

# DECLARATIEFORMULIER FYSIOTHERAPIE CAO-AFBOUW



## GEGEVENS WERKNEMER

naam en voorletters : \_\_\_\_\_  
geboortedatum : [ ] - [ ] - [ ]  
geslacht :  man  vrouw  
huisadres : \_\_\_\_\_  
postcode en plaats : \_\_\_\_\_  
telefoonnummer overdag : \_\_\_\_\_  
e-mailadres : \_\_\_\_\_  
IBAN-rekeningnummer : \_\_\_\_\_  
registratienummer APG : \_\_\_\_\_ ← APG is de pensioenuitvoerder  
*[let op: zonder dit nummer kan uw melding niet in behandeling worden genomen]*  
beroep/ functie : \_\_\_\_\_  
datum indiensttreding : [ ] - [ ] - [ ]

## GEGEVENS WERKGEVER

bedrijfsnaam : \_\_\_\_\_  
kantoor-/bezoekadres : \_\_\_\_\_  
postcode + woonplaats : \_\_\_\_\_  
aansluitingsnummer APG : \_\_\_\_\_ ← APG is de pensioenuitvoerder  
*[let op: zonder dit nummer kan uw melding niet in behandeling worden genomen]*

## GEGEVENS HUISARTS / SPECIALIST

wie heeft de fysiotherapie voorgeschreven?  huisarts  medisch specialist  
naam : \_\_\_\_\_  
bezoekadres : \_\_\_\_\_  
postcode + woonplaats : \_\_\_\_\_

## DECLARATIE

betreft het de eerste declaratie? :  ja  nee, een vervolgdeclaratie  
is er sprake van een ongeval? :  nee  ja  
heeft een derde hieraan schuld? :  nee  ja, te weten \_\_\_\_\_  
is sprake van een chronische  
aandoening of pijn? :  nee  ja

## ANDERE VERZEKERINGEN

bent elders voor ziektekosten verzekerd? :  ja  nee, want \_\_\_\_\_

heeft u aldaar de kosten gedeclareerd? :  ja  nee, want \_\_\_\_\_

heeft u aldaar een vergoeding ontvangen? :  ja  nee, want \_\_\_\_\_

(basis)zorgverzekering : naam verzekeraar \_\_\_\_\_

polisnummer \_\_\_\_\_

aanvullende ziektekostenverzekering : naam verzekeraar \_\_\_\_\_

polisnummer \_\_\_\_\_

### let op !

u dient de volgende bewijsstukken mee te sturen:

- de originele voldoende gespecificeerde declaratie van de fysiotherapeut
- het bericht van uw verzekeraar waaruit blijkt dat én waarom u geen of slechts een gedeeltelijke vergoeding heeft ontvangen

## BIJLAGEN

hebt u de vereiste originele :  ja  nee, want \_\_\_\_\_

bewijsstukken bijgesloten? \_\_\_\_\_

## ONDERTEKENING

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 verzekeraars gevoerde persoonsregistraties. Ook kunnen zij worden verwerkt in het Centraal Informatie Systeem (CIS) voor in Nederland werkzame verzekeringsmaatschappijen. Het privacyreglement van de Stichting CIS is op die registratie van toepassing.

### Ondergetekende verklaart:

- als werknemer onder de cao Afbouw te vallen;
- toestemming te verlenen de registratie/aansluitingsnummers bij APG (de pensioenuitvoerder) te verifiëren;
- ten tijde van de behandelingsdatum(s) waarop de declaratie betrekking heeft bij de opgegeven werkgever in dienst te zijn (geweest);
- bovenstaande vragen en opgaven naar beste weten, juist en naar waarheid te hebben beantwoord en uitgelegd;
- geen bijzonderheden met betrekking tot zijn aanspraak op vergoeding te hebben verzwegen;
- dit declaratieformulier en de eventueel nog aan te leveren gegevens aan WUTHRICH te verstrekken, zodat vastgesteld kan worden op welke vergoeding aanspraak kan worden gemaakt;
- van de inhoud van dit declaratieformulier kennis te hebben genomen;
- bekend te zijn met de voorwaarde dat bij onjuiste of onware opgave van gegevens elk recht op vergoeding kan vervallen.

DATUM EN PLAATS	[ ] - [ ] - [ ] plaats: _____
HANDTEKENING	_____

Dit formulier graag ingevuld en ondertekend scannen en mailen naar [schade@wuthrich.nl](mailto:schade@wuthrich.nl).  
Of opsturen naar Postbus 14092, 3508 SC UTRECHT.