

DECLARATIEFORMULIER FYSIOTHERAPIE CAO-AFBOUW



UW GEGEVENS

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 VAN UW 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 VAN UW HUISARTS / SPECIALIST ZIEKENHUIS

wie heeft de fysiotherapie voorgeschreven? huisarts medisch specialist ziekenhuis
[let op: er moet een medische noodzaak zijn, dus een verwijzing is – anders dan bij een aanspraak op een zorgverzekering – noodzakelijk]
naam : _____
bezoekadres : _____
postcode + woonplaats : _____

UW DECLARATIE

betreft het de eerste declaratie? : ja nee, een vervolgdeclaratie
is er sprake van een ongeval? : nee ja ja, door schuld van een ander
is sprake van een chronische
aandoening of pijn? : nee ja

GEGEVENS OVER UW ZORGVERZEKERING

(basis)zorgverzekering : naam verzekeraar _____
polisnummer _____

bent u aanvullend verzekerd? : ja nee

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

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

[let op: u moet eerst bij de zorgverzekeraar declareren - als die uw declaratie helemaal of voor of voor een deel afwijst, kunt u met de afwijzing bij ons een aanvraag voor vergoeding indienen]

let op !

u moet de volgende bewijsstukken meesturen:

- de originele voldoende gespecificeerde declaratie van de fysiotherapeut
- verwijzing van de huisarts of medisch specialist
- een kopie van de zorgverzekering
- het bericht van uw verzekeraar waaruit blijkt dat én waarom u geen of maar een gedeeltelijke vergoeding heeft ontvangen

BIJLAGEN

hebt u de gevraagde stukken bijgesloten? : ja nee, want _____

ONDERTEKENING

We verwerken de persoonsgegevens die u ons met dit declaratieformulier geeft. We houden ons aan de geldende regels voor de bescherming van persoonsgegevens, waaronder de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). En aan de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Verzekeraars. De gedragscode vindt u op www.verzekeraars.nl. Onze privacyverklaring vindt u op www.fidus.nl/privacy-statement.

Door ondertekening verklaart u:

- dat u als werknemer onder de cao Afbouw valt
- dat u toestemming geeft de opgegeven registratie/aansluitingsnummers bij APG (de pensioenuitvoerder) te controleren
- dat u op de behandelingsdatum(s) door de fysiotherapeut bij de opgegeven werkgever in loondienst was
- alle vragen juist en zo volledig mogelijk te hebben beantwoord
- niets te hebben verzwegen over vergoeding van de behandelingen fysiotherapie door een ander
- dat dit declaratieformulier, de bijlagen en de eventueel nog aan te leveren gegevens bedoeld zijn om vast te stellen of u recht heeft op vergoeding volgens de regeling fysiotherapie van de cao Afbouw

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

Dit formulier ingevuld en ondertekend mailen naar fysio@fidus.nl.