

Postadresse: AHV-IV-FAK
 GERBERWEG 2, 9490 VADUZ
 Telefon: +423/238 16 16
 Fax: +423/238 16 00
 Internet: www.ahv.li
 E-Mail: postmaster@ahv.li



LIECHTENSTEINISCHE ALTERS-
 UND HINTERLASSENENVERSICHERUNG
 INVALIDENVERSICHERUNG
 FAMILIENAUSGLEICHSKASSE

Rechnung Hörgeräteversorgung

Bitte ausfüllen

Datum der Rechnung	Rechnungsnummer	Versicherungsnummer
--------------------	-----------------	---------------------

Versicherte Person Name _____ Vorname _____ Adresse _____ PLZ, Ort _____	Rechnung senden an Liechtensteinische Invalidenversicherung Gerberweg 2 9490 Vaduz
Bankkonto / Postkonto: Name _____ PLZ, Ort _____ Clearing-Nr. / BIC _____ Konto-Nr. / IBAN _____	Rechnungssteller Name _____ Vorname _____ Adresse _____ PLZ, Ort _____

Leistungen (Art, Anzahl, Daten usw.)	Preis	Betrag
Pauschale für einseitige Hörgeräteversorgung IV	<input type="checkbox"/> 840.00	
Pauschale für beidseitige Hörgeräteversorgung IV	<input type="checkbox"/> 1'650.00	
Pauschale für einseitige Hörgeräteversorgung AHV	<input type="checkbox"/> 630.00	
Pauschale für beidseitige Hörgeräteversorgung AHV	<input type="checkbox"/> 1'240.00	
Pauschale für Reparatur durch den Hersteller (Elektronik)	<input type="checkbox"/> 200.00	
Pauschale für Reparatur durch den Hersteller (Übriges)	<input type="checkbox"/> 130.00	
Kinderversorgung einseitig	<input type="checkbox"/> max. 2'830.00	
Kinderversorgung beidseitig	<input type="checkbox"/> max. 4'170.00	
Pauschale für Dienstleistung knochenverankerte Hörgeräte und Mittelohrimplantate	<input type="checkbox"/> 1'000.00	
Geltendmachung von Leistungen als Härtefall zusätzlich zur Pauschale	<input type="checkbox"/>	
Batteriepauschalen		
Einseitig	<input type="checkbox"/> 40.00	
Beidseitig	<input type="checkbox"/> 80.00	
Batteriekostenpauschale bei Bezug von Ergänzungsleistung	<input type="checkbox"/> 120.00	
Batteriekostenpauschale Einseitig für Cochlea Implantate (CI) (je Jahr)	<input type="checkbox"/> 400.00	
Batteriekostenpauschale Beidseitig für Cochlea Implantate (CI) (je Jahr)	<input type="checkbox"/> 800.00	
Einseitig für Knochenverankerte und mittelohrimplantierte Hörgeräte	<input type="checkbox"/> 60.00	
Beidseitig für Knochenverankerte und mittelohrimplantierte Hörgeräte	<input type="checkbox"/> 120.00	
Batteriekostenpauschale für Kinder einseitig	<input type="checkbox"/> 60.00	
Batteriekostenpauschale für Kinder beidseitig	<input type="checkbox"/> 120.00	
Total		

Zur Beachtung

Wir bitten Sie, diese Rechnung leserlich (blau oder schwarz, nicht mit Bleistift) und vollständig auszufüllen. Die Verarbeitung wird dadurch vereinfacht und die Bezahlung beschleunigt.

Sind Felder vorausgefüllt, bitten wir Sie unbedingt zu prüfen, ob die Angaben noch aktuell sind und sie allenfalls von Hand zu korrigieren.

Bei Fremdwährung ist die Währungsart deutlich zu bezeichnen.

Felder die **zwingend** ausgefüllt werden müssen:

- Name und Anschrift der versicherten Person
- Name und Anschrift des Rechnungsstellers
- Versicherungsnummer (Kann der Verfügung entnommen werden.)
- Bankverbindung des Rechnungsstellers

Kosten für die Hörgeräteversorgung können nur übernommen werden, wenn eine gültige Verfügung vorhanden ist.

Obligatorische Beilagen:

Hörgeräteversorgung:

- **Kopie der Rechnung** des Verkäufers mit den folgenden Angaben:
 - Effektiv bezahlter Preis (Quittung bitte beilegen)
 - Anzahl der verrechneten Arbeitsstunden mit Stundenansatz oder Umfang und Preis Dienstleistung
 - Hörgerät: Name des Herstellers, Bezeichnung des Typs, Gerätenummer der METAS
 - Anzahl, genaue Bezeichnung und Preise weiterer Leistungen (z. B.: Ohrpasstücke)
 - Datum der Abgabe des Hörsystems
 - Versichertennummer der versicherte Person

Reparaturen

- **Kopie der Rechnung** des Verkäufers
 - Grund der Reparatur: Defekt der Elektronik oder anderer Defekt

Weitere Informationen finden Sie im entsprechenden Merkblatt.

Bemerkungen:
