

Aanvraagformulier Machtiging Vervoer

Met dit formulier vraagt u een machtiging aan voor vervoer.

! Zorg dat u dit document opslaat op uw computer voordat u begint met het invullen. Alleen volledig ingevulde formulieren kunnen wij in behandeling nemen.

Persoonsgegevens

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam
Klantnummer (deze vindt u op uw zorgpas)	Geboortedatum (dd-mm-jjjj)	

Behandelingsvragen

1. Waarvoor heeft u vervoer nodig (kies één van de opties):

- Ik heb nierdialyse nodig
- Ik heb oncologische behandelingen nodig (voor kanker) met chemotherapie, immuuntherapie en/of radiotherapie
- Ik heb vervoer nodig van/naar een verpleegkundig kinderdagverblijf of kindersorghuis
- Ik krijg een orgaantransplantatie (ik ben ontvanger)
- Ik krijg geriatrische revalidatiezorg (herstel voor ouderen na een behandeling in het ziekenhuis)
- Ik heb een visuele handicap. En ik kan niet zonder begeleiding bij mijn zorgverlener komen
- Visusmeting rechteroog Visusmeting linkeroog Kokerzien graden
- Ik krijg een groeps-dagbehandeling voor specifieke patiëntgroepen (GZSP)
- Overige zorg, bijvoorbeeld ziekenhuiszorg, revalidatiezorg, fysiotherapie of GGZ*
- Geef kort aan waarom u deze behandeling nodig heeft

* Let op: maakt u gebruik van ziekenhuiszorg, fysiotherapie, revalidatiezorg of GGZ? Of reist u verder dan 200km enkele reis. Dan hebben wij een verklaring nodig dat u langdurig behandeld wordt. Laat de verklaring langdurige behandeling invullen door uw zorgverlener. En stuur deze met het aanvraagformulier naar ons op.

2. Wij vervoeren u graag op de juiste manier. Bent u afhankelijk van een rolstoel?

Ja Nee

Reistrajecten

3. Voor welke reizen wilt u een machtiging voor vervoer aanvragen?

- Maak voor elke plaats waar u een behandeling krijgt een reis aan. U kunt meerdere reizen invoeren.
- Wij vragen naar uw enkele reis. Bereken het aantal kilometers via de [ANWB routeplanner](#) (snelste route).
- Uw machtiging voor vervoer geldt voor de heen- en terugreis.
- Weet u nog niet precies hoe lang uw behandeling duurt? Ga dan af op het advies van uw zorgverlener.

Reistraject 1

Van (verblijf)

Huisadres

Anders (bijv. tijdelijk adres, zorginstelling, school), namelijk:

Naar (zorgverlener)

Naam zorginstelling

Straatnaam

Huisnummer

Straatnaam

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

Postcode

Woonplaats

Hoe vaak in totaal (binnen 12 maanden)

Datum eerste reis (dd-mm-jjjj)

Verwachte datum laatste reis (dd-mm-jjjj)

Aantal kilometers enkele reis (snelste route via [ANWB Routeplanner](#))

Reistraject 2

Van (verblijf)

Huisadres

Anders (bijv. tijdelijk adres, zorginstelling, school), namelijk:

Naar (zorgverlener)

Naam zorginstelling

Straatnaam

Huisnummer

Straatnaam

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

Postcode

Woonplaats

Hoe vaak in totaal (binnen 12 maanden)

Datum eerste reis (dd-mm-jjjj)

Verwachte datum laatste reis (dd-mm-jjjj)

Aantal kilometers enkele reis (snelste route via [ANWB Routeplanner](#))

Reistraject 3

Van (verblijf)

Huisadres

Anders (bijv. tijdelijk adres, zorginstelling, school), namelijk:

Naar (zorgverlener)

Naam zorginstelling

Straatnaam

Huisnummer

Straatnaam

Huisnummer

Postcode

Woonplaats

Postcode

Woonplaats

Hoe vaak in totaal (binnen 12 maanden)

Datum eerste reis (dd-mm-jjjj)

Verwachte datum laatste reis (dd-mm-jjjj)

Aantal kilometers enkele reis (snelste route via [ANWB Routeplanner](#))

4. Heeft u nog extra informatie of aanvullingen over uw reistraject(en)? Dan kunt u deze informatie hier toevoegen:

Vervoersvragen

5. Met welk vervoer wilt u reizen? (meerdere keuzes mogelijk)

Eigen vervoer

Openbaar vervoer

Taxivervoer

6. Heeft u begeleiding nodig tijdens het vervoer?

Ja, want

Nee

7. Overige informatie

Zijn er nog zaken belangrijk die wij moeten weten voor het beoordelen van uw aanvraag?

Verklaring door verzekerde

Ik geef hiermee aan dat:

- Ik meer informatie kan geven over mijn aanvraag als UMC Zorgverzekeraar daar om vraagt
- Ik alles naar waarheid heb ingevuld en geen bijzonderheden die te maken hebben met deze aanvraag heb weggelaten
- Ik weet dat het weglaten van belangrijke feiten of een onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag kan leiden tot het vervallen van de vergoeding of het achteraf terugvragen van de vergoeding door UMC Zorgverzekeraar
- Ik ermee akkoord ga dat UMC Zorgverzekeraar de ingevulde (gezondheids)gegevens gebruikt om mijn (hulp)vraag te beantwoorden. Alles wat ik invul blijft vertrouwelijk.

Naam verzekerde

Datum (dd-mm-jjjj)

Aanvraag controleren en versturen

Het is belangrijk dat u de aanvraag goed controleert. Heeft u alles juist ingevuld? Dan hebben wij genoeg informatie om uw aanvraag te beoordelen. U ontvangt binnen 10 werkdagen een brief over de uitkomst van uw aanvraag.

Per post:

UMC Zorgverzekeraar
t.a.v. Afdeling machtigingen vervoer
Postbus 25150
5600 RS Eindhoven