

1. Gegevens verzekerdeVoorletters en achternaam m v

Straat	Huisnummer
Postcode	Woonplaats
Geboortedatum	Relatienummer
Telefoonnummer	E-mailadres

2. Uw situatie**Kruis aan om welke reden u gebruik heeft gemaakt van vervoer**

- Nierdialyse
- Chemo-, radio- of immuuntherapie (in verband met de behandeling van kanker)
- Permanente afhankelijkheid van een rolstoel
- u bent niet in het bezit van een aangepaste auto
- de rolstoel moet verstrekt zijn vanuit de WMO, of
- u heeft een medische verklaring van een arts waaruit blijkt dat u permanent rolstoelafhankelijk bent
- Wij verzoeken u om een kopie van de WMO beschikking of de medische verklaring van uw arts mee te sturen.
- Beperkt gezichtsvermogen (<30% zicht aan het beste oog)
- Wij verzoeken u om een verklaring van uw (oog)arts mee te sturen waaruit blijkt wat de visus per oog is.
- Intensieve kindzorg (een kind jonger dan 18 jaar dat is aangewezen op permanente verzorging en verpleging vanwege een handicap of complexe lichamelijke problematiek)
- Ik doe een beroep op de hardheidsclausule * omdat ik in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig en gedurende meerdere keren per week aangewezen ben op zittend ziekenvervoer over een bepaalde afstand of met een bepaalde reistijd.

3. Uw ritten**Kruis aan van welk soort vervoer u gebruik heeft gemaakt**

- Openbaar vervoer
- Eigen vervoer

De vergoeding voor openbaar vervoer is gebaseerd op de 2e klasse, kortst gebruikelijke afstand met 9292.nl

De vergoeding voor eigen vervoer is gebaseerd op de optimale route op www.routenet.nl**Zonder een aantal documenten kunnen wij uw declaratie niet in behandeling nemen:**

- Kopie afsprakenkaart/aanwezigheidsbevestiging voorzien van stempel of handtekening van de zorgverlener
- Treinkaartjes, buskaartjes of een printje van uw reisgeschiedenis
- Een beschikking of medische verklaring indien dit gevraagd wordt bij punt 2.
- Het volledig door u ingevulde overzicht met bestemmingen, afstanden en data van uw ritten (zie achterzijde formulier).

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

Naam, postcode en plaats van bestemming	Aantal km / zones heen en terug	Datum (vermelden per rit)

Aantal meegestuurde bijlagen:

4. Ondertekening

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.

Plaats: _____ Datum: - -

Handtekening aanvrager:

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

Voor zittend ziekenvervoer geldt een wettelijke eigen bijdrage per verzekerde per kalenderjaar. Zorg en Zekerheid biedt in een aantal van haar aanvullende verzekeringen een vergoeding voor deze eigen bijdrage. Houd er rekening mee dat de kosten van zittend ziekenvervoer ten laste kunnen komen van het wettelijk verplichte en eventuele vrijwillige eigen risico. Wij storten uw eventuele vergoeding binnen 11 werkdagen na ontvangst van uw declaratie op uw rekening.

Voor de volledige uitleg verwijzen wij u naar de polisvoorwaarden artikel 21.3 t/m 21.6. Daarnaast vindt u meer informatie op de vergoedingenzoeker op onze website.

Alles ingevuld?

Verstuur deze declaratie naar Zorg en Zekerheid, Postbus 428, 2300 AK Leiden.