

Toelichting

Met dit formulier kunnen verzekerden met de aanvullende verzekering IZA Extra Zorg 1, 2, 3 of 4 woon-werkvervoer aanvragen.

- de verzekerde moet dit formulier invullen en ondertekenen. De direct leidinggevende of een personeelsfunctionaris moet de verklaring invullen en ondertekenen. Vervolgens stuurt u het formulier terug naar Zorgverzekeraar IZA.
- Zorgverzekeraar IZA beoordeelt aan de hand van de medische indicatie of u aanspraak kunt maken op het woon-werkvervoer uit de IZA Extra Zorg 1, 2, 3 of 4.
- er bestaat aanspraak op taxivervoer tussen de woon- of verblijfplaats van de verzekerde en de werklocatie voor zover vervoer per openbaar vervoer of eigen auto wegens medische redenen niet mogelijk is.
- de aanspraak geldt voor maximaal € 350 per verzekerde per kalenderjaar.
- het vervoer komt alleen voor vergoeding in aanmerking als het wordt uitgevoerd door de door Zorgverzekeraar IZA daartoe gecontracteerde vervoerder. Als IZA u machtiging verleent voor dit woon-werkvervoer dan treft u de naam van deze vervoerder aan in de machtiging.

Graag invullen in BLOKLETTERS.

A. Persoonsgegevens (in te vullen door verzekerde)

Voorletter(s) | Tussenvoegsel(s) | Achternaam

Het burgerservicenummer (BSN) vindt u op uw identiteitsbewijs.

Geboortedatum | Geslacht | Burgerservicenummer | Nationaliteit

Man Vrouw

NL Anders*

Straat | Huisnummer | Toevoeging huisnummer

Postcode | Woonplaats

Telefoonnummer | Mobiel telefoonnummer

Het klantnummer vindt u op uw zorgpas of in Mijn IZA.

E-mailadres | Klantnummer

B. Medische indicatie

Vanwege welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Datum | Plaats

Handtekening verzekeringnemer

C. Gegevens werkgever

Naam

Straat

Huisnummer

Toevoeging huisnummer

Postcode

Woonplaats

Kijk voor het collectiviteitsnummer van uw werkgever op www.iza.nl.

Collectiviteitsnummer

Naam leidinggevende/personeelsfunctionaris

Telefoonnummer

Mobiel telefoonnummer

D. Verklaring leidinggevende of personeelsfunctionaris

Uit de verklaring moet blijken dat er sprake is van een ernstige beperking van de mobiliteit, waardoor vervoer per openbaar vervoer of eigen auto niet mogelijk is.

Naam leidinggevende/personeelsfunctionaris

Functie leidinggevende/personeelsfunctionaris

Werkdagen: Maandag Dinsdag Woensdag Donderdag Vrijdag

Startdatum Taxivervoer

E. Ondertekening leidinggevende of personeelsfunctionaris

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt Zorgverzekeraar IZA of u recht hebt op vergoeding van woon-werkvervoer.

Zorgverzekeraar IZA behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren. Als het vervoer ten onrechte is vergoed, zal IZA op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek in beginsel overgaan tot terugbetaling van het ten onrechte betaalde.

Naar waarheid ingevuld:

Datum

Plaats

Handtekening

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier sturen naar:

IZA
t.a.v. team machtigingen
vervoer Postbus 25150
5600 RS Eindhoven