

Voor vergoeding ziekenvervoer is vooraf toestemming nodig van Nationale Nederlanden. Door onderstaand formulier in te vullen kan Nationale Nederlanden bepalen of u voor vergoeding in aanmerking komt. U kunt alleen vervoer aanvragen voor zorg die vergoed wordt uit de basisverzekering.

Gegevens van de aanvrager voor wie vervoer nodig is

Relatienummer verzekerde: _____

Naam verzekerde: _____ m v

Adres: _____

Postcode / woonplaats: _____

Geboortedatum: _____

Telefoonnummer: _____

Worden uw woonlasten betaald vanuit de Wlz? ja nee

Reden van uw aanvraag

- Ik krijg chemotherapie, immuuntherapie en/of radiotherapie in verband met oncologische behandelingen.
- Krijgt u oncologische behandelingen? Dan vergoeden wij het vervoer naar deze behandeling en tussentijdse controles vanaf de datum dat het definitieve behandelplan met u besproken is. **Vult u hier deze datum in:** _____ - _____ - _____ (dd/mm/jjjj)
De overige ritten die u maakt (bijvoorbeeld voor vooronderzoeken of operaties), beoordelen wij aan de hand van de hardheidsclausule. Op de achterzijde van dit formulier kunt u invullen hoe lang en hoe vaak u naar uw behandelaar moet (naast chemo-, radio- en/of immuuntherapie).
- Ik verplaats mij uitsluitend in een rolstoel.
- Welke afstand kunt u maximaal lopend afleggen (met hulpmiddel)? _____ meter
 - Kunt u een overstap maken van uw rolstoel naar een taxi? ja nee
 - Bent u tijdelijk afhankelijk van een rolstoel? ja nee
 - Welk hulpmiddel gebruikt u?

<input type="radio"/> geen	<input type="radio"/> inklapbare rolstoel
<input type="radio"/> niet-inklapbare rolstoel	<input type="radio"/> elektrische rolstoel
<input type="radio"/> aangepaste auto (u bestuurt deze zelf)	<input type="radio"/> aangepaste buggy via de WMO
<input type="radio"/> scootmobiel	
 - Krijgt u uw hulpmiddel via de gemeente? ja, graag kopie WMO meesturen nee
- Ik heb een visuele handicap waardoor ik mij niet zelfstandig of zonder begeleiding kan verplaatsen.
- Wat is de visuswaarde van uw rechteroog na correctie? _____ %
- Wat is de visuswaarde van uw linkeroog na correctie? _____ %
- Krijgt u injecties in uw oog? ja nee
- Zijn er andere afwijkingen die het gezichtsvermogen beperken? _____
- Ik krijg nierdialyse.
- Ik word behandeld in een verpleegkundig kinderdagverblijf.
- Ik ben orgaandonor.
- Welk orgaan doneert u? _____
- Wat is de transplantatiedatum (indien bekend)? _____ - _____ - _____ (dd/mm/jjjj)
- Ik krijg geriatrische revalidatie.
- Ik word behandeld voor een langdurige ziekte of aandoening en reis per 12 maanden meer dan 1000 km enkele reis (hardheidsclausule).
- Ik krijg GZSP-dagbehandelingen in een groep als onderdeel van een zorgprogramma (voor chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking).

Wat is uw medische indicatie? _____

Op welke datum start het vervoer naar uw behandeling? _____ - _____ - _____ (dd/mm/jjjj)

Wanneer de behandeling nog niet vast staat, kunt u geen aanvraag bij ons indienen.

Vervoer

Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer? ja nee

Bent u in staat te reizen met eigen vervoer? ja nee

Kunt u uitsluitend reizen met een taxi? ja, omdat _____ nee

Kunt u uitsluitend reizen met een rolstoelbus? ja, omdat _____ nee

Is begeleiding noodzakelijk? (voor kinderen tot 16 jaar is een begeleider altijd akkoord) ja nee

Ik word minimaal 3 dagen achter elkaar behandeld en wil graag in plaats van vergoeding voor ziekenvervoer, logeerkosten declareren.

Vertrek- en aankomstadres

Reist u van of naar meerdere locaties? U kunt per vertrekadres en aankomstadres een reistraject invullen. U hoeft alleen een enkele reis in te vullen. Voor de berekening van de vergoeding gebruiken wij de routeplanner van Routenet, snelste route. Een eventuele akkoordverklaring geldt voor de heenreis en de terugreis.

Vertrekadres	Aankomstadres
Locatie Thuis / Anders _____	Thuis / Anders: _____
Straat + huisnummer _____	_____
Postcode _____	_____
Woonplaats _____	_____

Hoeveel maanden duurt deze behandeling naar verwachting? _____ maanden per jaar

Hoe vaak per maand wordt u naar verwachting hier behandeld? _____ keer per maand

Vertrekadres	Aankomstadres
Locatie Thuis / Anders _____	Thuis / Anders: _____
Straat + huisnummer _____	_____
Postcode _____	_____
Woonplaats _____	_____

Hoeveel maanden duurt deze behandeling naar verwachting? _____ maanden per jaar

Hoe vaak per maand wordt u naar verwachting hier behandeld? _____ keer per maand

Verklaring

- Ik verklaar dat ik dit formulier naar waarheid heb ingevuld.
- Alle wijzigingen die van invloed kunnen zijn op deze aanvraag of de akkoordverklaring, geef ik vooraf door aan Nationale-Nederlanden.
- Ik weet dat Nationale-Nederlanden controles uitvoert. Ik bewaar mijn bonnen en reisoverzichten minimaal 3 jaar voor controles van mijn declaratie.
- Als het vervoer onterecht is vergoed op basis van door of namens mij verstrekte onjuiste/onvolledige gegevens, betaal ik de onterecht betaalde vergoedingen terug.

Ja ik ga akkoord met bovenstaande verklaring.

Hebt u nog zaken die van belang zijn of opmerkingen?

Handtekening
