

## Invio delle Sue fatture per la Sua assicurazione complementare finanziata dal datore di lavoro (solo per trattamenti all'estero)

**Informazioni generali** su come compilare il documento:

Dalle seguenti categorie, selezioni quella che si adatta alla Sua fattura.

Tenga presente che si deve compilare e inviare **un modulo per ogni fattura**. Se una fattura è composta da più pagine, è sufficiente un solo modulo.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ausili visivi   | <input type="checkbox"/> Indennità giornaliera per ricovero   |
| <input type="checkbox"/> LASIK   | <input type="checkbox"/> Vaccinazioni   |
| <input type="checkbox"/> Apparecchi acustici   | <input type="checkbox"/> Visite preventive (ad es. diagnosi precoce o check-up)                                     |
| <input type="checkbox"/> Dentista (ad es. trattamento, sostituzione e profilassi)          | <input type="checkbox"/> Trattamento ambulatoriale (ad es. consulenza medica; solo alla tariffa viaggio di piacere) |
| <input type="checkbox"/> Rimedi curativi (ad es. ginnastica correttiva)                    | <input type="checkbox"/> Ricoveri in ospedale (ad es. soggiorni in sanatorio; solo alla tariffa viaggio di piacere) |
| <input type="checkbox"/> Strumenti ausiliari (ad es. sfigmomanometro)                      | <input type="checkbox"/> Chiropratica/osteopatia  |
| <input type="checkbox"/> Farmaci o fasciature (ad es. antibiotici o fasciature per ferite) | <input type="checkbox"/> Nessuna delle prestazioni sopra menzionate   |

### I Suoi dati personali:

Numero di assicurazione \_\_\_\_\_

Nome dell'assicurato/a \_\_\_\_\_

Coordinate bancarie<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

IBAN<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ BIC<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Titolare conto corrente<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

I campi contrassegnati con <sup>1</sup> devono essere da Lei compilati solo se non ci ha ancora comunicato i relativi dati.

Per il rimborso delle spese sono richieste **ulteriori informazioni**:

Periodo di trattamento		Importo fattura	Valuta (sigla)
Da	A		

Data fattura \_\_\_\_\_

Numero di pagine della fattura originale \_\_\_\_\_

Queste sono **le possibilità** disponibili per inviare il modulo:



Tramite la nuova app Hallesche4u



Tramite e-mail all'indirizzo [service@hallesche.de](mailto:service@hallesche.de)



Per posta a Hallesche Krankenversicherung a.G.  
Bereich KSH-sl-bkv  
D-70166 Stuttgart