

Aanvraagformulier **Eigen risico compensatie IZZ PTSS**



**IZZ Is Zorg
voor de Zorg**

Voornaam

Achternaam

Straatnaam + Huisnummer

Postcode

Woonplaats

Geboortedatum

Geslacht

E-mailadres

Telefoon

Polisnummer collectieve IZZ Zorgverzekering

IBAN bankrekeningnummer

Heb je een **collectieve IZZ Zorgverzekering**? ☐ ja ☐ nee

Verricht je **betaald werk in de zorg**? * ☐ ja ☐ nee

Op welk **kalenderjaar** is het eigen risico van toepassing?

Heb je **kosten** gemaakt die ten laste worden gebracht of die onder het verplicht eigen risico van de basisverzekering vallen, omdat je lijdt aan de gevolgen van PTSS door een ervaring op je werk? ☐ ja ☐ nee

Heb je hiervoor een **verwijzing** van je huisarts of medisch specialist? ☐ ja ☐ nee

Korte omschrijving reden van aanvraag, de ontvangen zorg en * werksituatie m.b.t. eventuele arbeidsongeschiktheid

☐ ja ☐ nee

Heb je hiervan **melding** gedaan?

*Heb je nog geen melding gedaan, doe dat alsnog.
Gebruik eventueel het voorbeeldformulier op izz.nl/erc-ptss*

☐ ja ☐ nee

Heb je hiervan **aangifte** gedaan?

van
tot

Ziekteperiode

Stuur het volledig ingevulde formulier per e-mail naar ERCservice@vanameyde.com

Stuur de volgende documenten mee bij je aanvraag. Zonder deze stukken kunnen wij de aanvraag niet in behandeling nemen:

- Polis IZZ Zorgverzekering door VGZ of door CZ. Dit is een PDF-bestand van je officiële polisblad. Een printscreen wordt niet in behandeling genomen.
- PDF-bestand(en) van je eigen risico facturen, gerelateerd aan PTSS zorg. Geen printscreen(s).**
- PDF-bestand(en) van je zorgkostenspecificaties, gerelateerd aan PTSS zorg. Geen printscreen(s).
- PDF-bestand van de melding en/of aangifte.

*** Als je het eigen risico gespreid betaalt kun je de zorgkostenfacturen niet zelf downloaden. Vraag in dat geval een zorgkostenoverzicht op bij je zorgverzekeraar CZ of VGZ.*

☐ Ik verklaar naar waarheid gegevens te hebben verstrekt en geef Van Ameyde toestemming om medische informatie op te vragen - voor zover van belang voor de afhandeling van deze aanvraag - bij betrokken zorgverlener(s) en/of zorgverzekeraar.