



## Aanvraagformulier zittend ziekenvervoer

Met dit formulier kunt u vergoeding van de kosten voor zittend ziekenvervoer aanvragen. Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u vooraf toestemming te vragen aan ons. Met behulp van de ingevulde aanvraag kunnen wij bepalen of u een vergoeding krijgt voor zittend ziekenvervoer. U ontvangt schriftelijk bericht of de vervoerskosten wel of niet vergoed worden. Voor zittend ziekenvervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage per verzekerde per kalenderjaar. Hoe hoog dat bedrag is wijzigt per jaar en staat in de polisvoorwaarden.

Het formulier bestaat uit twee delen. Het eerste deel vult u zelf in. Het tweede deel vult uw huisarts of behandelend arts in. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren worden in behandeling genomen.

Als u nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met het Service Center, telefoonnummer 030 639 62 22.

### Deel 1 Gegevens aanvrager

Naam: \_\_\_\_\_ m/v \_\_\_\_\_ Cliëntnummer: \_\_\_\_\_  
Straat en huisnummer: \_\_\_\_\_ Geboortedatum: \_\_\_\_\_  
Postcode: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
Woonplaats: \_\_\_\_\_

Welk soort vervoer wilt u aanvragen?

- Taxivervoer
- Eigen vervoer per auto
- Openbaar vervoer

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer, kunt u ervoor kiezen dit te laten regelen door het door ons gecontracteerde taxibedrijf Transvision. De kosten van het vervoer worden dan rechtstreeks aan ons gedeclareerd. Transvision is te bereiken op telefoonnummer 0900 333 33 30.

Naar welke zorgverlener/welk ziekenhuis vindt het vervoer plaats?

| Naam en adres zorgverlener/ziekenhuis | Gedurende welke periode wordt u behandeld? | Hoe vaak wordt u behandeld?                            | Enkele reisafstand van woon/verblijfadres naar zorgverlener/ziekenhuis |
|---------------------------------------|--|--|--|
|                                       |  | .....x per week<br>.....x per maand<br>.....x per jaar |  |
|                                       |  | .....x per week<br>.....x per maand<br>.....x per jaar |  |
|                                       |  | .....x per week<br>.....x per maand<br>.....x per jaar |  |

**Deel 2**  
**Verklaring arts**

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan.
  - Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemo- of radiotherapie ondergaan.
  - Verzekerde is tijdelijk aangewezen op rolstoelvervoer.
- Wat is de medische reden hiervoor?

.....  
Gedurende welke periode is verzekerde aangewezen op rolstoelvervoer?  
.....

- Verzekerde is permanent aangewezen op rolstoelvervoer.
- Verzekerde is zodanig visueel gehandicapt zodat het niet mogelijk is voor verzekerde om zonder begeleiding te reizen.
- Verzekerde is langdurig aangewezen op vervoer in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening. \*

Als het vervoer van uw patiënt niet in één van bovenstaande categorieën valt, wilt u dan hier de medische indicatie voor vervoer invullen?

.....

Is voor het vervoer van verzekerde begeleiding medisch noodzakelijk? Ja/nee  
Voor kinderen tot 16 jaar is begeleiding altijd toegestaan.

**Ondertekening**

Naam arts:  
Woonplaats:  
AGB-code:

Handtekening arts

Datum

.....

.....

\* Buiten de hiervoor genoemde situaties kan de verzekerde een beroep doen op de hardheidsclausule indien hij in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op zittend ziekenvervoer en het niet verstrekken van dat vervoer voor de verzekerde zou leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.