

## Envio das suas faturas para o seu seguro adicional financiado pela entidade empregadora (apenas para tratamentos no estrangeiro)

**Informações gerais** para o preenchimento do documento:

Nas categorias seguintes, selecione a adequada à sua fatura.

Tenha em atenção que deve ser preenchido e enviado **um formulário por cada fatura**. Se uma fatura tiver várias páginas, é apenas necessário um formulário.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Óculos  | <input type="checkbox"/> Pagamento de dias de tratamento  |
| <input type="checkbox"/> LASIK   | <input type="checkbox"/> Vacinas  |
| <input type="checkbox"/> Aparelhos auditivos   | <input type="checkbox"/> Exames médicos preventivos (p. ex., rastreio ou check-up)  |
| <input type="checkbox"/> Dentista (p. ex., tratamento, substituição e profilaxia)                        | <input type="checkbox"/> Tratamento médico em ambulatório (p. ex., consulta médica; apenas na tarifa de viagem de férias)                   |
| <input type="checkbox"/> Produtos terapêuticos (p. ex., fisioterapia)                                    | <input type="checkbox"/> Tratamento médico em regime de internamento (p. ex., estadias em sanatórios; apenas na tarifa de viagem de férias) |
| <input type="checkbox"/> Meios auxiliares (p. ex., medidor de tensão arterial)                           | <input type="checkbox"/> Quiroprática/osteopatia  |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos ou ligaduras/pensos (p. ex., antibióticos ou ligaduras de feridas) | <input type="checkbox"/> Nenhum dos serviços acima indicados  |

### Os seus dados pessoais:

Número de seguro \_\_\_\_\_  
Nome da pessoa segurada \_\_\_\_\_  
Informações bancárias<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
IBAN<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ BIC<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Titular da conta<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Os campos assinalados com <sup>1</sup> devem apenas ser preenchido se ainda não nos tiver comunicado os dados.

Para o reembolso de despesas são também necessárias **informações adicionais**:

Período de tratamento		Valor da fatura	Moeda (abreviatura)
De	Até		

Data da fatura \_\_\_\_\_

Número de páginas da fatura original \_\_\_\_\_

### Opções para envio do formulário:

 Através da nova App Hallesche4u

 Pelo e-mail [service@hallesche.de](mailto:service@hallesche.de)

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