

Aanvraagformulier zittend ziekenvervoer

Sturen naar: Besured | t.a.v. team Medisch Advies | Postbus 1815 | 3800 BV Amersfoort

Toelichting: Met dit formulier kan vergoeding voor reiskosten voor medische behandeling aangevraagd worden.

De huisarts of behandelend arts verzoeken wij deel 1 (Verklaring van de arts) van dit formulier in te vullen en te ondertekenen. Vervolgens vult de verzekerde deel 2 (Verklaring van de verzekerde) in en stuurt het ondertekende

formulier terug naar Besured. Besured beoordeelt aan de hand hiervan of de verzekerde aanspraak kan maken op vergoeding voor reiskosten voor medische behandeling conform de geldende regeling.

Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren (deel 1 en 2) worden in behandeling genomen.

☐ eerste aanvraag ☐ verlengingsaanvraag

Gegevens aanvrager (verzekerde)

Naam	
Adres	
Postcode, woonplaats	
Geboortedatum	Polisnummer
Telefoon	

Verklaring van de arts (deel 1)

1. Verzekerde behoort tot een van de volgende categorieën

- ☐ Verzekerde moet nierdialyse ondergaan (neem hiervoor contact op met ons Serviceteam via 078 611 81 11)
- ☐ Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie ondergaan (neem hiervoor contact op met ons Serviceteam via 078 611 81 11)
- ☐ Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
- ☐ Verzekerde krijgt geriatrische revalidatie
- ☐ Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen

Wat is de restvisus? Rechteroog: Linkeroog: (ga naar 3)

- ☐ Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week behandeld worden:

Aantal weken dat de behandeling gaat duren: Gemiddeld aantal dagen per week dat de behandeling plaatsvindt:

(N.B. Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding).

2. In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Toelichting

3. Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? ☐ ja ☐ nee

Naam arts

Woonplaats

AGB-code (huisarts/medisch specialist)

Datum

4. Handtekening arts

Verklaring van de verzekerde (deel 2)

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

2. Naar welke instellingen of behandelaars moet je vervoerd worden?

Naam instelling/behandelaar

Postcode

Plaats

Naam instelling/behandelaar

Postcode

Plaats

3. Wat is de uitkomst van onderstaande berekening?

A Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt

B Gemiddeld aantal dagen per week dat verzekerde vervoer nodig heeft, vanwege de behandeling

C Bereken uitkomst van A x B

D Aantal kilometers van huis naar behandeladres enkele reis

E Bereken uitkomst van C x D

Als de uitkomst 250 of hoger is, heb je mogelijk recht op vergoeding.

4. Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

Startdatum

Einddatum

5. Ben je in staat te reizen met eigen vervoer?

☐ ja

☐ nee

6. Ben je in staat te reizen met openbaar vervoer?

☐ ja

☐ nee

7. Kun je uitsluitend gebruik maken van taxivervoer?

☐ ja

☐ nee

Indien ja, graag motiveren

Ondertekening

Ondergetekende verklaart het formulier naar waarheid te hebben ingevuld. Ik weet dat door een onjuiste/onvolledige invulling van het formulier of verzwijging van voor de verzekering van belang zijnde feiten, de aanvraag ongeldig kan worden verklaard.

Handtekening verzekerde

Datum

Je kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier opsturen naar:

Besured | t.a.v. team Medisch Advies | Postbus 1815 | 3800 BV Amersfoort

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt Besured of er recht bestaat op vergoeding van reiskosten voor medische behandeling, en zo ja, voor welke wijze van vervoer en voor welke duur en frequentie. Je ontvangt schriftelijk een machtiging of afwijzing.

Besured behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed, zal op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, overgegaan worden tot terugvordering van het ten onrechte betaalde.