

# Declaratie

## eigen risico Zorgverzekeringswet

ABP Bijzondere Regelingen Defensie  
Serviceteam Voorzieningen  
Postbus 4490  
6401 CZ Heerlen  


Wij hebben een aantal gegevens nodig om de hoogte van uw eventuele aanspraak op een tegemoetkoming eigen risico zorgverzekering te bepalen. Wilt u per rekening die de zorgverzekeraar niet (helemaal) vergoedt vanwege uw eigen risico, de volgende gegevens invullen?

1. Zorgverlener: van wie is de rekening afkomstig? Bijvoorbeeld: uw apotheek of uw fysiotherapeut.
2. Het bedrag op de rekening dat u bij ABP wilt declareren.
3. Voor welke ziekte of aandoening is het middel of de behandeling toegepast?
4. Is voor de onder punt 3 genoemde ziekte of aandoening dienstverband vastgesteld?

1. Zorgverlener	2. Bedrag	3. Aandoening	4. Dienstverband
_____	€ _____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
_____	€ _____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
_____	€ _____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
_____	€ _____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
_____	€ _____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
_____	€ _____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
_____	€ _____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
_____	€ _____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
_____	€ _____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee

Alleen invullen als de kosten zijn gemaakt vóór 1 januari 2014:  
Ik heb **wel** / **niet** de compensatie eigen risico van het CAK ontvangen.  
(streep door wat niet van toepassing is)

Stuur dit formulier **samen met de overzichten van uw zorgverzekeraar** waarop de hierboven vermelde rekeningen en bedragen staan, naar ABP. Het adres staat bovenaan dit formulier.

Naar waarheid ingevuld door:

naam _____	voorletters _____	<input type="radio"/> man <input type="radio"/> vrouw
adres _____		
postcode _____	plaats _____	
geboortedatum _____	telefoon _____	
klantnummer ABP _____	militair registratienummer _____	
datum _____		
plaats _____	handtekening _____	