

## DECLARATIEFORMULIER FYSIOTHERAPIE CAO AFBOUW

polisnummer: 170601001

schadenummer:

### 1. GEGEVENS WERKNEMER

naam en voorletters : \_\_\_\_\_  vrouw  man  
adres en huisnummer : \_\_\_\_\_  
postcode : \_\_\_\_\_ woonplaats: \_\_\_\_\_  
e-mailadres : \_\_\_\_\_  
telefoon overdag : \_\_\_\_\_  
bankrekeningnummer : \_\_\_\_\_ geboortedatum: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
registratienummer A&O Services : \_\_\_\_\_ BSN / sofinummer: \_\_\_\_\_  
datum indiensttreding : \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

### 2. GEGEVENS WERKGEVER

naam : \_\_\_\_\_  
postadres : \_\_\_\_\_  
postcode : \_\_\_\_\_ woonplaats: \_\_\_\_\_  
telefoon overdag : \_\_\_\_\_

### 3. HUISARTS OF MEDISCH SPECIALIST

wie heeft de fysiotherapie resp. manuele  
therapie voorgeschreven? :  huisarts  medisch specialist  
naam : \_\_\_\_\_  
adres en huisnummer : \_\_\_\_\_  
postcode : \_\_\_\_\_ woonplaats: \_\_\_\_\_

### 4. DE AARD VAN DE DECLARATIE

betreft dit de eerste declaratie? :  ja  nee, een vervolgdeclaratie  
is er sprake van een ongeval? :  ja  nee  
heeft een derde schuld aan het ongeval? :  ja  nee  
zo ja, wie? : \_\_\_\_\_  
is er sprake van een chronische aandoening  
of pijn? :  ja  nee

### 5. ANDERE VERZEKERINGEN

bent u elders tegen zorgkosten verzekerd? :  ja  nee, want \_\_\_\_\_  
hebt u aldaar de kosten gedeclareerd? :  ja  nee, want \_\_\_\_\_  
hebt u aldaar vergoeding ontvangen? :  ja  nee, want \_\_\_\_\_  
basis zorgverzekering : naam maatschappij \_\_\_\_\_  
polisnummer \_\_\_\_\_  
aanvullende (zorg)verzekering : naam maatschappij \_\_\_\_\_  
polisnummer \_\_\_\_\_

6. BIJLAGEN

hebt u de vereiste bewijsstukken bijgesloten?

1. de **originele**, voldoende gespecificeerde  
factuur van de fysiotherapeut resp.

manueel therapeut :  ja  nee, want \_\_\_\_\_

2. een kopie van het bericht van uw zorg-  
verzekeraar waaruit blijkt dat deze geen  
vergoeding verleent

:  ja  nee, want \_\_\_\_\_

De op dit declaratieformulier ingevulde gegevens en de eventueel nader over te leggen gegevens dienen tot vaststelling van de omvang van het recht op uitkering en worden opgenomen in door WUTHRICH en/of verzekeraars gevoerde persoonsregistraties resp. het Fraude Informatie Systeem Holland (FISH).

**Ondergetekende verklaart:**

- onder de CAO Afbouw te vallen;
- toestemming te verlenen zijn registratienummer bij A&O Service te verifiëren;
- ten tijde van de behandelingsdatum(s) waarop een declaratie betrekking heeft nog bij de op pagina 1 vermelde werkgever in dienst te zijn;
- alle vragen naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord;
- geen bijzonderheden met betrekking tot zijn aanspraak op vergoeding te hebben verzwegen;
- bekend te zijn met de bepaling, dat bij onware opgave elk recht op uitkering vervalt.

PLAATS	DATUM	HANDTEKENING WERKNEMER

Dit declaratieformulier gaarne volledig ingevuld en ondertekend zenden aan:  
WUTHRICH  
Afdeling Variaschade  
Postbus 14092  
3508 SC UTRECHT