

AUB volledig invullen met blauwe of zwarte pen.

1 Polisnummer Present

2 Gegevens organisatie

Naam organisatie Afdeling/onderdeel

Adres

Postcode Woonplaats

Contactpersoon

Telefoon Fax

E-mailadres

Datum

3 Informatie over de bijgesloten factuur

Betreft Zorgaanbieder

Declaratiebedrag €

Medewerker Geboortedatum

Adres

Postcode Woonplaats

Telefoon E-mailadres

Zorgverzekeraar Relatienummer

4 Vergoeding voor reiskosten (zie voorwaarden en vergoedingen Present)

Eigen vervoer / openbaar vervoer*

Datum	Van	Naar	Reden vervoer	Aantal km (€ 0,27 p/km)	Totaal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>

* Trein-/taxikaartje bijsluiten

5 Opmerkingen

6 Betaling aan

Werkgever Bank-/gironummer

Medewerker Bank-/gironummer

Anders, nl. Bank-/gironummer

Naam

Postcode Woonplaats

Betalingskenmerk (indien gewenst)

7 In te vullen door Werkgeversdesk Arbeidsgerelateerde zorg

Ontvangstdatum Afhandeldatum

Uit te betalen bedrag Casebehandelaar

Stuur het ingevulde formulier op naar: Werkgeversdesk Arbeidsgerelateerde zorg, Postbus 631, 8000 AP ZWOLLE. Inzenden per fax is ook mogelijk: (038) 456 69 82. Er is ook een digitaal invulbare versie van dit formulier verkrijgbaar. Mail hiervoor naar werkgeversdesk@achmea.nl of bel met (038) 456 69 87.