

Aanvraag zittend ziekenvervoer

Uit hoofde van uw basisverzekering bij Univé kunt u aanspraak maken op vergoeding van zittend ziekenvervoer. Deze aanspraak geldt alleen voor verzekerden die gebruik maken van zittend ziekenvervoer als het gaat om:

- vervoer van en/of naar nierdialyse
- vervoer van en/of naar chemo- of bestralingstherapie
- vervoer voor rolstoelafhankelijken die geen aangepast vervoer hebben
- vervoer voor visueel gehandicapten die niet zonder begeleiding kunnen reizen
- vervoer voor een behandeling als gevolg van een langdurige ziekte of aandoening (de zogenaamde hardheidsclausule).

Verder dient het te gaan om vervoer naar een instelling of zorgverlener waar een behandeling plaatsvindt waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Unive Basisverzekering of de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u vooraf toestemming vragen aan Unive Zorgverzekeringen. Dit doet u door dit formulier **volledig** in te (laten) vullen en te zenden naar Unive Zorgverzekeringen. Als reactie ontvangt u schriftelijk bericht of vergoeding wel of niet akkoord is.

Let op:

- alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen
- de behandelend arts heeft een medische verklaring afgegeven middels het invullen van (een deel) van dit formulier
- kosten van vervoer komen niet voor vergoeding in aanmerking als Unive niet voorafgaande toestemming heeft verleend.

1. Gegevens aanvrager (verzekerde)

Naam	Voorletters
Geboortedatum	
Adres	Postcode
Woonplaats	Telefoon
Verzekerdenummer	

2. Medische Verklaring (in te vullen en te ondertekenen door behandelend arts)

Aankruisen wat van toepassing is

- Verzekerde moet nierdialyse ondergaan
- Verzekerde moet chemo- of bestralingstherapie ondergaan
- Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
- Verzekerde is visueel gehandicapt en kan niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen
- Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week behandeld worden

Is er sprake van een verstandelijke handicap of een ernstig psychiatrisch toestandbeeld?

ja nee

Is begeleiding medisch noodzakelijk?

ja nee

Indicatie plus toelichting arts

.....
.....

Naam arts	Handtekening en stempel arts
Woonplaats	
Datum	

3. Aanvullende vragen (in te vullen door arts of verzekerde)

Bestemming vervoer: naam van de instelling

Woonplaats instelling

Wat is de reisafstand of reistijd van uw woonhuis naar de bestemming? reisafstand km of reistijd uur

Hoeveel maanden gaat de behandeling naar duren? maanden

Hoeveel keer per week moet u de behandeling ondergaan? keer per week

Wat is de periode waarvoor vervoer noodzakelijk is? van tot

Kunt u traplopen? ja nee

Gebruikt u bij het voortbewegen permanent een loophulpmiddel? ja nee

Is de maximale loopafstand meer dan 200 meter? ja nee

Bent u in staat om te reizen met eigen vervoer? ja nee

Bent u in staat om te reizen met openbaarvervoer? ja nee

Kunt u uitsluitend gebruik maken van taxivervoer? ja nee

Voor welk soort vervoer wilt u in aanmerking te komen?

- Eigen vervoer
- Openbaarvervoer
- Taxivervoer

Aldus naar waarheid ingevuld,

Plaats

Datum

Handtekening verzekerde

Dit formulier **volledig ingevuld** versturen naar:

Univé Zorgverzekeringen
Postbus 276
1800 BJ ALKMAAR