

## Specificatieformulier zittend ziekenvervoer

Handtekening verzekeringnemer:

Datum:

Naam verzekerde:

Geboortedatum:

Verzekerdnummer:

### Voor een snelle afhandeling dient u het volgende mee te sturen:

- een verklaring van het ziekenhuis/instelling waarop de data van uw afspraken vermeld staan
- nota van de taxivervoerder (als u met de taxi gaat)
- treinkaarten/uitdraai OV-chipkaart (als u met het openbaar vervoer gaat)

Vervoerdatum	Postcode/huisnr. vertrekadres	Postcode/huisnr. bestemming	Code vervoer*	Eigen vervoer Aantal km	Openbaar vervoer bedrag	Taxivervoer Bedrag
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€
					€	€

\* Code vervoer, vul één van onderstaande codes in. Eén regel per datum.

Omschrijving:	Eigen vervoer	Openbaar vervoer	Taxivervoer	Taxivervoer met rolstoel
Nierdialyse**	160	130	10	40
Chemo- en/of radiotherapie**	161	131	11	41
Rolstoelgebruiker	162	132	12	42
Blijven blind/slechtziend	163	133	13	43
Hardheidsclausule	164	134	18	48
Intensieve kindzorg	204	203	200	202
Vervoer vanuit de aanvullende verzekering	709	N.v.t.	19	N.v.t.

\*\* Vervoer wordt alleen vergoed op de dagen van behandeling. Consulten en onderzoeken worden niet vergoed.

**Let op: Voor vergoeding van vervoerskosten moet u eerst een machtiging aanvragen. Vraag deze machtiging aan vóór u zittend ziekenvervoer nodig hebt.**