

Leistungsblatt ambulante Behandlungen



Polizzenummer: A40 _____

Behandlungen im Kalenderjahr: _____

Name und Geburtsdatum der behandelten Person: _____, geb. _____

Überweisung auf: Vertragsinkasso

Andere _____

Kontoinhaber

BIC

IBAN

Top Versicherungsservice GmbH
Team Krankenversicherung
Postfach 2000
1130 Wien

E-Mail: krankenversicherung@allianz.at
 Fax: 05 9009-386
 Tel.: 05 9009-588

BelegNr. <small>Bitte auf Ihrem Beleg notieren.</small>	Name des Leistungserbringers <small>(z.B. des Arztes/der Ärztin, der Tagesklinik, der Apotheke. Bei Physiotherapie und dergleichen bitte Verordnung beilegen.)</small>	Erforderliche Verord./Rezept beiliegend <input checked="" type="checkbox"/>	Behandlung von/seit/am <small>TT/MM/JJJJ</small>	Behandlung bis/Datum <small>TT/MM/JJJ J (kann auch entfallen)</small>	Diagnose	Rechnungsbetrag	Vergütung der Sozialvers. <small>Nachweis bitte beilegen.</small>
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							