

Dit formulier moet worden ingevuld door de
verzekerde en door de arts die de verzekerde behandelt

Voor vervoer naar een deeltijdbehandeling in een AWBZ-instelling is een apart formulier op te vragen bij de afdeling Klantenservice (026) 353 53 53 of te downloaden via www.deltalloyd.nl



Gegevens aanvrager

Naam verzekerde:

Adres:

Postcode / woonplaats:

Relatienummer: Geboortedatum:

Telefoonnummer thuis: Telefoonnummer werk:

Is er sprake van een afwijkend verpleegadres, vul dan hierna het verpleegadres in.

Naam verpleeginstelling

Verpleegadres: Postcode / woonplaats:

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

Toelichting

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet 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)

1. Nierdialyse

Krijgt u een nierdialysebehandeling in een nierdialysecentrum?

ja nee

2. Vervoer naar een behandeling met chemotherapie of bestraling

Krijgt u een bestraling?

ja nee

Zo ja, op welke datum begint de bestraling?

Krijgt u chemotherapie toegediend in tabletvorm?

ja nee

Krijgt u chemotherapie toegediend via een infuus?

ja nee

Krijgt u chemotherapie toegediend via een spoeling?

ja nee

Zo ja, op welke datum begint de chemotherapie?

Hoeveel maanden duurt de behandeling in totaal?

3. Rolstoel

Bent u tijdelijk uitsluitend rolstoelafhankelijk?

ja nee

Hoelang bent u waarschijnlijk tijdelijk uitsluitend rolstoelafhankelijk?

Wanneer u **tijdelijk uitsluitend** rolstoelafhankelijk bent, vragen wij u een **kopie van de bruikleenovereenkomst van uw rolstoel** mee te sturen.

Bent u langdurig uitsluitend rolstoelafhankelijk?

ja nee

Wanneer u **langdurig uitsluitend** rolstoelafhankelijk bent, vragen wij u een **kopie van u WMO beschikking van uw (elektrische) rolstoel, of een voor uw handicap aangepaste auto** mee te sturen.



4. Beperking gezichtsvermogen

Is er sprake van een gezichtsveldbeperking? ja nee
Zo ja, geef de visuswaarde links rechts

Is er sprake van een oogoperatie? ja nee
Zo ja,
Geef de datum van het eerste consult i.v.m. de oogoperatie
Geef de datum van de oogoperatie

5. Langdurige ziekte of aandoening (Alleen invullen indien u bij vraag 1 tot en met 4 nee hebt geantwoord)

Welke ziekte of aandoening hebt u?

Hoe maanden gaat de behandeling duren?

Hoe vaak per week moet u een behandeling ondergaan?

Hoeveel kilometer enkele reis moet u reizen naar de behandeling?

6. Vervoer (ALTIJD INVULLEN!)

Wat is de eerste dag van uw 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 maand?

-
-
-

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:

.....
.....
.....

Als de patient slecht kan zien, wat is de visusmeting: OS OD

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 de Delta Lloyd Klantenservice, telefoonnummer (026) 353 53 53.