

# Bindend advies

## Geschillencommissie Zorgverzekeringen

mr. drs. J.W. Heringa, mr. J.J.M. Linders en mr. S.M.L.M. Schneiders-Spoor

Zaaknummer: 202501873

## Partijen

A te B, hierna te noemen: verzoeker,

en

- 1) CZ Zorgverzekeringen N.V. te Tilburg, en
  - 2) OWM CZ groep U.A. te Tilburg,
- hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

## 1. Verloop van de procedure

- 1.1. Verzoeker heeft in een telefoongesprek op 9 januari 2026 de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) gevraagd een uitspraak te doen. Dit is diezelfde dag schriftelijk aan hem bevestigd. Op 14 januari 2026 was het dossier gereed voor inhoudelijke behandeling.
- 1.2. Bij brief van 24 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt aan de commissie uiteengezet. Een kopie van deze brief is op 26 maart 2026 aan verzoeker gestuurd.
- 1.3. Verzoeker en de ziektekostenverzekeraar zijn op 20 mei 2026 door de commissie gehoord. Van de zitting zijn aantekeningen gemaakt die ter kennisname aan partijen zijn gestuurd.

## 2. Vaststaande feiten

- 2.1. Verzoeker was in 2025 bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgvariatiepolis (combinatie) (hierna: de zorgverzekering) en de aanvullende ziektekostenverzekeringen NS SPF Top en NS Tandarts (hierna samen: de aanvullende ziektekostenverzekering). De aanvullende ziektekostenverzekering is niet in geschil en blijft daarom verder onbesproken.
- 2.2. Verzoeker heeft op 13 augustus 2025 bij de ziektekostenverzekeraar een aanvraag ingediend voor zittend ziekenvervoer. Op 14 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar hiervoor een akkoordverklaring gegeven. Bij brief van 25 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar een akkoordverklaring afgegeven voor een wijziging naar onder meer taxivervoer in verband met chemo- of radiotherapie in de periode van 8 augustus 2025 tot en met 7 februari 2026.
- 2.3. In de periode van 4 augustus 2025 tot en met 29 december 2025 heeft verzoeker gebruik gemaakt van taxivervoer. De kosten hiervan zijn bij de ziektekostenverzekeraar gedeclareerd. Op 28 augustus 2025 is door verzoeker voor het eerst een declaratie bij de ziektekostenverzekeraar ingediend voor vervoer op 4, 5 en 8 augustus 2025.

- 2.4. Bij brief van eveneens 28 augustus 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoeker meegedeeld dat de kosten van het op 4, 5 en 8 augustus 2025 plaatsgevonden vervoer niet worden vergoed.
- 2.5. Verzoeker heeft de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van de afwijzende beslissing gevraagd. Bij e-mailbericht van 4 november 2025 heeft de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt nader toegelicht. Vervolgens hebben partijen hierover telefonisch gesproken, waarbij de ziektekostenverzekeraar zijn standpunt bij e-mailberichten van 13 november 2025 en 4 december 2025 aan verzoeker heeft bevestigd.

### 3. Standpunt verzoeker

- 3.1. Verzoeker heeft aan de commissie verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de kosten van het zittend ziekenvervoer in de periode 4 augustus 2025 tot en met 5 februari 2026 volledig te vergoeden ten laste van de zorgverzekering.
- 3.2. Bij brief van 17 september 2025, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, heeft verzoeker toegelicht dat het ziekenvervoer is verricht door een niet-gecontracteerd vervoersbedrijf. Dit bedrijf rijdt volgens de algemene voorwaarden voor taxivervoer van het Koninklijk Nederlands Vervoer. De vervoerder maakt veel ritten naar het ziekenhuis waar verzoeker wordt behandeld. Toen verzoeker voor het eerst een paar dagen verlof kreeg, heeft hij bij de receptie bij de hoofdingang gevraagd om een taxi voor ziekenvervoer. Het niet-gecontracteerde vervoersbedrijf in kwestie heeft verzoeker toen naar huis gebracht. De taxichauffeur gedroeg zich netjes en correct.
- 3.3. Als verzoeker zich om 8.00 uur 's ochtends moet melden in het ziekenhuis voor een dagbehandeling, staat het taxibedrijf al om 6.30 uur voor de deur om hem veilig naar het ziekenhuis brengen. Op 26 augustus 2025 heeft het vervoersbedrijf verzoeker naar de apotheek van het ziekenhuis gebracht om geneesmiddelen op te halen. Het vervoersbedrijf heeft toen ook op hem gewacht en hem weer naar huis gebracht. Het vervoersbedrijf heeft hiervoor geen extra kosten gerekend. Als verzoeker gebruik had gemaakt van een gecontracteerd vervoersbedrijf was er niet op hem gewacht.
- 3.4. Verder geldt dat verzoeker geen gebruik kan maken van een deeltaxi. Als er andere passagiers worden meegenomen, duurt de rit langer dan de gebruikelijke duur van één uur en tien minuten. Door de leukemie en chemobehandelingen kan verzoeker dit er niet bij hebben. Er is dan ook een hardheidsclausule van toepassing.
- 3.5. Ter zitting heeft verzoeker gesteld dat hij een combinatiepolis heeft. Dit betekent dat hij niet verplicht is om gebruik te maken van een door de ziektekostenverzekeraar gecontracteerde vervoerder en dat aanspraak bestaat op een vergoeding van 60 tot 80 procent. Verzoeker is bij de vervoerder in kwestie terechtgekomen omdat hij bij de receptie van het ziekenhuis heeft gevraagd naar een taxibedrijf. Dit bedrijf kwam hem ophalen en verzoeker was tevreden over de service. Het taxibedrijf is aangesloten bij het Koninklijk Nederlands Vervoer en verzorgt ook vervoer bij calamiteiten. Dit bedrijf doet niet onder aan bedrijven met een TX-keurmerk. Op enig moment heeft de ziektekostenverzekeraar een bedrag van € 146,40 uitgekeerd. Hierover is contact opgenomen met de ziektekostenverzekeraar. Er waren namelijk vragen over de totstandkoming van de hoogte van de vergoeding. Volgens de ziektekostenverzekeraar is deze declaratie vergoed op grond van eigen vervoer, maar dat stond er niet. Het betrof een vergoeding voor een taxicentrale en dat stond er ook. Hierover is enige tijd gediscussieerd met de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar heeft toen twee telefoonnummers gegeven van vervoerders met het TX-keurmerk. Van het eerste bedrijf was het telefoonnummer afgesloten en het tweede bedrijf gaf aan niets met de ziektekostenverzekeraar te maken te hebben. Toen dit aan de ziektekostenverzekeraar werd meegedeeld, was de reactie dat het zoeken van een vervoerder de

verantwoordelijkheid was van een verzekerde zelf. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar uitgelegd wanneer aanspraak bestaat op solovervoer, maar hierover is nooit eerder gesproken. Ten aanzien van eventueel solovervoer geldt dat als een patiënt in isolatie zit, deze met een ambulance wordt vervoerd en niet met een taxi. Er is een bedrag van € 6.666,-- niet vergoed door de ziektekostenverzekeraar. Het is niet mogelijk om de kosten zelf te dragen. Desgevraagd heeft verzoeker verklaard dat hij geen vervoerder met TX-keurmerk heeft geprobeerd. Verder geldt dat een vervoerder met TX-keurmerk werkt met deelvervoer. Dit is voor verzoeker niet mogelijk, gelet op zijn kwetsbare gezondheidssituatie. Het is al niet mogelijk om spontaan bezoek te ontvangen, laat staan gebruik te maken van deelvervoer. Er moet altijd rekening worden gehouden met de gezondheid.

#### **4. Standpunt ziektekostenverzekeraar**

- 4.1. De ziektekostenverzekeraar heeft verklaard dat geen aanspraak bestaat op een hogere vergoeding dan het reeds uitgekeerde bedrag van € 283,60. Ter onderbouwing hiervan heeft de ziektekostenverzekeraar bij e-mailbericht van 4 november 2025 toegelicht dat een groot deel van de ritten is uitgevoerd door een niet-gecontracteerd vervoersbedrijf dat niet beschikt over een TX-keurmerk. Dit keurmerk is een vereiste vanuit de zorgverzekering.
- 4.2. Bij brief van 24 maart 2026 heeft de ziektekostenverzekeraar gesteld dat in artikel B.18.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat uitsluitend vervoer door een erkende taxivervoerder met TX-keurmerk en de vereiste vergunning voor vergoeding in aanmerking komt. Verzoeker heeft gebruik gemaakt van een taxivervoerder zonder TX-keurmerk. Voor zover de gedeclareerde reiskosten betrekking hebben op ritten met deze vervoerder, komen deze op grond van de voorwaarden van de zorgverzekering niet voor vergoeding in aanmerking. Als zorgverzekeraar is de ziektekostenverzekeraar gerechtigd kwaliteitseisen te stellen aan de te vergoeden zorg. Het vereiste van een TX-keurmerk is als zodanig expliciet opgenomen in de voorwaarden van de zorgverzekering. Deze voorwaarden worden jaarlijks aan de verzekerden beschikbaar gesteld via de persoonlijke MijnCZ-omgeving. Daarnaast wordt het vereiste van een TX-keurmerk bij niet-gecontracteerde taxivervoerders vermeld op de website, en is het ook opgenomen in de toestemmingsverklaring van 25 augustus 2025. Het vereiste van een TX-keurmerk is op voorhand voldoende duidelijk richting verzoeker gecommuniceerd. De ziektekostenverzekeraar ziet dan ook geen reden om aan te nemen dat hij niet van dit vereiste op de hoogte was of had kunnen zijn.
- 4.3. Voorts geldt dat slechts aanspraak bestaat op vergoeding van doelmatige zorg, zoals onder meer volgt uit artikel A.3 van de voorwaarden van de zorgverzekering. In dat kader hanteert de ziektekostenverzekeraar als uitgangspunt dat taxivervoer, waar mogelijk, wordt gecombineerd met vervoer van andere verzekerden. Indien het combinatievervoer het tijdig en verantwoord vervoer belemmert, kan een verzekerde zijn aangewezen op zogenoemd solovervoer. Voor een dergelijke indicatie is evenwel vereist dat deze vooraf wordt aangevraagd en medisch wordt onderbouwd. In het onderhavige geval is een indicatie voor solovervoer niet gesteld en ook niet gebleken. Evenmin is hierover vooraf contact opgenomen, zodat de ziektekostenverzekeraar geen beoordeling daarvan heeft kunnen uitvoeren. Volgens het beleid van de ziektekostenverzekeraar kan een indicatie voor solovervoer aan de orde zijn indien een verzekerde, zowel thuis als in het ziekenhuis, aantoonbaar moet worden geïsoleerd. Een dergelijke onderbouwing ontbreekt in het dossier. Gelet hierop is de ziektekostenverzekeraar van oordeel dat het vervoer, voor zover dit solovervoer betrof, niet kan worden aangemerkt als doelmatige zorg. Reeds om die reden bestaat geen recht op vergoeding.
- 4.4. Verder heeft de ziektekostenverzekeraar verklaard dat hij geen aanleiding ziet om uit coulance alsnog een gedeeltelijke vergoeding toe te kennen.

4.5. Ter zitting heeft de ziektekostenverzekeraar aangevoerd dat partijen gebonden zijn aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Zo is in artikel B.18.2. bepaald dat als een verzekerde kiest voor een taxivervoerder, de taxivervoerder op zijn minst het TX-keurmerk moet hebben. Bij een combinatiepolis mogen eigen keuzes worden gemaakt, maar dat betekent niet dat er geen voorwaarden kunnen gelden zoals kwaliteitseisen. Als er niet wordt voldaan aan gestelde voorwaarden, komt de zorg niet voor vergoeding in aanmerking. Ook in de akkoordverklaring is opgenomen dat een niet-gecontracteerd vervoersbedrijf een keurmerk moet hebben. Verder geldt dat het uitgangspunt bij gecontracteerd vervoer is dat ritten worden gecombineerd. Dit is goedkoper voor de ziektekostenverzekeraar. Solovervoer is mogelijk, maar dan moet een verzekerde daarop zijn aangewezen. Hiervoor is een medische verklaring nodig. Er bestaat aanspraak op solovervoer in uitzonderlijke situaties. Dit moet ook worden aangevraagd en beoordeeld. Een dergelijke aanvraag is niet gedaan.

Verzoeker heeft een fijne ervaring gehad met zijn taxivervoerder. Het is begrijpelijk dat een verzekerde een band opbouwt met een chauffeur, maar dit betekent niet dat aan de voorwaarden voorbij kan worden gegaan. Er is in dit geval geen reden om af te wijken van de voorwaarden van de zorgverzekering. Er is ook geen sprake van onduidelijkheid of miscommunicatie. Ten aanzien van de declaratie van € 146,40 geldt dat deze kosten zijn vergoed. Daarover zou geen geschil meer moeten bestaan.

Het TX-keurmerk garandeert een bepaalde kwaliteit voor bijvoorbeeld vervoer en onderhoud. Daarbij is ook van belang dat deze vervoerders een geschillenregeling hebben. Deze voorwaarde geldt ook voor gecontracteerde vervoerders.

De ziektekostenverzekeraar heeft niet kunnen terugvinden dat de vervoerder in kwestie is aangesloten bij het Koninklijk Nederlands Vervoer. Eigenlijk is dit ook niet relevant. Het moet gaan om het TX-keurmerk. Op de website van het TX-keurmerk kan worden gezocht naar vervoerders. Dat een ziekenhuis gebruik maakt van een bepaalde vervoerder, doet niet af aan de voorwaarden van de zorgverzekering. Die blijven van toepassing. De zorgverzekeraar heeft zelf ook afspraken met zijn gecontracteerde vervoerders en het is lastig aan hen uit te leggen dat het keurmerk voor niet-gecontracteerde vervoerders niet geldt. Bij hoge uitzondering kan in een enkele situatie misschien worden voorbijgegaan aan de kwaliteitseisen, maar dat is hier niet aan de orde. Er is gekozen voor een vervoerder die niet voldoet aan de voorwaarden. Na afwijzing is bewust gekozen om het vervoer voort te zetten. Dat is misschien wel begrijpelijk, maar ook een bewuste keuze. Onder die omstandigheden vindt de ziektekostenverzekeraar coulancevergoeding niet passend. Hij ziet niet in waar hij iets verkeerd heeft gedaan.

Als kwetsbaarheid speelde, had dat moeten worden aangevraagd zodat daarover uitsluitel kon worden gegeven. Dit is niet gebeurd. Als het niet lukt om een vervoerder met TX-keurmerk te vinden, had daarover contact kunnen worden opgenomen. In dit geval is ervoor gekozen om verder te gaan met een vervoerder waarvan men wist dat deze niet voldeed aan de voorwaarden.

## 5. Bevoegdheid van de commissie

- 5.1. De commissie is bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover bindend advies uit te brengen. Dit blijkt uit artikel A.22. van de voorwaarden van de zorgverzekering.
- 5.2. De commissie stelt vast dat beide partijen ermee hebben ingestemd dat de commissie uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

## 6. Beoordeling

- 6.1. De relevante bepalingen uit de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv) over zittend ziekenvervoer zijn vermeld in de bijlage bij dit bindend advies. Verder zijn hierin de toepasselijke verzekeringsvoorwaarden opgenomen. De bijlage maakt deel uit van het bindend advies.

- 6.2. De zorgverzekering biedt dekking voor zittend ziekenvervoer. Dit blijkt uit hetgeen is beschreven in artikel B.18.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering. Hetgeen hier is beschreven is gebaseerd op de artikelen 2.13 en 2.14 Bzv. Tussen partijen is niet in geschil dat verzoeker in de periode van 8 augustus 2025 tot en met 7 februari 2026 aanspraak had op zittend ziekenvervoer (eigen vervoer, taxivervoer of openbaar vervoer) vanwege chemo- of radiotherapie. Wat hen verdeeld houdt, is het antwoord op de vraag of de vervoerskosten die verzoeker heeft gemaakt in de periode van 4 augustus 2025 tot en met 5 februari 2026 volledig moeten worden vergoed ten laste van de zorgverzekering.
- 6.3. Verzoeker heeft bij de ziektekostenverzekeraar kosten van zittend ziekenvervoer door een niet-gecontracteerd vervoersbedrijf gedeclareerd. Een deel van deze kosten, is door de ziektekostenverzekeraar vergoed, omdat deze ritten, al dan niet terecht, door de ziektekostenverzekeraar zijn aangemerkt als eigen vervoer. Hierover zal de commissie dan ook geen beslissing nemen. Ten aanzien van het resterende bedrag van € 6.666,-- geldt dat op vergoeding hiervan volgens de ziektekostenverzekeraar geen aanspraak bestaat, omdat deze ritten zijn uitgevoerd door een niet-gecontracteerde taxivervoerder zonder TX-keurmerk. De commissie overweegt als volgt.
- 6.4. In artikel B.18.2. van de voorwaarden van de zorgverzekering is bepaald dat een verzekerde voor vervoer per taxi terecht kan bij een erkende taxivervoerder met TX-keurmerk en met de juiste vergunning. Tussen partijen is niet in geschil dat het door verzoeker gekozen vervoersbedrijf niet voldoet aan deze voorwaarden. Dit betekent dat de ziektekostenverzekeraar vergoeding terecht heeft geweigerd. Het feit dat verzoeker zeer tevreden is over de dienstverlening door het niet-gecontracteerde vervoersbedrijf en dat het door verzoeker gekozen vervoersbedrijf is aangesloten bij het Koninklijk Nederlands Vervoer maakt dit niet anders. Aangezien de ziektekostenverzekeraar vergoeding reeds op deze grond terecht heeft geweigerd, kan hetgeen partijen hebben aangevoerd over de mogelijkheid tot solovervoer en de doelmatigheid daarvan in de situatie van verzoeker verder onbesproken blijven.

#### *Slotsom*

- 6.5. Dit leidt tot de navolgende beslissing.

### **7. Bindend advies**

- 7.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 10 juni 2026,

J.W. Heringa

## **Informatie voor partijen**

*Staat in de uitspraak een schrijffout, rekenfout of andere duidelijke vergissing? Dan kan elke partij de geschillencommissie vragen om dit te verbeteren. Dat moet gebeuren binnen tien dagen na de verzending van de uitspraak. De beslissing van de geschillencommissie kan niet ter discussie worden gesteld.*

*Binnen één jaar na de verzending van de uitspraak kan elke partij de rechter vragen om de uitspraak te vernietigen. Dit kan alleen als er sprake is van beperkte in de wet aangegeven gronden. Een en ander is geregeld in artikel 7:904 BW.*

## **BIJLAGE – Relevante bepalingen**

1. Wetgeving
2. Voorwaarden zorgverzekering

---

# Zorgverzekeringswet

---

## Artikel 10

Het krachtens de zorgverzekering te verzekeren risico is de behoefte aan:

- a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden;
- b. mondzorg;
- c. farmaceutische zorg;
- d. hulpmiddelenzorg;
- e. verpleging;
- f. verzorging, waaronder de kraamzorg;
- g. verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- h. vervoer in verband met het ontvangen van zorg of diensten als bedoeld in de onderdelen a tot en met g, dan wel in verband met een recht op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

## Artikel 11

1. De zorgverzekeraar heeft jegens zijn verzekerden een zorgplicht die zodanig wordt vormgegeven, dat de verzekerde bij wie het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht heeft op prestaties bestaande uit:
  - a. de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft, of
  - b. vergoeding van de kosten van deze zorg of overige diensten alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten.
2. In de zorgverzekering kunnen combinaties van verzekerde prestaties als bedoeld in het eerste lid, onderdeel a of b, worden opgenomen.
3. Bij algemene maatregel van bestuur worden de inhoud en omvang van de in het eerste lid bedoelde prestaties nader geregeld en kan voor bij die maatregel aan te wijzen vormen van zorg of overige diensten worden bepaald dat een deel van de kosten voor rekening van de verzekerde komt.
4. In de algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat bij ministeriële regeling:
  - a. vormen van zorg of overige diensten kunnen worden uitgezonderd van de in het eerste lid bedoelde of in de maatregel nader omschreven prestaties;
  - b. de inhoud en omvang van de prestaties bestaande uit zorg als bedoeld in artikel 10, onderdelen a, c en d, nader wordt geregeld;
  - c. nadere regels kunnen worden gesteld over het deel van de kosten dat voor rekening van de verzekerde komt.
5. Een zorgverzekeraar kan modelovereenkomsten aanbieden waarin, in geringe afwijking van het bepaalde bij of krachtens het eerste en derde lid, bepaalde om ethische of levensbeschouwelijke redenen controversiële prestaties buiten de dekking van de zorgverzekering blijven.

---

## Besluit zorgverzekering

---

### Artikel 2.1

1. De zorg en overige diensten, bedoeld in artikel 11, eerste lid, onderdeel a, van de wet omvatten de vormen van zorg of diensten die naar inhoud en omvang zijn omschreven in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, met uitzondering van vormen van zorg of diensten die voor de verzekerden kunnen worden bekostigd op grond van een wettelijk voorschrift.
2. De inhoud en omvang van de vormen van zorg of diensten worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk en, bij ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten.
3. Onverminderd hetgeen is bepaald in de artikelen 2.4 tot en met 2.15, heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.
4. Onder de zorg en overige diensten, bedoeld in het eerste lid, valt niet forensische zorg als bedoeld in artikel 1.1, tweede lid, van de Wet forensische zorg of forensische zorg als aangemerkt in of krachtens een algemene maatregel van bestuur.
5. In afwijking van het tweede lid vallen onder de zorg en overige diensten, bedoeld in de artikelen 2.4, 2.6, 2.8 of 2.9, ook de zorg en diensten die bij ministeriële regeling zijn aangewezen onder de daarbij geregelde voorwaarden en gedurende een daarbij aan te geven termijn van maximaal veertien jaar, voor zover er sprake is van verantwoorde zorg en diensten.

### Artikel 2.13

1. Vervoer omvat ziekenvervoer per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, van de verzekerde over een afstand van maximaal 200 kilometer:
  - a. naar een persoon bij wie of een instelling waarin hij zorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste van de zorgverzekering komen;
  - b. naar een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg zal gaan verblijven;
  - c. naar een persoon bij wie of een instelling waarin een verzekerde jonger dan achttien jaar geestelijke gezondheidszorg zal ontvangen waarvan de kosten geheel of gedeeltelijk ten laste komen van het krachtens de Jeugdwet verantwoordelijke college van burgemeester en wethouders;
  - d. vanuit een instelling, bedoeld in onderdeel b, naar:
    - 1°. een persoon bij wie of een instelling waarin hij geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg een onderzoek of een behandeling zal ondergaan;
    - 2°. een persoon of instelling voor het aanmeten en passen van een prothese die geheel of gedeeltelijk ten laste van de verzekering als bedoeld in de Wet langdurige zorg wordt verstrekt;
  - e. naar zijn woning of een andere woning, indien hij in zijn woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kan krijgen, indien hij komt van een van de personen of instellingen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d.
2. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.

## Artikel 2.14

1. Het vervoer omvat tevens ziekenvervoer per auto, anders dan per motorvoertuig als bedoeld in artikel 1, eerste lid, van de Wet ambulancezorgvoorzieningen, dan wel uit vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer van en naar een persoon of instelling als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdelen a, b of d, of een woning als bedoeld in artikel 2.13, eerste lid, onderdeel e, over een enkele reisafstand van maximaal 200 kilometer voor zover:
  - a. de verzekerde nierdialyses moet ondergaan;
  - b. de verzekerde oncologische behandelingen met chemotherapie, immunotherapie of radiotherapie moet ondergaan;
  - c. de verzekerde zich uitsluitend met een rolstoel kan verplaatsen;
  - d. het gezichtsvermogen van de verzekerde zodanig is beperkt dat hij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen;
  - e. de verzekerde jonger is dan achttien jaar en vanwege complexe somatische problematiek of vanwege een lichamelijke handicap is aangewezen op verpleging en verzorging, waarbij sprake is van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van vierentwintig uur per dag van zorg in de nabijheid;
  - f. de verzekerde is aangewezen op geriatrische revalidatie als bedoeld in artikel 2.5c;
  - g. de verzekerde is aangewezen op dagbehandeling die in een groep wordt verleend en die onderdeel is van een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of in verband met een verstandelijke beperking.
2. Indien het vervoer, bedoeld in het eerste lid, vervoer met een particuliere auto betreft, bedraagt de vergoeding een bij ministeriële regeling te bepalen bedrag per kilometer.
3. In afwijking van het eerste lid, onderdelen a tot en met e, omvat vervoer ook vervoer in andere gevallen, indien de verzekerde in verband met de behandeling van een langdurige ziekte of aandoening langdurig is aangewezen op vervoer en het niet verstrekken of vergoeden van dat vervoer voor de verzekerde zal leiden tot een onbillijkheid van overwegende aard.
4. Indien de zorgverzekeraar een verzekerde toestemming geeft zich te wenden tot een bepaalde persoon of instelling, geldt de beperking van 200 kilometer niet.
5. Het vervoer, bedoeld in het eerste lid, onderdelen a en b, en het derde lid, omvat mede het vervoer naar consulten, onderzoek en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
6. Indien een verzekerde is aangewezen op vervoer als bedoeld in het eerste of derde lid, en dit vervoer op tenminste drie achtereenvolgende dagen nodig is, kan de zorgverzekeraar op verzoek van de verzekerde een bij ministeriële regeling te bepalen vergoeding voor kosten van logeren verstrekken die gedeeltelijk in de plaats komt van een vergoeding voor kosten van vervoer.

### **Wat krijgt u niet vergoed?**

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

## **Vervoer**

### **Waar bent u voor verzekerd vanuit uw basisverzekering?**

**Vervoer per auto (artikel B.18.2.), vervoer per taxi (artikel B.18.2.), vervoer per openbaar vervoer 2e klasse (artikel B.18.2.), vervoer per ander vervoermiddel (artikel B.18.2.), logeerkosten (artikel B.18.2.)**

#### **Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Ziekenvervoer per auto  
Deze zorg omvat:
  - ziekenvervoer met auto over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
  - vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per taxi  
Deze zorg omvat:
  - ziekenvervoer met taxi over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
  - vervoer begeleider (in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders) of hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per openbaar vervoer  
Deze zorg omvat:
  - ziekenvervoer met openbaar vervoer (2e klasse) over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
  - vervoer begeleider, in uitzonderlijke gevallen 2 begeleiders, hulp- of blindengeleidehonden.
- Ziekenvervoer per ander vervoer  
Ziekenvervoer met een ander vervoermiddel over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis, als vervoer door middel van de auto, openbaar vervoer (in de laagste klasse) of een taxi niet mogelijk is.
- Logeren in plaats van vervoer

#### **Wat is uw vergoeding?**

- U kunt kiezen uit één van de volgende vergoedingen:
  1. Vergoeding van € 0,40 maximaal, per kilometer voor vervoer per auto en Vergoeding van 100% voor vervoer per taxi en Vergoeding van 100% voor vervoer per openbaar vervoer 2e klasse en Vergoeding van 100% voor vervoer per ander vervoermiddel.
  2. Vergoeding van € 91,- maximaal, per nacht voor logeerkosten.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

#### **Voorwaarden voor vervoer per auto (artikel B.18.2.)**

##### **Wat betaalt u zelf?**

- Wettelijke eigen bijdrage € 126,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

##### **Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?**

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U ondergaat nierdialyse.  
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die betrekking hebben op deze behandeling vanaf het bespreken van het definitieve behandelplan tot het stoppen van de behandeling.

- U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker. Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
- U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
- Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
- U heeft geriatrische revalidatiezorg nodig.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
- U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.  
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
- U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.  
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
- De hardheidsclausule is van toepassing.  
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
- Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
- De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
- Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
- Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

### **Wat zijn de voorwaarden?**

- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
  - een zorgverlener; of
  - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
  - uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar
- We gebruiken Routenet bij het berekenen van de ritlengte  
Wij gaan uit van de meest recente versie van deze routeplanner. We berekenen de snelste route van postcode naar postcode. We maken gebruik van de gebruikelijke wijze van afronding.
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
  - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
  - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;

- u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

### **Heeft u een akkoordverklaring nodig?**

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

### **Wat krijgt u niet vergoed?**

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Huurkosten van een huurauto
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden  
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling  
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

### **Voorwaarden voor vervoer per taxi (artikel B.18.2.)**

#### **Wat betaalt u zelf?**

- Wettelijke eigen bijdrage € 126,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

#### **Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?**

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U ondergaat nierdialyse.  
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die betrekking hebben op deze behandeling vanaf het bespreken van het definitieve behandelplan tot het stoppen van de behandeling.
  - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie tegen kanker.  
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
  - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
  - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
  - U heeft geriatrische revalidatiezorg nodig.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
  - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.  
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
  - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.  
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

- De hardheidsclausule is van toepassing.  
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
- Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
- De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
- Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
- Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

### **Wat zijn de voorwaarden?**

- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
  - een zorgverlener; of
  - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
  - uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- U kunt bij vervoer met taxi met meerdere verzekerden tegelijk worden vervoerd vanwege de doelmatigheid
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
  - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
  - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
  - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

### **Heeft u een akkoordverklaring nodig?**

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

### **Waar kunt u terecht voor deze zorg?**

- Erkende taxivervoerder met TX-keurmerk en met de juiste vergunning.

### **Wat krijgt u niet vergoed?**

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden  
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.

- Vervoer tussen uw logeerafres en de plaats van behandeling  
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeerafres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeerafres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

### **Voorwaarden voor vervoer per openbaar vervoer 2e klasse (artikel B.18.2.)**

#### **Wat betaalt u zelf?**

- Wettelijke eigen bijdrage € 126,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

#### **Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?**

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U ondergaat nierdialyse.  
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die betrekking hebben op deze behandeling vanaf het bespreken van het definitieve behandelplan tot het stoppen van de behandeling.
  - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.  
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
  - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
  - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
  - U heeft geriatrische revalidatiezorg nodig.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
  - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.  
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
  - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.  
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
  - De hardheidsclausule is van toepassing.  
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
  - Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
  - De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
  - Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
  - Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

#### **Wat zijn de voorwaarden?**

- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
  - een zorgverlener; of
  - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
  - uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.

- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
  - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
  - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
  - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

#### **Heeft u een akkoordverklaring nodig?**

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

#### **Wat krijgt u niet vergoed?**

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden  
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling  
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

#### **Voorwaarden voor vervoer per ander vervoermiddel (artikel B.18.2.)**

##### **Wat betaalt u zelf?**

- Wettelijke eigen bijdrage € 126,- per kalenderjaar voor alle ziekenvervoer samen
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

##### **Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?**

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U ondergaat nierdialyse.  
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die betrekking hebben op deze behandeling vanaf het bespreken van het definitieve behandelplan tot het stoppen van de behandeling.
  - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immuuntherapie tegen kanker.  
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
  - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.

- Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
- U heeft geriatrische revalidatiezorg nodig.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
- U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.  
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
- U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.  
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
- De hardheidsclausule is van toepassing.  
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
- Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
- De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
- Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
- Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

#### **Wat zijn de voorwaarden?**

- Het gaat om een heenrit naar en terugrit van:
  - een zorgverlener; of
  - een instelling waar u behandeld en/of verpleegd wordt; of
  - uw wettelijk woonadres of een andere woning als u op uw wettelijk woonadres niet de nodige verzorging kunt krijgen. Dit geldt ook voor ziekenvervoer bij een tijdelijk verblijf in het buitenland in het kader van een behandeling.
- Bij nierdialyse of chemo-, radio- of immuuntherapie tegen kanker, dan bent u alleen verzekerd voor het ziekenvervoer van en naar de plaats waar u de nierdialyse, chemo-, radio- of immuuntherapie ondergaat
- Wij beoordelen of u gebruik kunt maken van openbaar vervoer, eigen vervoer of taxivervoer, omdat de te verlenen zorg doelmatig moet zijn
- Bij begeleiding moet het vervoer van begeleiding medisch noodzakelijk zijn, of de verzekerde die wordt begeleid moet jonger zijn dan 16 jaar
- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- In al deze situaties geldt de wettelijke eigen bijdrage voor het vervoer niet:
  - U bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Wlz of Zvw instelling voor een opname met medisch-specialistische zorg. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren;
  - u bent opgenomen in een Wlz of Zvw instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere Zvw instelling of zorgverlener voor medisch specialistische zorg zonder opname. Dit is nodig omdat de instelling waarin u bent opgenomen de medisch-specialistische zorg niet kan leveren. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage;
  - u bent opgenomen in een Wlz instelling en u heeft vervoer nodig naar een andere instelling of zorgverlener voor een tandheelkundige behandeling vanuit de Wlz. Ook voor het vervoer terug naar de instelling waar u was opgenomen geldt geen eigen bijdrage.

#### **Heeft u een akkoordverklaring nodig?**

- U heeft een akkoordverklaring van ons nodig

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

### **Wat krijgt u niet vergoed?**

- Vervoer dat kan worden vergoed uit de Wlz (Wet langdurige zorg) of Wmo (Wet maatschappelijke ondersteuning)
- Kosten van ziekenvervoer in verband met zorg uit aanvullende verzekering
- Huurkosten van een huurauto
- Kosten van het vervoer als wij logeerkosten vergoeden  
Het gaat hierbij om het vervoer van uw logeeradres naar de plaats waar u behandeld of verpleegd wordt en terug naar uw logeeradres.
- Vervoer tussen uw logeeradres en de plaats van behandeling  
Als u kiest voor logeren in plaats van vervoer heeft u geen recht op vergoeding van vervoer van uw logeeradres naar de plaats van behandeling en terug naar uw logeeradres. De eerste heenreis naar de zorginstelling vanuit thuis en de terugreis naar huis vergoeden wij wel.

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

### **Voorwaarden voor logeerkosten (artikel B.18.2.)**

#### **Wat betaalt u zelf?**

- Geen wettelijke eigen bijdrage
- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

#### **Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?**

- Een van onderstaande medische indicaties of situaties geldt voor u:
  - U ondergaat nierdialyse.  
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die betrekking hebben op deze behandeling vanaf het bespreken van het definitieve behandelplan tot het stoppen van de behandeling.
  - U ondergaat behandelingen met chemotherapie, radiotherapie of immunotherapie tegen kanker.  
Hieronder vallen ook consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn.
  - U kunt zich alleen met een rolstoel verplaatsen.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
  - Uw gezichtsvermogen is zo beperkt dat u zich niet zonder begeleiding kunt verplaatsen.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
  - U heeft geriatrische revalidatiezorg nodig.  
De zorg die u ontvangt moet onder de dekking van uw zorgverzekering vallen.
  - U bent jonger dan 18 jaar en heeft verpleging en verzorging nodig.  
U bent vanwege complexe lichamelijke problematiek of een lichamelijke handicap aangewezen op verpleging en verzorging. Er is sprake van de behoefte aan permanent toezicht of aan de beschikbaarheid van 24 uur per dag zorg in de nabijheid.
  - U krijgt dagbehandeling in verband met een zorgprogramma bij chronisch progressieve degeneratieve aandoeningen, niet-aangeboren hersenletsel of een verstandelijke beperking.  
De dagbehandeling wordt in een groep verleend volgens artikel 'Geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen'.
  - De hardheidsclausule is van toepassing.  
Deze is van toepassing als het in uw geval erg onredelijk is dat u geen ziekenvervoer krijgt bij de behandeling (of consulten, onderzoeken en controles die als onderdeel van de behandeling noodzakelijk zijn) van een andere dan de hiervoor genoemde langdurige ziekten of aandoeningen.
  - Om hiervoor in aanmerking te komen, moet u een aanvraag samen met een verklaring van uw behandelend arts indienen;
  - De zorg die u ontvangt moet vallen onder de dekking van uw zorgverzekering of de Wlz (Wet langdurige zorg);
  - Hiervoor geldt de volgende rekensom: aantal maanden behandeling x aantal behandelingen per week x 52/12 (aantal weken op jaarbasis) x aantal km enkele reis x 0,25 (wegingsfactor);
  - Bij een uitkomst van 250 of meer bent u ook verzekerd voor ziekenvervoer.

### **Wat zijn de voorwaarden?**

- U wilt logeren in plaats van reizen
  - u komt in aanmerking voor ziekenvervoer op basis van een van de bovenstaande medische indicaties of situaties; en
  - u heeft dit ziekenvervoer op ten minste drie achtereenvolgende dagen nodig.

### **Heeft u een akkoordverklaring nodig?**

- U moet bij ons een aanvraag indienen voor vergoeding van logeerkosten in plaats van (een vergoeding voor) ziekenvervoer

Kijk voor de akkoordverklaring in de bijlage Algemene Voorwaarden, onderdeel Akkoordverklaring.

### **Wat krijgt u niet vergoed?**

Kijk voor de algemene uitsluitingen in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering hoofdstuk A.21 Algemene uitsluitingen.

## **Ambulancevervoer (artikel B.18.1.)**

### **Voor welke zorg bent u verzekerd?**

- Ambulancevervoer  
Het gaat om al deze zorg:
  - Niet-spoedeisend ambulancevervoer, zoals bedoeld in artikel 1, 1e lid, van de Wet ambulancevoorzieningen, over een afstand van maximaal 200 kilometer enkele reis;
  - Spoedeisend ambulancevervoer;
  - Ziekenvervoer met ander vervoermiddel als vervoer met ambulance niet mogelijk is;
  - Gebruikskosten van een Automatische Externe Defibrillator (AED) die aan de ambulancedienst in rekening zijn gebracht (elektrodenpads).

### **Wat is uw vergoeding?**

- Vergoeding van 100% voor ambulancevervoer.

Wij hanteren verschillende tarieven. Zie hiervoor in de Verzekeringsvoorwaarden Zorgverzekering het hoofdstuk A.20 Tarieven.

### **Wat betaalt u zelf?**

- Vanaf 18 jaar geldt eigen risico

### **Wanneer komt u in aanmerking voor deze zorg?**

- Onderstaande medische indicatie of situatie geldt voor u:
  - Er is een medische noodzaak, waardoor andere manier van ziekenvervoer (auto, openbaar vervoer of taxi) medisch niet verantwoord is.

### **Wat zijn de voorwaarden?**

- De zorg die u krijgt op de plaats van behandeling en verpleging valt onder de zorgverzekering of de Wet langdurige zorg (Wlz) zoals omschreven in artikel 3.1.1. Besluit Langdurige zorg
- Ambulancevervoer naar een andere woning is alleen mogelijk als u in uw eigen woning redelijkerwijs niet de nodige verzorging kunt krijgen

### **Van wie heeft u een behandelvoorstel nodig?**

- Een arts vraagt het ambulancevervoer aan bij meldkamer van de Regionale Ambulancevoorziening (RAV)  
De meldkamer beoordeelt of ambulancevervoer nodig is.
- U heeft geen behandelvoorstel nodig bij spoedeisend ambulancevervoer