

## Declaratie eigen risico Zorgverzekeringswet

Wat moet u doen?

1. Vul de gegevens in. Dit kan digitaal. Maar u kunt het formulier ook printen en met pen invullen.
2. Onderteken het en stuur het naar ABP. Het adres staat op de laatste pagina.

### 1. Uw gegevens

Naam (Vul hier uw geboortenaam in)

Voorletter(s)

Geboortedatum

DD MM JJJJ

Straat en huisnummer\*

\* Inclusief eventuele toevoeging

Postcode

Plaats

Land

Uw klantnummer bij ABP\*

Militair registratienummer

\* U vindt uw klantnummer in eerdere brieven van ABP of op [MijnABP.nl](https://mijnabp.nl).

E-mail

Telefoon

Wij gebruiken uw e-mailadres voor het toesturen of opvragen van informatie rondom uw pensioen of uitkering. Op [abp.nl/privacy](https://abp.nl/privacy) leest u hoe wij met uw gegevens omgaan.

IBAN-rekeningnummer\*

Ten name van

\* Dit vindt u op uw bankafschrift.

Woont u in het buitenland en heeft u geen IBAN-rekeningnummer? Kijk dan op [abp.nl/buitenland](https://abp.nl/buitenland). Download het formulier 'Betaling buitenland'. Stuur dit ingevuld en ondertekend naar het retouradres in Nederland.

## 2. Declaratie

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?

**Zorgverlener:** Van wie is de rekening afkomstig? Bijvoorbeeld: uw apotheek of uw fysiotherapeut.

**Bedrag:** Het bedrag op de rekening dat u bij ABP wilt declareren.

**Aandoening:** Voor welke ziekte of aandoening is het middel of de behandeling toegepast?

**Dienstverband:** Is voor de genoemde ziekte of aandoening dienstverband vastgesteld?

Zorgverlener	Bedrag	Aandoening	Dienstverband	
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	Nee
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	Nee
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	Nee
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	Nee
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	Nee
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	Nee
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	Nee
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	Nee
<input type="text"/>	€ <input type="text"/>	<input type="text"/>	Ja	Nee

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

## 3. Ondertekening

Datum

Plaats

Handtekening

Wat moet u doen met dit formulier?

1. Vul de gegevens in. Dit kan digitaal. U kunt het formulier ook printen en met pen invullen.
2. U voegt de benodigde documenten/ bijlagen toe.
3. Onderteken het en stuur het naar ABP\*.

\* Per post:

**ABP Bijzondere Regelingen Defensie**  
t.a.v. Serviceteam Voorzieningen  
Postbus 4490  
6401 CZ Heerlen