

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

## Gegevens aanvrager

Naam verzekerde: .....

Adres: .....

Postcode / woonplaats: .....

Relatienummer: ..... Geboortedatum: .....

Telefoonnummer thuis: ..... Telefoonnummer werk: .....

**Wordt u van een ander adres dan uw woonadres vervoerd, geef dit hieronder aan:**

Verpleegadres of naam verpleeginstelling: .....

Adres: ..... Postcode / woonplaats: .....

Worden uw woonlasten betaald vanuit de AWBZ?       ja       nee

betreffend hokje aankruisen / doorhalen wat niet van toepassing is

**DOOR VERZEKERDE IN TE VULLEN (vult u a.u.b. het hele formulier in)****1. Behandeling**

Hoeveel maanden gaat de behandeling naar verwachting duren? .....

**Waar gaat het vervoer naar toe?**

Naam en volledig adres behandelaar

Hoe vaak per maand

1. ....

2. ....

**Wat is de eerste datum van uw vervoer?** . . - . - .

Van welk soort vervoer maakt u op basis van uw medische situatie gebruik?

 openbaar vervoer       eigen vervoer       taxivervoerKunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus?       ja       neeIs begeleiding noodzakelijk?       ja       nee**2. U kunt zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen****Beantwoord dan de volgende vraag:**

Wilt u aangeven welk van onderstaande hulpmiddelen u gebruikt:

 een inklapbare rolstoel       een niet-inklapbare rolstoel/elektrische rolstoel een scootmobiel       een aangepaste auto via de WMO**LET OP: Krijgt u dit hulpmiddel via de gemeente? Stuur dan éénmalig een kopie van de WMO-beschikking mee  
(zonder kopie kunnen wij uw aanvraag niet in behandeling nemen).****3. U hebt een beperkt gezichtsvermogen****Beantwoord dan de volgende vraag:**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: . . - . - . .

Is er sprake van druppels in beide ogen of injecties in het oog?       druppels beide ogen       injecties in het oog**Delta Lloyd gaat vertrouwelijk om met uw persoonlijke gegevens.**

Naar waarheid ingevuld

Naam verzekerde: ..... Datum: .....

Plaats: Handtekening verzekerde: .....

Het kan nodig zijn om medische informatie bij uw behandelaar op te vragen. Als u hier niet mee akkoord gaat, dan vragen wij u dit hier aan te geven:

 ik ga niet akkoord met het opvragen van medische informatie bij mijn behandelaar.



**DOOR ARTS IN TE VULLEN**

**4. Verzekerde behoort tot één van de volgende categorieën:**

- Verzekerde ondergaat nierdialyse
- Verzekerde krijgt oncologische behandelingen met  chemotherapie  radiotherapie
- Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer
  - Kan verzekerde een transfer maken?  ja  nee
  - Kan verzekerde staan?  ja  nee
  - Wat is de maximale loopafstand? ..... meter
  - Is te verwachten dat de mobiliteit verbetert?  ja, vanaf.....  nee
- Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen
  - Wat is de visusmeting met een correctie door de oogarts?  
OS.....OD.....
- Verzekerde moet gedurende een lange periode een aantal keren per week/maand behandeld worden.

**5. Voor het recht op zittend ziekenvervoer is de volgende medische indicatie belangrijk:**

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

**6. Als er sprake is van een deeltijdbehandeling in een GGZ-instelling, dan onderstaande vraag door de behandelend psychiater laten invullen.**

**Wilt u aangeven welke vorm van behandeling van toepassing is?**

- Er is sprake van ondersteunende begeleiding  
Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling:  
.....  
.....
- Er is sprake van geneeskundige zorg/behandeling en activerende begeleiding  
Beschrijf de verschillende onderdelen van de behandeling:  
.....  
.....



**AGB-code/BIG-inschrijfnummer (huisarts/medisch specialist/psychiater):** .....  
**of stempel:** .....

**Handtekening:** .....

**Toelichting**

Om voor vergoeding in aanmerking te komen moet u **vooraf** toestemming vragen aan Delta Lloyd. Met deze aanvraag kan Delta Lloyd bepalen of u voor een vergoeding in aanmerking komt voor zittend ziekenvervoer. Ook bepalen wij welk soort vervoer u krijgt en tijdens welke periode. Het vervoer moet gaan naar een instelling of zorgverlener waar u behandeld wordt, voor rekening van de Zorgverzekeringswet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Stuur het volledig ingevulde formulier naar Delta Lloyd.

**Alleen volledig ingevulde formulieren nemen wij in behandeling.** U ontvangt per post een akkoordverklaring van Delta Lloyd. Als uw aanvraag wordt afgewezen, hoort u dat van Delta Lloyd. Wij vragen u alle veranderingen die van invloed kunnen zijn op uw aanvraag of akkoordverklaring aan Delta Lloyd door te geven. Denk aan een tijdelijke wijziging van uw verblijfadres. Delta Lloyd voert controles uit. Als het vervoer onterecht is vergoed, vorderen wij de vergoeding terug.

Als u kiest voor een taxivervoerder zonder overeenkomst, heeft dit gevolgen voor de hoogte van uw vergoeding. Kijk op [www.deltalloyd.nl/zorgzoeker](http://www.deltalloyd.nl/zorgzoeker) 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.

