

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 bancarie¹ _____

IBAN¹ _____ BIC¹ _____

Titolare conto corrente¹ _____

I campi contrassegnati con ¹ 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



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