

# Leistungsblatt ambulante Behandlungen



Polizzenummer: A40 \_\_\_\_\_

Behandlungen im Kalenderjahr: \_\_\_\_\_

Name und Geburtsdatum der behandelten Person: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

**Top Versicherungsservice GmbH**  
**Team Krankenversicherung**  
**Postfach 2000**  
**1130 Wien**

Überweisung auf:  **Vertragsinkasso**

**Andere**

Kontoinhaber

BIC

IBAN

E-Mail: [krankenversicherung@allianz.at](mailto: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							