

U hoeft dit formulier alleen in te vullen op verzoek van ZEM.
Het is noodzakelijk dat uw huisarts of behandelend arts deel 2 invult en ondertekent. U vult de overige punten zelf in.

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam _____ <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	
Straat _____	Huisnummer _____
Postcode _____	Woonplaats _____
Geboortedatum _____	Relatienummer _____
Telefoonnummer _____	E-mailadres _____

2. Medische verklaring van de arts

Verzekerde moet nierdialyse ondergaan in een ziekenhuis of dialysecentrum.

Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie ondergaan.

Verzekerde is permanent afhankelijk van een rolstoel.

- Gebruikt de verzekerde bij het voortbewegen één van onderstaande middelen? Ja Nee
 (elektrische) rolstoel scootmobiel aangepaste auto

Wanneer van toepassing is een kopie van de Wmo beschikking noodzakelijk.

- Gebruikt de verzekerde bij het voortbewegen permanent een loophulpmiddel? Ja Nee
 rollator looprek krukken drie/vierpoot anders

- Is de maximale loopafstand minder dan 100 meter? Ja Nee

- Is er verbetering te verwachten in de mobiliteit? Ja * Nee

* Zo ja, graag toelichten: _____

Verzekerde heeft een dusdanig beperkt gezichtsvermogen dat begeleiding noodzakelijk is.

Visus links (OS) _____ Visus rechts (OD) _____

Verzekerde is jonger dan 18 jaar en aangewezen op permanente verzorging en verpleging vanwege een handicap of complexe lichamelijke problematiek (intensieve kindzorg).

Naar welk verpleegkundig kinderdagverblijf of kindershospice is dit ziekenvervoer? _____

Verzekerde moet in verband met ambulante geriatrische revalidatie (GRZ) vervoerd worden.

- Waar en wanneer wordt de GRZ verleend? _____

- Hoe lang zal het ambulante traject naar verwachting duren? _____

Verzekerde is aangewezen op vervoer voor zorg in een groep als onderdeel van de Geneeskundige Zorg voor Specifieke Patiëntgroepen die thuis wonen (GZSP).

- Hoeveel maanden zal het traject naar verwachting duren? _____

- Hoeveel dagen per week is vervoer benodigd? _____

Verzekerde is langdurig en/of frequent aangewezen op vervoer als gevolg van een langdurige ziekte of aandoening en doet een beroep op de zogenaamde hardheidsclausule.

- Aantal maanden dat de behandeling gaat duren _____

- Aantal dagen per week dat de verzekerde voor behandeling moet reizen _____

- Is er sprake van een klinische opname doordeweeks? Ja Nee

Overig, namelijk: _____

Is voor het vervoer van de verzekerde begeleiding medisch noodzakelijk? Ja * Nee

* Zo ja, vult u dan hier de reden in: _____

Heeft de aanvraag betrekking op vervoer in verband met een orgaantransplantatie? Ja Nee

Naam arts _____ Plaats _____

AGB-code (huisarts/medisch specialist) _____

Datum: - -

Handtekening arts:

Stempel arts:

3. Verklaring van de verzekerde

Wanneer u een beroep doet op de hardheidsclausule * vult u zelf onderstaande gegevens in:

Zorgverlener	Plaats	Behandelperiode	Aantal behandelingen	Reisafstand enkele reis

* Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan vergoeding van vervoer mogelijk zijn.

Kunt u reizen met eigen vervoer of openbaar vervoer Ja Nee *

* Zo nee, vult u dan hier de reden in: _____

4. Ondertekening

Verzekerde verklaart dat de vragen op dit formulier naar waarheid zijn beantwoord. Door ondertekening van dit formulier geeft u Zorg en Zekerheid toestemming om (wanneer nodig) aanvullende informatie in te winnen bij de behandelaar.

Naam: _____ Datum: --

Handtekening aanvrager:

Plaats: _____

5. Overige informatie

Er is alleen vergoeding voor vervoer naar specifieke bestemmingen, zoals zorgverleners of instellingen waar u zorg ontvangt waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk uit de basisverzekering worden vergoed. U ontvangt geen vergoeding voor vervoer naar bestemmingen waar de kosten van de geleverde zorg vanuit uw aanvullende verzekering vergoed worden.

6. ZEM is een merk van Zorg en Zekerheid

Voor ziekenvervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage per verzekerde per kalenderjaar. Houd er rekening mee dat de kosten van ziekenvervoer ten laste komen van het wettelijk verplichte eigen risico.

Voor de volledige uitleg verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden artikel 21.3 t/m 21.6.

Daarnaast vindt u meer informatie via zorgenzekerheid.nl/vergoeding-vervoer.

Als u gebruik wilt maken van taxivervoer kunt u contact opnemen met de Vervoerslijn van Zorg en Zekerheid. De Vervoerslijn is op werkdagen van 8:30 – 17:00 bereikbaar via 071 - 582 57 00. Als u al in het bezit bent van een machtiging kunt u voor het bestellen van een taxi contact opnemen met ZCN-Totaalvervoer. Zij zijn bereikbaar op werkdagen van 7:00 – 23:00 uur via 010 - 280 81 88.

Alles ingevuld? Verstuur deze aanvraag (met de benodigde informatie) naar Zorg en Zekerheid, Postbus 428, 2300 AK LEIDEN. Graag op de envelop 'Medisch Geheim' vermelden. Aanvragen kunnen bij voorkeur verstuurd worden naar ons mailadres: machtigingen@zorgenzekerheid.nl. Wij zijn verplicht na te gaan of u ingezetene bent van Nederland. Zorg en Zekerheid hanteert de Gedragscode verwerking persoonsgegevens financiële instellingen.