

Formulier Medische verklaring Zittend ziekenvervoer

1e aanvraag

verlengingsaanvraag

Toelichting

Met dit formulier kan vergoeding voor zittend ziekenvervoer aangevraagd worden ten laste van de Zorgverzekering of (indien van toepassing) de aanvullende verzekering. De huisarts of behandelend arts dient deel 1 (Verklaring van de arts) van dit formulier in te vullen en te ondertekenen. Vervolgens dient de verzekerde deel 2 (Verklaring van de verzekerde) in te vullen en het formulier ondertekend terug te sturen naar de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar beoordeelt aan de hand hiervan of de verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding voor zittend ziekenvervoer conform de voor hem/haar geldende regeling. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren (deel 1 en deel 2) kunnen in behandeling worden genomen.

Gegevens aanvrager (verzekerde)

Naam

Adres

Postcode Woonplaats

Klantnummer Geboortedatum

Telefoonnummer Burgerservicenummer

Verklaring van de arts (deel1)

1 Verzekerde behoort tot een van de volgende categorieën

Aankruisen wat van toepassing is

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
- Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan
- Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
- Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen
- Indien er sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de visusmeting? Rechteroog Linkeroog
- Indien geen sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de diagnose:
- Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week behandeld worden:
- Aantal maanden dat de behandeling gaat duren:
- Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer t.b.v. de behandeling plaatsvindt:
- (N.B. Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding)
- Verzekerde komt in aanmerking voor vervoer in verband met transplantatie van de organen, afhankelijk van de verzekeringsvoorwaarden (uitsluitend t.b.v. de ontvanger)

2 In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

.....

Toelichting:

.....

3 Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk?

ja

nee

Naar waarheid ingevuld

Naam arts

Postcode Woonplaats

AGB-code (huisarts/medisch specialist): Datum

Handtekening en stempel arts

Verklaring van de verzekerde (deel 2)

1 Voor welke behandeling/controle/diagnose is het vervoer noodzakelijk?

.....

.....

.....

2 Naar welke instelling of behandelaar moet u vervoerd worden?

Naam instelling/behandelaar

Plaats instelling/behandelaar

3 Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt (max.12)**4 Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer t.b.v. de behandeling plaatsvindt****5 Aantal kilometers van huis naar behandeladres enkel reis****6 Wat is de vermoedelijke behandelperiode?** startdatum einddatum**7 Bent u in staat te reizen met eigen vervoer?** ja nee*(Raadpleeg voor de kilometervergoeding uw verzekeringsvoorwaarden)***8 Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer?** ja nee**9 Kunt u uitsluitend gebruik maken van taxivervoer?** ja nee**Let op!**

Bij vervoer met een gecontracteerde vervoerder ontvangt u, nadat u de wettelijke eigen bijdrage heeft bereikt, een volledige vergoeding. Indien u gebruik maakt van een niet gecontracteerde vervoerder ontvangt u, nadat u de wettelijke eigen bijdrage heeft bereikt, een maximum vergoeding per beladen kilometer. Raadpleeg voor de kilometervergoeding uw verzekeringsvoorwaarden. Beladen kilometer wil zeggen, uitsluitend het aantal kilometers dat u als verzekerde ook daadwerkelijk in de taxi zit.

Naar waarheid ingevuld

Datum Handtekening verzekerde

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier opsturen naar uw zorgverzekeraar:**Univé Zorgverzekeringen****t.a.v. team machtigingen Vervoer****Postbus 25150****5600 RS EINDHOVEN**

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt uw zorgverzekeraar of er recht bestaat op vergoeding van zittend ziekenvervoer, en zo ja, voor welke wijze van vervoer en voor welke duur en frequentie. U ontvangt van uw zorgverzekeraar schriftelijk een machtiging of afwijzing.

Uw zorgverzekeraar behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed, zal uw zorgverzekeraar, op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, in beginsel overgaan tot terugvordering van het ten onrechte betaalde.