

AANVRAAGFORMULIER MACTHIGING Zittend Ziekenvervoer

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL
Zorgverzekeringen

HOE IS DE PROCEDURE

Om aanspraak te kunnen maken op de regeling ziekenvervoer dient u eerst een aanvraag bij de huisarts of behandelend specialist te doen. De arts beoordeelt of u behoort tot een van de vier categorieën zoals beschreven bij vraag 2 of dat er een beroep gedaan kan worden op de hardheidsclausule*. Het volledig ingevulde formulier stuurt u vervolgens vooraf naar Delta Lloyd. Als het formulier niet volledig ingevuld en ondertekend is door de huisarts of specialist, kunnen wij de aanvraag niet in behandeling nemen.

1 GEGEVENS VERZEKERDE

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Relatienummer

_____ man vrouw

2 VERKLARING ARTS

In te vullen en te ondertekenen door de behandelend arts

Aankruisen wat van toepassing is

a Verzekerde moet nierdialyse ondergaan

In welk(e) ziekenhuis of instelling:

b Verzekerde moet een oncologische behandeling met chemotherapie of radiotherapie ondergaan

In de periode van: _____ t/m _____

In welk(e) ziekenhuis of instelling:

c Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer

d Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen

e Verzekerde behoort niet tot een van de bovenstaande vier categorieën maar wil aanspraak maken op de hardheidsclausule*

Medische indicatie:

Hoeveel maanden: _____ Hoe vaak per week: _____

Reisafstand (enkele reis): _____ kilometer

Autoreistijd (enkele reis): _____ uur

Bestemming:

Naam behandelend arts

Datum

Stempel/handtekening

*zie blad 2

3 AANVULLENDE VRAGEN

- a Bent u medisch gezien in staat te reizen met eigen vervoer nee ja _____
- b Bent u medisch gezien in staat te reizen met openbaar vervoer nee ja _____
- c Kunt u medisch gezien uitsluitend gebruik maken van taxivervoer nee ja _____
- d Voor welk vervoer wilt u in aanmerking komen taxivervoer openbaar vervoer eigen vervoer _____
- e Wanneer moet de machtiging vervoer ingaan _____
- f Is er sprake van een medische indicatie die is ontstaan als gevolg van een ongeval nee ja _____

ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart alle vragen naar waarheid te hebben beantwoord

PLAATS	DATUM	HANDTEKENING AANVRAGER	INDIEN MINDERJARIG, DE HANDTEKENING VAN DE WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER

Het volledig ingevulde formulier kunt u sturen naar:

Delta Lloyd Zorgverzekering NV
t.a.v. Team machtigingen & verhaalszaken
Postbus 29677, 2502 LR Den Haag
Onder vermelding van 'medisch geheim'

*HARDHEIDSCLAUSULE

Als er beroep gedaan wordt op de hardheidsclausule dan dient er sprake te zijn van een behandeling, langer dan 5 maanden, minimaal 2x per week, als gevolg van een langdurige ziekte of aandoening. Bovendien moet er sprake zijn van een minimale reisafstand van 25 kilometer of een autoreistijd van 1 uur van het huisadres naar de instelling.

TOELICHTING RECHT OP VERGOEDING

Op basis van de gegevens op dit formulier stellen wij vast 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 ons schriftelijk een machtiging of een afwijzing. Wij behouden ons het recht voor om controles op het vervoer uit te voeren. Als door ons voor het vervoer, op basis van door of namens u verstrekte onjuiste of onvolledige gegevens, een machtiging is verleend dan zullen wij overgaan tot terugvordering van de ten onrechte betaalde bedragen.