

Presentación de facturas del seguro complementario financiado por la empresa (solo en caso de tratamientos en el extranjero)

Instrucciones generales para rellenar el documento:

Elija de las siguientes categorías la que más se ajuste a sus necesidades.

Tenga en cuenta que debe cumplimentar y enviar **un formulario por cada factura** . Aunque una factura conste de varias páginas, basta con un formulario.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Material visual | <input type="checkbox"/> Gastos de curas y rehabilitación |
| <input type="checkbox"/> LASIK | <input type="checkbox"/> Vacunas |
| <input type="checkbox"/> Audífonos | <input type="checkbox"/> Exámenes preventivos (por ejemplo, detección precoz o revisiones) |
| <input type="checkbox"/> Dentista (por ejemplo, tratamiento, sustitución y profilaxis) | <input type="checkbox"/> Tratamiento médico ambulatorio (por ejemplo, consulta médica; solo en la tarifa Viaje de vacaciones) |
| <input type="checkbox"/> Otras terapias (por ejemplo, fisioterapia) | <input type="checkbox"/> Estancias hospitalarias (por ejemplo, estancias en clínicas; solo en la tarifa Viaje de vacaciones) |
| <input type="checkbox"/> Medios auxiliares (por ejemplo, tensiómetro) | <input type="checkbox"/> Quiropráctica/osteopatía |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos o apósitos (por ejemplo, antibióticos o apósitos para heridas) | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores |

Sus datos personales:

Número de póliza _____

Nombre de las personas aseguradas _____

Datos bancarios¹ _____

IBAN¹ _____ BIC¹ _____

Titular de la cuenta¹ _____

Solo tiene que rellenar los campos marcados con ¹ si aún no ha facilitado los datos.

Para el reembolso de los gastos se requieren además **otros datos**:

Período de la atención		Importe de la factura	Divisa (abreviatura)
De	A		

Fecha de factura _____

Número de páginas de la factura original _____

Opciones para enviar el formulario:

 A través de la nueva aplicación Hallesche4u

 Por correo electrónico a service@hallesche.de

 Por correo postal a Hallesche Krankenversicherung a.G.
Bereich KSH-sl-bkv
D-70166 Stuttgart