

Aanvraagformulier medische verklaring zittend ziekenvervoer

Met dit formulier kunt u zittend ziekenvervoer aanvragen. 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 te ondertekenen. IAK beoordeelt aan de hand van dit formulier of de verzekerde aanspraak kan maken op zittend ziekenvervoer conform de voor hem/haar geldende regeling. De vragen op dit formulier dienen volledig te worden beantwoord. Na invulling én ondertekening kunt u het formulier als bijlage in een e-mail verzenden naar **medischdienst@iak.nl** of stuur het per post naar:
IAK Verzekeringen t.a.v. de medisch adviseur, Postbus 90165 5600 RV Eindhoven.

Gegevens verzekerde

Vervoer in verband met nierdialyse of oncologische behandelingen kunt u ook telefonisch aanvragen via onze klantenservice: +31 (0)40 261 18 88 op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur.

Uw verzekerdenummer vindt u op uw zorgpolis of zorgpas. Indien u deze nog niet heeft ontvangen kunt u dit veld leeglaten. De overige persoonsgegevens dient u wel in te vullen.

Achternaam verzekeringsnemer (+ meisjesnaam, indien van toepassing)

Voorletter(s)

Tussenvoegsel(s)

Geboortedatum

Postcode

Woonplaats

Verzekerdenummer

Telefoonnummer

Ruimte voor afdruk ponskaartje.

Verklaring van de arts (deel 1)

Verzekerde behoort tot een van de volgende categorieën.

Kruis hieronder aan wat van toepassing is.

Verzekerde moet nierdialyse ondergaan.

Verzekerde moet oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie ondergaan.

Verzekerde kan zich uitsluitend met een rolstoel verplaatsen en heeft geen aangepast vervoer.

Verzekerde is jonger dan 18 jaar en aangewezen op verzorging vanwege somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap. Het gaat om intensieve kindzorg.

Verzekerde is visueel gehandicapt en kan zich niet zelfstandig of zonder begeleiding verplaatsen.

Indien er sprake is van verminderd gezichtsvermogen, wat is de visusmeting?

Rechteroog

Linkeroog

Verzekerde moet gedurende een lange periode een aantal keren per week behandeld worden*:

Aantal maanden dat de behandeling gaat duren

Gemiddeld aantal dagen per maand dat de behandeling plaatsvindt

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.

* Afhankelijk van duur, frequentie en afstand kan verzekerde mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding.

In verband met welke medische indicatie is het vervoer noodzakelijk?

Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk?

Ja Nee

Naar waarheid ingevuld

Naam arts

Woonplaats

AGB-code (huisarts/medisch specialist)

Handtekening arts:

Datum

Verklaring van de verzekerde (deel 2)

Dit betreft de eerste aanvraag.

Dit betreft een verlengingsaanvraag.

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

Naar welke instelling of behandelaar moet u vervoerd worden?

Naam instelling/behandelaar

Plaats instelling/behandelaar

Aantal maanden dat aaneengesloten behandeling plaatsvindt (maximaal 12)

Gemiddeld aantal dagen per maand dat de behandeling plaatsvindt

Wat is de afstand (enkele reis) in kilometer tot de plaats van bestemming?

Wat is de afstand (enkele reis) in reistijd tot de plaats van bestemming?

Wat is de vermoedelijke behandelperiode?

Startdatum:

Einddatum:

Bent u in staat te reizen met eigen vervoer?

Ja Nee

Bent u in staat te reizen met openbaar vervoer?

Ja Nee

Kunt u uitsluitend gebruik maken van taxivervoer?

Ja Nee

Indien ja, graag motiveren

Naar waarheid ingevuld

Handtekening verzekerde:

Datum

De vragen op dit formulier dienen volledig te worden beantwoord. Na invulling én ondertekening kunt u het formulier als bijlage in een e-mail verzenden naar **medischdienst@iak.nl** of stuur het per post naar: **IAK Verzekeringen, t.a.v. de medisch adviseur, Postbus 90165, 5600 RV 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 Verzekeringen schriftelijk een machtiging of afwijzing. IAK Verzekeringen behoudt zich het recht voor controles op het vervoer uit te voeren. Indien het vervoer ten onrechte is vergoed, zal IAK Verzekeringen, op grond van de bepalingen van het Burgerlijk Wetboek, in beginsel overgaan tot terugvordering van het ten onrechte betaalde bedrag.



IAK Verzekeringen B.V. | IAK Volmacht B.V.

Postbus 90165, 5600 RV Eindhoven
Beukenlaan 70, Eindhoven
T (040) 261 19 11, F (040) 261 12 05
iak.nl

IAK Verzekeringen B.V. KvK: 17086794
IAK Volmacht B.V. KvK: 55688616
AFM vergunning: 12007720

ZV-AF-ZZV (2018)