

Veel verzekering voor weinig

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 (deel 1)

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?

.....
.....
.....

2a Naar welke instelling of behandelaar moet je vervoerd worden?

Naam instelling/behandelaar

Plaats instelling/behandelaar

Adres

2b Is er sprake van vervoer van kinderen naar een deeltijdbehandeling gecombineerd met schoolbezoek?

Zo ja, wil je dan onderstaand tabel invullen?

	Aantal behandeluren	Aantal uren school	Is je kind in staat gebruik te maken van leerlingenvervoer (schoolbus) ja/nee	
Maandag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Dinsdag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Woensdag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Donderdag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Vrijdag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

2c Vinden de behandelingen onder schooltijd plaats

ja nee

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 Ben je in staat te reizen met eigen vervoer?

ja nee

(Raadpleeg voor de kilometervergoeding uw verzekeringsvoorwaarden)

8 Ben je in staat te reizen met openbaar vervoer?

ja nee

9 Kun je uitsluitend gebruik maken van taxivervoer?

ja nee

Indien wij je aanvraag tot een machtiging honoreren, informeren wij de twee in jou postcodegebied gecontracteerde vervoerders. Zij ontvangen de noodzakelijke persoons- en medische gegevens, zodat de vervoerder goed kan inschatten wat voor vervoer je nodig heeft. Tevens heeft de vervoerder dan de benodigde gegevens om de kosten buiten je om rechtstreeks bij ons te declareren. Indien je NIET AKKOORD gaat met het verstrekken van de gegevens, kun je dit kenbaar maken door onderstaand vakje aan te kruisen.

Ik ga NIET AKKOORD met het verstrekken van mijn gegevens aan de twee gecontracteerde vervoerders. Ik zorg er zelf voor dat de vervoerder de benodigde gegevens ontvangt.

Let op!

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

Naar waarheid ingevuld

Datum

Handtekening verzekerde

Je kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier opsturen naar je zorgverzekeraar:

Univé Zorgverzekeringen

t.a.v. team machtigingen Vervoer

Postbus 25150

5600 RS EINDHOVEN

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

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

Het af te rekenen aantal kilometers per rit (bij taxi- én eigen vervoer) wordt standaard bepaald op basis van de snelste route via de ANWB-routeplanner.