

Aanvraag vergoeding zittend ziekenvervoer

Algemeen

Met dit formulier vraagt u vergoeding aan voor zittend ziekenvervoer vanuit uw IZA Zorgverzekering. Uw huisarts of behandelend arts moet deel 1 (Verklaring van de arts) invullen en ondertekenen. Uzelf vult deel 2 (Verklaring van de verzekerde) in. Stuur het formulier ondertekend terug naar het adres zoals vermeld op pagina 3 van dit formulier. IZA beoordeelt aan de hand hiervan of u aanspraak kunt maken op vergoeding van zittend ziekenvervoer. IZA kan alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren (deel 1 en deel 2) in behandeling nemen.

1 Gegevens aanvrager (verzekerde)

Naam

Adres

Postcode

Woonplaats

Geboortedatum

 - -

Klantnummer

Burgerservicenummer

Telefoonnummer

2 Verklaring van de arts (deel 1)

1 Verzekerde behoort tot een van de volgende categorieën

- 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)

> vervolg verklaring van de arts (deel 1)

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

3 Verklaring van de verzekerde (deel 2)

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

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

Naam instelling/behandelaar

Plaats instelling/behandelaar

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

Ja Nee Zo ja, wilt u dan onderstaand tabel invullen?

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

3 Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt (maximaal 12)

> vervolg verklaring van de verzekerde (deel 2)

4 Gemiddeld aantal dagen per week dat vervoer t.b.v. de behandeling plaatsvindt

5 Aantal kilometers van huis naar behandeladres enkele 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

Indien wij uw aanvraag tot een machtiging honoreren, informeren wij de twee in uw postcodegebied gecontracteerde vervoerders. Zij ontvangen de noodzakelijke persoons- en medische gegevens, zodat de vervoerder goed kan inschatten wat voor vervoer u nodig heeft. Tevens heeft de vervoerder dan de benodigde gegevens om de kosten buiten u om rechtstreeks bij ons te declareren. Indien u NIET AKKOORD gaat met het verstrekken van de gegevens, kunt u 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.

Naar waarheid ingevuld

Datum

Handtekening verzekerde

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier opsturen naar uw IZA Zorgverzekeraar:

IZA Zorgverzekeraar, 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.

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.

