

AANVRAAG VOOR LOGEERVERGOEDING



VOORWAARDEN LOGEERVERGOEDING

U kunt in aanmerking komen voor een Logeervergoeding, indien u:

- bent aangewezen op zittend ziekenvervoer;
- dit vervoer tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is;
- buiten een straal van 50 km van het ziekenhuis of behandelcentrum woont;
- de overnachting boekt bij een officiële overnachtingsaccommodatie binnen een straal van 10 km van het ziekenhuis of behandelcentrum;
- minimaal 5 dagen voor aanvang van rit de afsprakenkaart (van de betreffende behandeling) met dit aanvraagformulier ingevuld naar ons toestuurt.

Onder officiële overnachtingsaccommodaties verstaan we: hotels, motels, pensions, appartementen met hoteldiensten, ziekenhuis/behandelcentrum accommodaties en bed&breakfasts met ten minste 5 slaapplaatsen.

Mocht u gemachtigd worden voor de logeervergoeding zullen wij op restitutiebasis uw nota vergoeden, tot maximaal € 82.00 per nacht. Let op: deze vergoeding komt in plaats van een vergoeding voor het gebruik van het zittend ziekenvervoer. Onvolledige aanvragen worden niet in behandeling genomen.

AANVRAAG LOGEERVERGOEDING *

Verzekernummer : _____
Naam locatie : _____
Soort overnachting accommodatie : _____
Postcode en huisnummer logeeradres : _____
Ingangsdatum overnachting : ____ - ____ - _____ Einddatum overnachting : ____ - ____ - _____

Berekende afstand in kilometers enkele reis volgens de snelste route van het thuisadres naar het ziekenhuis of behandelcentrum, géén rekening houdend met het actuele verkeer, met behulp van de routediensten van Google : ____ (Minimaal 50 km)

Berekende afstand in kilometers enkele reis volgens de snelste route van het logeeradres naar het ziekenhuis of behandelcentrum, géén rekening houdend met het actuele verkeer, met behulp van de routediensten van Google : ____ (<10 km)

WAAROM WILT U GEBRUIKMAKEN VAN EEN LOGEERVERGOEDING? (verplicht invullen)

** Vergeet niet uw afsprakenkaart van het ziekenhuis en behandelcentrum mee te sturen (verplicht)*

AANVRAAG VERVOER NAAR/VAN HET ZIEKENHUIS OF BEHANDELCENTRUM

U dient alleen het onderstaande in te vullen indien u gebruik wil maken van een vergoeding van het vervoer van de thuissituatie naar het ziekenhuis of behandelcentrum. Let op: Het vervoer van/naar het logeeradres van/naar het ziekenhuis of behandelcentrum komt niet voor vergoeding in aanmerking.

Soort vervoer

Openbaar vervoer Eigen vervoer Taxi Rolstoeltaxi Overig, namelijk _____

Is voor het vervoer begeleiding van de verzekerde noodzakelijk? Ja Nee

Handtekening verzekeringnemer _____