

## 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 реквизиты<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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

Владелец банковского счета<sup>1</sup>

\_\_\_\_\_

Отмеченные знаком <sup>1</sup> 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](mailto:service@hallesche.de)

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