



Uw vermogen om te leven

Declaratie eigen risico Zorgverzekeringswet

Terugsturen naar:

ABP Bijzondere Regelingen Defensie
Serviceteam Voorzieningen
Postbus 4490, 6401 CZ Heerlen

Om de hoogte van uw eventuele aanspraak op een tegemoetkoming eigen risico zorgverzekering te kunnen vaststellen, dient u het onderstaande overzicht in te vullen. Hier dient u per rekening die de zorgverzekeraar in het kader van het eigen risico niet c.q. niet volledig vergoedt, de volgende gegevens in te vullen:

1. Zorgverlener: van wie is de rekening afkomstig (apotheek, fysiotherapeut etc.)?
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	
_____	€ _____	_____	☐ ja	☐ nee
_____	€ _____	_____	☐ ja	☐ nee
_____	€ _____	_____	☐ ja	☐ nee
_____	€ _____	_____	☐ ja	☐ nee
_____	€ _____	_____	☐ ja	☐ nee
_____	€ _____	_____	☐ ja	☐ nee
_____	€ _____	_____	☐ ja	☐ nee
_____	€ _____	_____	☐ ja	☐ nee
_____	€ _____	_____	☐ ja	☐ nee
_____	€ _____	_____	☐ ja	☐ nee
_____	€ _____	_____	☐ ja	☐ nee

Ik heb **wel** / **niet** de compensatie eigen risico van het CAK ontvangen (a.u.b. één van beide opties doorstrepen).

U kunt het ingevulde en ondertekende formulier **samen met de door de zorgverzekeraar verstrekte overzichten** waaruit blijkt welke rekeningen in het kader van het eigen risico niet c.q. niet volledig worden vergoed, voldoende gefrankeerd terugsturen naar bovenstaand retouradres.

Naar waarheid ingevuld door:

naam en voorletters _____

straatnaam _____ huisnummer en toevoeging _____

postcode _____ woonplaats _____

telefoon _____

klantnummer _____ militair registratienummer _____

datum _____ handtekening _____