

CLAIM FORM

ИСК ЗА ИЗПЛАЩАНЕ НА ЗАСТРАХОВАТЕЛНО ОБЕЗЩЕТИЕ

Important Notes

- To assist us in processing your claim efficiently and speedily, please complete this form fully, clearly and legibly.
- Please complete Sections A, B, C, D and E.
- The attending doctor should complete Section B.
- All claims should be submitted within 6 months from the starting date of the treatment.
- Please attach all original bills, retaining photocopies for your personal reference.
- A separate claim form should be used for each patient and each medical condition.
- Processing of your claim may be delayed if the information provided is incomplete.

Важна информация

- За да ни помогнете да обработим Вашият иск за изплащане на застрахователно обезщетение бързо и качествено, моля, попълнете настоящия формуляр изцяло, ясно и четливо.
- Моля, попълнете Раздели А, Б, В, Г и Д.
- Раздел Б следва да бъде попълнен от Вашия лекуващ лекар.
- Заявлението следва да бъде подадено до 6 месеца от датата на започване на лечението.
- Моля, приложете всички фактури в оригинал, като си запазите ксерокопия за Ваша информация.
- За всеки отделен пациент и всяко отделно медицинско състояние следва да бъде използван отделен формуляр.
- Обработката на Вашето заявление може да отнеме по-дълго време, ако предоставената в него информация е непълна.

SECTION A / PATIENT DETAILS

РАЗДЕЛ А / ДАННИ НА ПАЦИЕНТА

Title Обръщение	Mr. / Mrs. / Ms. Г-н / Г-жа / Г-ца	
Name & Surname: Име и фамилия:		
Policy Number: Номер на полица:		
Date of Birth: Дата на раждане:	d Д	d Д
	m М	m М
	y Г	y Г
Adresss: Адрес:		
Postcode (if applicable): Пощенски код: (ако има такъв)		
Country: Държава:		
Telephone: Телефон:		
E-mail: Електронна поща:		

SECTION B / MEDICAL DETAILS

РАЗДЕЛ Б / МЕДИЦИНСКА ИНФОРМАЦИЯ

all section must be completed by the doctor in overall charge of the patient's treatment

Целият раздел следва да бъде попълнен от лекаря, който отговаря за цялостното лечение на пациента

Medical Practitioner's details: / Данни на лекаря:

Name: Име:																				
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adress: Адрес:																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Qualifications: Квалификация:																				
----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Diagnosis: Диагноза:																			
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Onset date when symptoms first noticed by patient: Дата на първоначално установяване на симптомите от пациента:																				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

When did the patient first see a doctor? Кога е било първото посещение на пациента при лекар?																				
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Details of treatment: Информация за лечението:																			
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Details of operation: Информация за операцията:																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Details of medication: Информация за лечението с медикаменти:																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Hospital dates: Постъпване в болница:	Admission date: Дата на постъпване:																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name and address of admitting hospital: Наименование и адрес на приемащата болница:	Reference number: Референтен номер:																			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name: Име:																				
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adress: Адрес:																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telephone: Телефон:																				
------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fax: Факс:																				
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email: Електронна поща:																				
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SECTION C / CASH BENEFIT

РАЗДЕЛ В / ПАРИЧНО ОБЕЗЩЕТИЕ

The hospital should complete this section if you have stayed in hospital overnight without charge, and your plan includes a Cash Benefit.

Настоящият раздел следва да бъде попълнен от болницата, ако престоят Ви в нея е бил безплатен, а Вашият план включва парично обезщетение.

I confirm that
was in hospital from

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

to

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

and this hospital did not charge for accommodation

Потвърждавам, че

бях в болница от

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

до

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

и не бях таксуван за престоя си.

The hospital needs to stamp this claim form here:
Тук следва да бъде поставен печат от болницата

SECTION D / PAYMENT DETAILS

SECTION D / ДАННИ ЗА ПЛАЩАНЕТО

Who would you like us to pay? (please tick one only) Doctor / hospital	<input type="radio"/>	Main member	<input type="radio"/>	Patient	<input type="radio"/>
На кого бихте желали да платим? (моля, отбележете само едно) Лекар / болница	<input type="radio"/>	Титуляр	<input type="radio"/>	Пациент	<input type="radio"/>

Payment by Electronic Funds Transfer to a bank account

Плащане по електронен път чрез превод по банкова сметка

Bank name: Наименование на банката:																			
SWIFT / BIC code *: SWIFT / BIC код *:																			
Sort code (UK only): Sort код (само за Великобритания):				-				-											
Account number / IBAN: Номер на сметка / IBAN:																			
Account name / payee: Име на титуляра / получател:																			
Currency for the transfer: Валута на превода:																			
Bank address: Адрес на банката:																			
Post / Zip code: Пощенски код:																			
Country: Държава:																			

*In order to process your payment as quickly and securely as possible, we strongly recommend that you provide both your IBAN and the SWIFT code of your bank branch. Your bank will be able to provide you with this information if necessary.

We recommend that bank transfers are made in the currency of your bank account. If you have asked us to pay the provider, and an annual deductible applies to your cover, the deductible will be collected using your direct debit or credit card.

* За да можем да обработим Вашето плащане възможно най-бързо и сигурно, силно Ви препоръчваме да ни предоставите както IBAN, така и SWIFT кода на Вашия банков клон. Вашата банка може да Ви предостави тази информация при нужда.

Препоръчваме банковите преводи да се извършват във валутата, в която е открита Вашата сметка. Ако сте заявили плащане на доставчика и към Вашето обезщетение се прилага годишно самоучастие, сумата на самоучастието ще бъде взета от Вашата сметка или кредитна карта.



SECTION E / DECLARATION

РАЗДЕЛ Д / ДЕКЛАРАЦИЯ

I/We confirm the facts stated on this form to be true and accurate to the best of my / our knowledge. I/We give authority to the insurers or their representatives to contact my/our Medical practitioners for any additional information required in connection with this claim.

Аз/Ние потвърждавам(е), че посочените в този формуляр факти са верни и точни, доколкото ми/ни е известно. Аз/Ние упълномощавам(е) застрахователя или негов представител да се свърже с моя/нашия медицински специалист за допълнителна информация, необходима във връзка с настоящото заявление.

Signed Подпис						
------------------	--	--	--	--	--	--

Date Дата	d Д	d Д	m М	m М	y Г	y Г
--------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------