



# Declaratieformulier Interventieverzekering

Als uw werknemer die verzekerd is volgens de interventieverzekering een behandeling of zorg nodig heeft van een (bedrijfs-) fysiotherapeut, psycholoog of andere behandelaar, dan kunt u deze kosten declareren ten laste van de interventieverzekering.

## Hoe werkt het?

1. U hebt een interventieverzekering bij CZ afgesloten.
2. U betaalt de nota rechtstreeks aan de dienstverlener (bijvoorbeeld aan het interventiebedrijf).
3. U stuurt dit volledig ingevulde declaratieformulier samen met de gespecificeerde (kopie)rekening(en) van de zorgverlener naar:

CZ  
T.a.v. Service Center Financiën, team 3  
Antwoordnummer 139  
5000 WB TILBURG

4. Wij betalen de vergoeding aan u uit. Eventuele BTW komt niet voor vergoeding in aanmerking.

## Toelichting:

Vul het formulier volledig in. Vermeld naam, geslacht en geboortedatum van de werknemer, het bijbehorende relatienummer, de code\* van de zorg die uw werknemer heeft ontvangen, de factuurdatum en het bedrag exclusief BTW.

\* (1 = bedrijfsfysiotherapie, 2 = psychologische of psychosociale zorg, 3 = vervoer woon-werkverkeer, 4 = diversen)

Naam medewerker	m/v	geb.datum	relatienummer CZ	code* zorg	fact.datum	bedrag excl. BTW
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€ <input type="text"/>

Werkgever	collectiviteitsnummer	IBAN rekeningnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
datum <input type="text"/>	naam contactpersoon werkgever <input type="text"/>	handtekening werkgever <input type="text"/>