

Antrag auf Kostenersatz für ambulante Behandlungen

Merkur Versicherung AG, Joanneumring 22, 8010 Graz

Polizzenummer

Versicherte Person

Nachname, akad. Titel	Vorname	Geburtsdatum
Telefon	E-mail	
Für Überweisungen: IBAN		Kontoinhaber

Beleg Nr. Bitte auf Ihrem Beleg notieren!	Ärztliche Verordnung Ja / Nein (J / N)	Name des Arztes, Behandlers, Rechnungsausteller, etc.	Behandlung von/seit/am TT / MM / JJJJ	Behandlung bis TT / MM / JJJJ (kann auch entfallen)	Rechnungs- betrag (EUR)	Vergütung Sozial- versicherung (EUR) (wenn voreingereicht)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						