

## İşvereniniz tarafından karşılanan ek sigortanızın faturalarının teslim edilmesi (yalnızca yurtdışındaki tedaviler için)

Dokümanın doldurulmasıyla ilgili **genel açıklamalar:**

Aşağıdaki kategorilerden, faturanıza uygun olanı seçin.

Bunu yaparken lütfen **her fatura için bir formun** doldurulması ve teslim edilmesi gerektiğini unutmayın. Bir fatura birden fazla sayfadan oluşuyorsa, bir form yeterlidir.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Görüş yardımları   | <input type="checkbox"/> Günlük kür parası  |
| <input type="checkbox"/> LASIK  | <input type="checkbox"/> Koruyucu aşılar  |
| <input type="checkbox"/> İşitme cihazları   | <input type="checkbox"/> Tedbir muayeneleri (örneğin erken teşhisler ya da check up)                                  |
| <input type="checkbox"/> Diş doktoru (örneğin tedavi, takma diş ve profilaksi)            | <input type="checkbox"/> Ayakta tedavi (örn. doktorla danışma görüşmesi; yalnızca tatil seyahati tarifesinde)         |
| <input type="checkbox"/> Tedavi araçları (örneğin hasta jimnastiği)                       | <input type="checkbox"/> Hastanelerde yatılı tedaviler (örn. sanatoryumda yatış; yalnızca tatil seyahati tarifesinde) |
| <input type="checkbox"/> Yardımcı araçlar (örneğin tansiyon aleti)                        | <input type="checkbox"/> Kayropraktik/Osteopati   |
| <input type="checkbox"/> İlaç ya da bandaj (örneğin antibiyotikler ya da yara bandajları) | <input type="checkbox"/> Yukarıda anılan hizmetlerin hiçbiri  |

### Kişisel verileriniz:

Sigorta numarası \_\_\_\_\_  
Sigortalının adı \_\_\_\_\_  
Banka bilgileri<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
IBAN<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ BIC<sup>1</sup> \_\_\_\_\_  
Hesap sahibi<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> İşletli alanları, yalnızca verileri bize daha önce bildirmediyse doldurmanız gerekiyor.

Ayrıca masraf iadesi için **başka bilgilerin de** verilmesi gerekir:

Tedavi süresi		Fatura bedeli	Para birimi (Kısaltma)
Başlangıç	Bitiş		

Fatura tarihi \_\_\_\_\_

Orijinal faturanın sayfa sayısı \_\_\_\_\_

### Formu teslim etme **seçenekleriniz:**



Yeni Hallesche4u uygulaması aracılığıyla



E-postayla service@hallesche.de adresine



Posta yoluyla: Hallesche Krankenversicherung a.G.  
Bereich KSH-sl-bkv  
D-70166 Stuttgart