

Formulier aanvraag Coulanceregeling Chroom VI

Retouradres:

ABP
Coulanceregeling
Postbus 4490
6401 CZ Heerlen

Zorgt u ervoor dat het retouradres zichtbaar is in het venster van de enveloppe

1. Persoonlijke gegevens

Achternaam :
(evt.) Meisjesnaam :
Voorletters :
Geslacht : M / V
Adres :
Postcode :
Woonplaats :
Telefoonnummer : (vast)
(mobiel)
Klantnummer ABP :
Burgerservicenummer (BSN) :
PeopleSoft nummer :
Geboortedatum :
E-mailadres :

2. Betaalgegevens

Geef hieronder aan op welk rekeningnummer de tegemoetkoming kan worden overgemaakt

IBAN rekeningnummer :

Op naam van :

Maak een kopie van uw bankpas dat bij dit rekeningnummer houdt en voeg dit bij de aanvraag

Indien u recht heeft op de tegemoetkoming, wilt u dan de tegemoetkoming in 1 keer of in meerdere termijnen uitbetaald krijgen ?

maak een keuze tussen betaling ineens of betaling in termijnen. S.v.p. keuze aankruisen

betaling ineens

betaling in _____ termijnen *vul hier het gewenste aantal termijnen doch maximaal 24 in*

3. Uw arbeidsverleden bij Defensie

3a. Vraagt u aan als voormalig werknemer bij Defensie : Ja / Nee

Vraagt u aan als actief werknemer bij Defensie : Ja / Nee

Op welke locatie bent u blootgesteld aan chroom VI :

In welke functie(s) :

Gedurende welke periode :

3b. Ik ben als uitzendkracht werkzaam geweest bij Defensie : Ja / Nee

Als u als uitzendkracht de aanvraag doet, voeg dan bewijsstukken bij waaruit blijkt waar, gedurende welke periode, in welke functie en namens welk uitzendbureau u werkzaamheden voor het Ministerie van Defensie heeft verricht.

4. Aandoeningen die u in verband brengt met blootstelling aan chroom VI

Vermeldt hier welke aandoeningen u in verband brengt met blootstelling aan chroom VI.

Maar laat in ieder geval het formulier Medische informatie door uw specialist of huisarts invullen.

5. Ondertekening

Controleer of alle gegevens zijn ingevuld en onderteken het formulier.

Handtekening aanvrager :

Datum :

Met ondertekening van dit formulier verklaart u de gegevens naar waarheid te hebben ingevuld.

Laat het formulier Medische informatie door uw specialist of huisarts invullen en ondertekenen, voeg een kopie van uw bankpas bij en stuur alle documenten terug aan ABP.

Formulier Medische informatie

Toelichting

Door de Minister van Defensie en de militaire vakbonden is overeenstemming bereikt over de Coulanceregeling Chroom VI. De regeling voorziet in een financiële tegemoetkoming voor de (oud) werknemer van het Ministerie van Defensie die ten gevolge van de blootstelling aan chroom VI houdende stoffen aan bepaalde, nader geduide aandoeningen lijdt.

De (oud) werknemer verstrekt aan de uitvoerder van deze coulanceregeling (ABP) - of de door ABP aangewezen personen of instellingen - bij de indiening van de aanvraag om een tegemoetkoming al die inlichtingen en bewijsstukken, inclusief de toestemming om van medische gegevens kennis te nemen, die noodzakelijk zijn ter vaststelling van die aandoening(en). Dat is zo bepaald in de regeling. Met behulp van dit formulier kunt u als huisarts of medisch specialist de informatie over de aandoening(en) waaraan de (oud) werknemer, uw patiënt lijdt aan ABP opgeven. De door u op dit formulier verstrekte informatie wordt voor geen ander doel dan bovenstaand vermeld gebruikt. Nadat u het formulier heeft ingevuld en van uw praktijkgegevens heeft voorzien, kunt u het formulier aan uw patiënt meegeven. Eventueel maakt u eerst voor uzelf een kopie van het ingevulde formulier.

Persoonlijke gegevens van uw patiënt

Vult u hier een aantal persoonlijke gegevens van uw patiënt in

Achternaam :
 (eventueel) Meisjesnaam :
 Voorletters :
 Geslacht : M / V *(haal door wat niet van toepassing is)*
 Adres :
 Postcode plus Woonplaats :
 Geboortedatum :

Aandoeningen die u als huisarts, specialist of behandelaar heeft geconstateerd en die in relatie staan tot de blootstelling aan chroom VI

Toelichting

Door het Nederlands Centrum voor Beroepsziekten (NCVB) is onderzoek gedaan waarin is gekeken welke chronische aandoeningen in verband kunnen worden gebracht met blootstelling aan chroom VI. Op basis van het door het NCVB gegeven advies, worden de volgende aandoeningen opgenomen in de Coulanceregeling Chroom VI.

tabel

Soort aandoening	Categorie
Longkanker	1
Neuskanker	1
Allergisch contacteczeem	2
Allergisch beroepsastma	2
Chroomzweren	2
Neusseptumperforatie	2
Maagkanker en andere gastro-intestinale kanker	3
Chronische longaandoeningen	3
Nieraandoeningen	3
Immunologische aandoeningen anders dan allergie	4

- Categorie 1 : ernstige aandoeningen met sterke aanwijzingen voor verband met chroom VI-blootstelling
Categorie 2 : overige aandoeningen met sterke aanwijzingen voor verband met chroom VI-blootstelling
Categorie 3 : ernstige aandoeningen met beperkte aanwijzingen voor verband met chroom VI-blootstelling
Categorie 4 : overige aandoeningen met beperkte aanwijzingen voor verband met chroom VI-blootstelling

Vermeldt u hier met welke van bovenstaande aandoening(en) uw patiënt bij u bekend is. Gebruikt u wel de benaming(en) uit bovenstaande tabel. U hoeft niet te beoordelen of de aandoening(en) een gevolg is (zijn) van de blootstelling aan chroom-houdende stoffen.

.....
.....
.....
.....

Vermeldt u hier welke aandoening(en) uw patiënt in relatie brengt met de blootstelling aan chroom VI houdende stoffen maar niet in bovenstaande tabel wordt of worden vermeld.

.....
.....
.....
.....

5. Gegevens van uw praktijk

Vult u hier uw praktijkgegevens in en plaats een stempel van uw praktijk

Naam behandelaar of huisarts :

Adres van de praktijk :

Postcode en plaats van vestiging :

Telefoonnummer van de praktijk :

Handtekening behandelaar / huisarts :

Datum :