SPECIFICATIEFORMULIER ZITTEND ZIEKENVERVOER

DSW zorgverzekeraar

Handtekening verzekeringnemer

Datum :

Naam verzekerde :

Geboortedatum :

Verzekerdennummer :

Bankrekeningnummer :

Om uw declaratie in behandeling te kunnen nemen, 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).

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

Retour Ja / Nee	Vervoerdatum	Vertrekadres Postcode + huisnummer	Bestemmingsadres Postcode + huisnummer	Code vervoer*	Eigen vervoer Aantal km Enkele reis	OV/taxivervoer Bedrag enkele reis
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€
						€

* *Code vervoer: vul één van onderstaande codes in. De code die voor u van toepassing is, is te vinden op de machtiging die u van ons hebt ontvangen. Eén regel per datum.*

Omschrijving	Eigen vervoer	Openbaar vervoer	Taxivervoer	Taxivervoer met rolstoel
Nierdialyse	160	130	10	40
Chemo-, immuno- en/of radiotherapie	161	131	11	41
Rolstoelgebruiker	162	132	12	42
Blijvend blind/slechtziend	163	133	13	43
Hardheidsclausule	164	134	18	48
Intensieve kindzorg	204	203	200	202
Geriatrische revalidatiezorg	214	211	205	208
Vervoer vanuit de aanvullende verz.	990	n.v.t	19	n.v.t.