

U hoeft dit formulier alleen in te vullen op verzoek van een medewerker van Zorg en Zekerheid.  
Uw huisarts of behandelend arts dient deel 2 in te vullen en te ondertekenen. U vult de overige punten zelf in.

**1. Gegevens verzekerde**

Voorletters en achternaam \_\_\_\_\_  m  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 immunotherapie 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

Indien van toepassing dient een kopie van de WMO beschikking meegestuurd te worden.

- 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).

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

- Waar en wanneer was heeft de GRZ plaatsgevonden \_\_\_\_\_

- Hoe lang zal het ambulante traject naar verwachting duren \_\_\_\_\_

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

Indien 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 (indien nodig) aanvullende informatie in te winnen bij de behandelaar.

Naam: \_\_\_\_\_ Datum: --

Plaats: \_\_\_\_\_ Handtekening aanvrager: \_\_\_\_\_

### 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.

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.

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

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) 5 825 700. Indien u reeds 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) 2 808 182.

### Alles ingevuld?

Verstuur de aanvraag naar [machtigingen@zorgenzekerheid.nl](mailto:machtigingen@zorgenzekerheid.nl). Eventueel kunnen aanvragen ook per post verstuurd worden naar Zorg en Zekerheid, postbus 400, 2300 AK LEIDEN. Gelieve op de envelop 'Medisch Geheim' te vermelden.