

Aevitae
Postbus 2705
6401 DE Heerlen

Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

Toelichting

Met dit formulier kunt u om toestemming vragen voor zittend ziekenvervoer.

Kruis hiernaast aan of het om een eerste aanvraag of een verlenging gaat.

Vul zelf uw persoonsgegevens in en laat vervolgens uw huisarts of medisch specialist zijn/haar onderdeel invullen.

Kijk goed of alles is ingevuld en of de handtekeningen van u en uw huisarts of medisch specialist erop staan. Wij nemen namelijk alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren in behandeling. Stuur het formulier naar ons.

U krijgt daarna van ons schriftelijk een goedkeuring of afwijzing. Het adres vindt u boven- en onderaan dit formulier.

1e aanvraag

verlengingsaanvraag

Persoonsgegevens (in te vullen door verzekerde)

Naam:	Voorletter(s):	Tussenvoegsel(s):
Adres:	Huisnummer:	Toevoeging:
Postcode:	Woonplaats:	
Polisnummer:	Geboortedatum:	Burgerservicenummer:
Telefoonnummer:	E-mailadres:	

Vraag 1 t/m 8 dienen ingevuld te worden door huisarts of medisch specialist

1 Kruis hieronder aan wat van toepassing is:

Verzekerde moet nierdialyse ondergaan

Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immuuntherapie of radiotherapie ondergaan

Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer

Verzekerde is visueel gehandicapt Verzekerde kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen

Verzekerde heeft een verminderd gezichtsvermogen. De visusmeting is: Rechteroog: __ __ Linkeroog: __ __

Verzekerde heeft géén verminderd gezichtsvermogen. De diagnose is:

Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week / maand behandeld worden:

	Bestemming 1	Bestemming 2	Bestemming 3
Aantal maanden dat de behandeling gaat duren:	__ __	__ __	__ __
Aantal kilometers van huis naar behandeladres, enkele reis:	__ __ __	__ __ __	__ __ __
Gemiddeld aantal dagen dat verzekerde vervoer nodig heeft, vanwege de behandeling:	__ __ per week __ __ per maand	__ __ per week __ __ per maand	__ __ per week __ __ per maand

Verzekerde moet een transplantatie ondergaan. Hij / zij is niet de donor maar de ontvanger

2 a Waarom heeft de verzekerde vervoer nodig? Wat is de medische indicatie?

2 b Welke behandeling heeft de verzekerde nodig? Of gaat het om een controleafspraak?

3a Naar welke instelling of behandelaar moet de verzekerde vervoerd worden?

Vul hier naam, adres, postcode en vestigingsplaats van de instelling(en) in:

3b Is er sprake van vervoer van kinderen naar een (deeltijd)behandeling gecombineerd met schoolbezoek?

Ja	Nee	Zo ja, wilt u dan onderstaande tabel invullen?				
		Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag
Reguliere schooltijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandeltijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandeltijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandeltijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestaat er aanspraak op leerlingenvervoer? Ja Nee

Zo nee, waarom bestaat er geen aanspraak op leerlingenvervoer?

4 Wat is de vermoedelijke behandelperiode? Startdatum: __ __ - __ __ - __ __ __ __ Einddatum: __ __ - __ __ - __ __ __ __

5 Is de verzekerde in staat te reizen met eigen vervoer? Ja Nee

6 Is de verzekerde in staat te reizen met openbaar vervoer? Ja Nee

7 Kan de verzekerde uitsluitende gebruik maken van taxivervoer? Ja Nee

Indien "ja", graag motiveren:

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

Naar waarheid ingevuld

Naam huisarts of medisch specialist:

Postcode: Woonplaats:

AGB-code (huisarts/medisch specialist):

Datum: __ __ - __ __ - __ __ __ __

Handtekening en stempel huisarts of medisch specialist:

In te vullen door de verzekerde:

Naar waarheid ingevuld

Handtekening verzekerde: Datum: __ __ - __ __ - __ __ __ __

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar Aevitae via:

- De online omgeving (Mijn Vrielingzorgverzekering) uploaden
- Ons e-mailadres: zorgverzekering@vrieling.nl
- Ons postadres: **Aevitae**
Postbus 2705
6401 DE HEERLEN

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt Vrielingzorgverzekering 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 schriftelijk een machtiging of afwijzing.

Vrielingzorgverzekering 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, in beginsel overgaan worden tot terugvordering van het ten onrechte betaalde.