



Gegevens aanvrager

Naam verzekerde:
 Adres:
 Postcode / woonplaats:
 Relatienummer: Geboortedatum:
 Telefoonnummer thuis: Telefoonnummer werk:

Wordt u van een ander adres dan uw woonadres vervoerd, geef dit hieronder aan:

Verpleegadres of naam verpleeginstelling
 Verpleegadres: Postcode / woonplaats:

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is 

Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen dient u **vooraf** toestemming te vragen aan Delta Lloyd. Met deze aanvraag kan Delta Lloyd bepalen of u een vergoeding krijgt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen we welk soort vervoer u krijgt en tijdens welke periode. Het vervoer dient te gaan naar een instelling of zorgverlener waar u behandeld wordt, waarop u aanspraak kunt maken op grond van de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Stuur het volledig ingevulde formulier naar Delta Lloyd. **Alleen volledig ingevulde formulieren worden in behandeling genomen.** Het kan alsnog noodzakelijk zijn om medische informatie bij uw behandelaar op te vragen. Indien u hier niet mee instemt, verzoeken wij u dit hier aan te geven:

ik ga niet akkoord met het opvragen van medische informatie bij mijn behandelaar.

U ontvangt per post een akkoordverklaring van Delta Lloyd en indien nodig een apart declaratieformulier. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van Delta Lloyd. Alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring, dient u meteen aan ons door te geven zoals een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. Delta Lloyd behoudt zich het recht voor om controles uit te voeren. Als het vervoer onterecht is vergoed, zal op grond van het Burgerlijk Wetboek de vergoeding teruggevorderd worden.

DOOR VERZEKERDE IN TE VULLEN (vult u a.u.b. het hele formulier in)

1a. Langdurige ziekte of aandoening waarvoor u een deeltijdbehandeling in een AWBZ-instelling ondergaat

Welke ziekte of aandoening hebt u?
 Hoeveel maanden gaat de behandeling duren?
 Hoe vaak per week moet u een behandeling ondergaan?
 Hoeveel kilometer enkele reis moet u reizen naar de behandeling?

Waar gaat het vervoer naar toe?

Naam en adres deeltijdbehandeling	Hoe vaak per week?
.....
.....

Wilt u aangeven welke vorm van behandeling in uw situatie van toepassing is?

Er is sprake van ondersteunende begeleiding
 Beschrijf de behandeling:

Er is sprake van geneeskundige zorg/behandeling en activerende begeleiding
 Beschrijf de behandeling:



1b. Als er sprake is van vervoer van kinderen naar een deeltijdbehandeling, willen wij graag van u weten hoe de verhouding ligt tussen schoolbezoek en behandeling en wanneer uw kind met de schoolbus kan reizen:

Dag	Aantal uren schoolbezoek	Aantal uren behandeling	Naar school met schoolbus mogelijk ja/nee	Naar huis met schoolbus mogelijk ja/nee
Maandag
Dinsdag
Woensdag
Donderdag
Vrijdag

2. Wordt u NAAST de deeltijdbehandeling ook behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening?

Zo ja,

Welke ziekte of aandoening hebt u?

Hoeveel maanden gaat de behandeling duren?

Hoe vaak per week moet u een behandeling ondergaan?

Hoeveel kilometer enkele reis moet u reizen naar de behandeling?

Naam en adres behandelaar overige medische indicaties (meerdere bestemmingen mogelijk)

Hoe vaak per week?

1.

2.

3. Vervoer (ALTIJD INVULLEN!)

Wat is de eerste dag van uw vervoer?

Als het mogelijk en verantwoord is, geven wij de voorkeur aan openbaar vervoer.

Kunt u reizen met eigen vervoer? ja nee

Kunt u reizen met het openbaar vervoer? ja nee

Kunt u reizen met taxivervoer? ja nee

Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus? ja nee

Is begeleiding noodzakelijk? ja nee

Waar gaat het vervoer naar toe?

Naam en adres behandelaar (meerdere bestemmingen mogelijk).

Hoe vaak per week?

1.

2.

3.

Als u kiest voor een taxivervoerder waarmee Delta Lloyd geen overeenkomst heeft afgesloten, heeft dit gevolgen voor de hoogte van de vergoeding. Kijk onder Zoek een Dokter op www.deltalloyd.nl voor meer informatie of voor gecontracteerde taxivervoerders bij u in de buurt. Met hen heeft Delta Lloyd goede afspraken gemaakt over kwaliteit, service en kosten.

Delta Lloyd gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.



Naar waarheid ingevuld

Naam verzekerde: Datum:

Plaats: Handtekening verzekerde:



Door de arts die u behandelt in te vullen

Bovenstaande gegevens zijn juist. ja nee

Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende diagnose belangrijk:

.....

Ik ga akkoord met de ingevulde gegevens.

AGB-code of BIG-inschrijfnummer/stempel: Handtekening:



Dit formulier kunt u sturen naar Delta Lloyd, Postbus 4016, 5004 JA Tilburg.

Hebt u vragen? Dan kunt u contact opnemen met Delta Lloyd Klantenservice, telefoonnummer (026) 353 53 53.