кореспонденция

Phone number / Телефон COUNTRY CODE / КОД НА ДЪРЖАВА AREA CODE / КОД НА ОБЛАСТ

Email / Имейл

Policyholder's name (if different from patient) / Име на Застрахователя (ако е различен от пациента)

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 name the cover provided. Please give your reference number/identifier with the state. / Ако "Да", моля, представете какво е покритието заедно с Вашия референтен номер/идентификатор за държавата.

2 Claimant's details (if different from the patient in section 1) / Данни за пациента (ако е различен от пациента в секция 1)

First name / Собствено име

Surname / Фамилия

Date of birth (dd/mm/yyyy) / Дата на раждане (дд/мм/гггг) / / Gender at birth / Пол при раждане Male / Мъж Female / Жена

Email / Имейл

3 Payment details / Детайли на плащане

Option 1 / Вариант 1: Payment to medical provider* (e.g. hospital, specialist) / Плащане на лечебното заведение (напр. болница, специалист*)
The bank details requested below are not required for this option / Посочените по-долу банкови детайли не се изискват за тази опция

Option 2 / Вариант 2: Payment to member / Плащане на Застрахования

Option 3 / Вариант 3: Payment to Third Party / Плащане на трета страна

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

Please specify the currency you would like to be reimbursed in (and ensure that your bank account supports it) /

Моля, 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 Ви сметка

Account number / Номер на сметка

IBAN (where required) / IBAN (където се изисква)****

Sort/branch code / Номер на банка/клон BIC/Swift code / BIC/ Swift код****

Name of bank / Име на банка

Bank address / Адрес на банка

Please send your fully completed Claim Form(s) with any supporting invoices/receipts (credit card slips cannot be accepted) by:

Моля, изпратете изцяло попълненият/ите/ формуляр/и/ за претенции с всички съпътстващи фактури / разписки (не се приемат разплащателни разписки с кредитни карти), както следва:

@ Email to / Изпратете имейл до:

claims@allianzworldwidecare.com

🏠 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 квитанции, фактури и рецепти.
- The Claim Form is completed in full.
Формулярът за претенция е напълно попълнен.
- The declarations are signed and dated.
Декларациите са подписани и е поставена дата.
- The diagnosis has been confirmed and is stated either on the Claim Form or on the invoices.
Диагнозата е потвърдена и се посочва или във формуляра за претенция или във фактурите.
- Your contact details are still correct (if they have changed, please let us know on the Claim Form).
Ако Вашите данни за контакт са правилни /ако са променени, моля да ни уведомите във формуляра за претенция.

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 our Helpline on: + 353 1 630 1301 or email: client.services@e.allianz.com

Ако имате каквито и да е въпроси, моля свържете се с нашата линия за съдействие : + 353 1 630 1301 или по имейл:

client.services@e.allianz.com

For our latest list of toll-free numbers, please visit: www.allianzcare.com/toll-free-numbers

За най-новия ни списък на безплатни номера, моля посетете: www.allianzcare.com/toll-free-numbers

Allianz Bulgaria Life Insurance Company Limited acts as the insurer for AWP Health & Life products sold in Bulgaria.

AWP Health & Life SA, acting through its Irish Branch, is a limited company governed by the French Insurance Code. Registered in France: No. 401 154 679 RCS Bobigny. Irish Branch registered in the Irish Companies Registration Office, registered No.: 907619, address: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. Allianz Care and Allianz Partners are registered business names of AWP Health & Life SA.

AWP Health & Life SA, действащ чрез своя клон в Ирландия, е компания с ограничена отговорност, управлявана от Кодекса за застраховане на Франция. Регистрирано във Франция: No. 401 154 679 RCS Bobigny. Клон в Ирландия, регистриран в регистрационния офис на компаниите в Ирландия, регистриран под №: 907619, адрес: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ирландия. Allianz Care и Allianz Partners са регистрирани под търговско наименование на AWP Health & Life SA.