

## Formulier Medische Verklaring Zittend Ziekenvervoer

Met dit formulier kunt u zittend ziekenvervoer aanvragen.

### Toelichting:

De huisarts of behandelend arts dient deel 1 (Verklaring van de arts) van dit formulier in te vullen en te ondertekenen. Vervolgens dient de verzekerde deel 2 (Verklaring van de verzekerde) in te vullen en het formulier ondertekend terug te sturen naar IAK. IAK beoordeelt aan de hand hiervan of de verzekerde aanspraak kan maken op zittend ziekenvervoer conform de voor hem/haar geldende regeling. Alleen volledig ingevulde en ondertekende formulieren (deel 1 en deel 2) kunnen in behandeling worden genomen.

Gegevens aanvrager (verzekerde)	
Naam	: _____ m/v Ruimte voor afdruk ponskaartje
Adres	: _____
Postcode	: _____
Woonplaats	: _____
Verzekerdenummer	: _____
Geboortedatum	: _____
Telefoonnummer	: _____

  

Verklaring van de Arts (deel 1)	
<b>1. Verzekerde behoort tot een van de volgende categorieën*)</b>	
<input type="checkbox"/> Verzekerde moet nierdialyse ondergaan	
<input type="checkbox"/> Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie of radiotherapie ondergaan	
<input type="checkbox"/> Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer	
<input type="checkbox"/> Verzekerde is jonger dan 18 jaar en aangewezen op verzorging vanwege somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap (intensieve kindzorg).	
<input type="checkbox"/> Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen	
Indien er sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de visusmeting? <b>Rechteroog</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Linkeroog</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Verzekerde moet gedurende een langere periode een aantal keren per week behandeld worden:	
Aantal maanden dat de behandeling gaat duren: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Gemiddeld aantal dagen per maand dat de behandeling plaatsvindt: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
(N.B. Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding).	
<input type="checkbox"/> Verzekerde behoort niet tot een van de bovenstaande 6 categorieën maar kan op grond van zijn/haar (aanvullende) ziektekostenverzekering bij IAK aanspraak maken op vergoeding voor zittend ziekenvervoer conform de aanvullende polisvoorwaarden.	
*) <i>Vraag 1 S.V.P. aankruisen wat van toepassing is.</i>	
<b>2. In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?</b>	
_____	
_____	
Toelichting: _____	
_____	
<b>3. Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	
Naar waarheid ingevuld	
Naam arts	: _____
Woonplaats	: _____
AGB-code	: _____ (huisarts/medisch specialist)
Datum	: _____
Handtekening arts: _____	

Verklaring van de verzekerde (deel2)

Betreft dit de 1e aanvraag  of een verlengingsaanvraag

1. Voor welke behandeling/controle/diagnose is het vervoer noodzakelijk?

\_\_\_\_\_

2. Naar welke instelling of behandelaar moet u vervoerd worden?

Naam instelling/behandelaar: \_\_\_\_\_

Plaats instelling/behandelaar: \_\_\_\_\_

3. Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt (maximaal 12)

4. Gemiddeld aantal dagen per maand dat de behandeling plaatsvindt

5. Wat is de afstand (enkele reis) tot de plaats van bestemming?

\_\_\_\_\_ in km

\_\_\_\_\_ in reistijd

6. Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

Startdatum: \_\_\_\_\_

Einddatum: \_\_\_\_\_

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

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

9. Kunt u uitsluitend gebruik maken van taxivervoer?  ja  nee

Naar waarheid ingevuld

Handtekening verzekerde:

Datum:

\_\_\_\_\_

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier opsturen naar:

IAK Volmacht B.V.  
t.a.v. Afd. Schadeservice Zorg- en Inkomensverzekeringen  
Postbus 90164  
5600 RT Eindhoven

Op basis van de gegevens op dit formulier bepaalt IAK Volmacht of er recht bestaat op vergoeding van zittend ziekenvervoer, en zo ja, voor welke wijze van vervoer en voor welke duur en frequentie. U ontvangt van IAK Volmacht schriftelijk een machtiging of afwijzing.

IAK Volmacht behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed, zal IAK Volmacht, op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, in beginsel overgaan tot terugvordering van het ten onrechte betaalde.