

Предоставление счетов по дополнительному страхованию, финансируемому работодателем (только для лечения за рубежом)

Общие указания по заполнению документа:

Выберите из предложенных категорий ту, что подходит для вашего счета.

Примите во внимание, что **на каждый счет** заполняется и подается **отдельная форма**.

Если счет состоит из нескольких страниц, то достаточно одной формы.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Средства для коррекции зрения | <input type="checkbox"/> Вознаграждение посредника |
| <input type="checkbox"/> LASIK | <input type="checkbox"/> Профилактическая вакцинация |
| <input type="checkbox"/> Слуховые аппараты | <input type="checkbox"/> Профилактические медосмотры (напр., ранняя диагностика или медосмотры) |
| <input type="checkbox"/> Стоматология (напр., лечение, протезирование и профилактика) | <input type="checkbox"/> Амбулаторное лечение (напр., консультация у врача; только по тарифу для поездок во время отпуска) |
| <input type="checkbox"/> Лечебные средства (напр., лечебная физкультура) | <input type="checkbox"/> Стационарное пребывание в лечебном учреждении (например, пребывание в санатории; только по тарифу для поездок во время отпуска) |
| <input type="checkbox"/> Лечебные средства (напр., аппарат для измерения давления) | <input type="checkbox"/> Хиропрактика/остеопатия |
| <input type="checkbox"/> Лекарственные или перевязочные средства (напр., антибиотики или перевязочные материалы) | <input type="checkbox"/> Ни одна из вышеперечисленных услуг |

Ваши персональные данные:

Страховой номер _____

Имя застрахованного лица _____

Банковские реквизиты¹ _____

IBAN¹ _____ BIC¹ _____

Владелец банковского счета¹

Отмеченные знаком ¹ поля подлежат заполнению, только если вы еще не предоставили нам соответствующие данные.


Для возмещения расходов требуются **дополнительные сведения**:


Период лечения		Сумма счета	Валюта (сокращение)
с	по		


Дата выставления счета _____

Количество страниц в оригинальном счете _____

Вы можете подать форму:

 через новое приложение Hallesche4u

 по электронной почте, прислав ее на адрес service@hallesche.de

 по почте, направив ее организации Hallesche Krankenversicherung a.G.
Bereich KSH-sl-bkv
D-70166 Stuttgart, Германия