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

AHV IV FAK

LIECHTENSTEINISCHE ALTERS- UND HINTERLASSENENVERSICHERUNG
INVALIDENVERSICHERUNG
FAMILIENAUSGLEICHSKASSE

Spesenersatz

Bitte ausfüllen

Bitte Rückseite beachten

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 _____

Reisedaten	An-zahl	Reisezweck	Reisestrecke	Preis Billette		Anzahl-Km Auto		km-Ansatz	Betrag
				Hin	Rück	Hin/ Rück	Km Total	0.60	CHF
Vom			von						
Bis			bis						
Vom			von						
Bis			bis						
Vom			von						
Bis			bis						
Vom			von						
Bis			bis						
Vom			von						
Bis			bis						
vom			von						
bis			bis						

Datum	Weitere Auslagen (z.B. Unterkunft, Verpflegung, Diverses) Was	Betrag
	Parkgebühren	

Visum der Durchführungsstelle

abzüglich Selbstbehalt

Total

Zur Beachtung

- Bitte diese Rechnung klar und deutlich ausfüllen.
- Die Verarbeitung wird dadurch vereinfacht und die Bezahlung beschleunigt.

Folgende Punkte sind besonders zu beachten:

- Es besteht ein Selbstbehalt für Spesen. Ausgaben, die in einem Zeitraum von 90 aufeinander folgenden Tagen den Betrag von **CHF 50.00** nicht übersteigen, gelten als geringfügig und werden nicht berücksichtigt. Übersteigen die Ausgaben im genannten Zeitraum diesen Betrag, so wird der Differenzbetrag zwischen den tatsächlichen Ausgaben und dem Selbstbehalt berücksichtigt. Verpflegungskosten können nur berücksichtigt werden, wenn zumindest eine auswärtige Übernachtung unerlässlich ist.

- Bestätigung (Stempel) der Durchführungsstellen z.B. Ärzte, Schulen, Spitäler u.s.w.

- Es werden nur jene Spesen berücksichtigt, die spätestens binnen **12 Monaten** nach ihrem Entstehen geltend gemacht werden.

- **Nummer der versicherten Person**, die auf der Verfügung ersichtlich ist

- Name, Vorname und Adresse der versicherten Person

- Name, Vorname (bez. Firma) und Adresse der rechnungsstellenden Person

Wird die Zahlung an eine Bank oder Post gewünscht:

- Bankkonto oder Postkonto angeben + Name und Sitz der Bank oder Post

Bemerkungen

Datum und Unterschrift