



Tips voor een snelle afhandeling van uw declaratie ziektekosten

- Maak voor uw declaratie uitsluitend gebruik van dit formulier. U bent er dan van verzekerd dat uw declaratie snel wordt afgehandeld. Er vindt alleen uitkering plaats op originele nota's; kopienota's worden niet vergoed!
- Vouw het formulier op de perforatielijn dubbel. Op de achterzijde worden de gegevens automatisch gekopieerd; handig voor uw eigen administratie.
- Gebruik voor de duidelijkheid een balpen, schrijf in blokletters en zorg daarbij voor een harde ondergrond.
- Voor het afhandelen van uw nota's verzoeken wij u onderstaande gegevens (uw naam en adres, polisnummer en bank-gironummer) in te vullen.
- Wenst u dat wij een bepaalde nota rechtstreeks aan de zorgverlener betalen, kruis dan het hokje 'zorgverlener' aan.
- Indien bepaalde kosten zijn gemaakt waarvoor derden aansprakelijk zijn, kruis dan het hokje 'ongeval' aan.
- Nadat u het declaratieformulier heeft ingevuld:
 - scheur het declaratieformulier los langs de perforatielijn;
 - stop het declaratieformulier in de retourenvelop (de kopie kunt u voor uw eigen administratie gebruiken);
 - stop de originele nota's in de retourenvelop;
 - frankeer de retourenvelop en verzend uw declaratie;
 - na ontvangst van uw declaratie wordt automatisch met de afrekening een nieuw declaratieformulier toegezonden.

N.B. De door u ingezonden originele nota's gebruiken wij om de vergoeding te kunnen bepalen. Deze nota's kunnen wij niet aan u terugzenden. Indien noodzakelijk kunt u voor uw eigen administratie een kopie maken.

AXA Zorg N.V.
Postbus 30810, 3503 AR Utrecht. Telefoon (030) 219 66 64

Let op! Vóór het invullen, eerst hier vouwen.

Dit gedeelte beschrijven en inzenden



Vul hier uw naam en adres in:

AXA Zorg N.V.
Afdeling Declaraties Ziektekosten
Postbus 30810
3503 AR Utrecht

uw polisnummer	uw bank-/gironummer
onze referentie Declaratie ZK	ons telefoonnummer 030 - 219 66 64

Declaratieformulier ziektekosten

naam huisarts, specialist, fysiotherapeut, enz.	notabedrag	uit te betalen aan:		ongeval door schuld van derden	toelichting
		uzelf	zorgverlener		
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Datum inzending _____	Totaal _____	Uw telefoon overdag _____			

Datum inzending

Totaal

Uw telefoon overdag

naam huisarts, specialist, fysiotherapeut, enz.

notabedrag

uit te betalen aan:
zelf/zorgverlener

ongeval
door schuld
van derden
toelichting

Kopie declaratieformulier ziektekosten

Dit gedeelte kunt u behouden voor uw eigen administratie