

Formulier aanvraag Regeling uitkering chroom-6 Defensie

Retouradres:

ABP
Regeling uitkering chroom-6
Defensie
Postbus 4490
6401 CZ Heerlen

Of chroom6defensie@abp.nl

Let op:

De Regeling uitkering chroom-6 Defensie is alleen van toepassing op oud-medewerkers van een POMS. De POMS waren in Nederland gevestigd op 5 locaties, te weten Brunssum, Eygelshoven, Ter Apel, Coevorden en Vriezenveen. Bent u niet op één (of meerdere) van deze 5 locaties werkzaam geweest, dan geldt de regeling niet voor u.

Vraagt u aan als nabestaande, kunt u dit formulier alleen gebruiken indien er eerder een aanvraag is gedaan voor deze Regeling of voor de Coulanceregeling. Is er geen eerdere aanvraag gedaan, dient u het formulier *aanvraag Regeling uitkering chroom-6 Defensie voor nabestaanden* te gebruiken.

1. Uw persoonlijke gegevens

Achternaam : _____

(eventueel) Meisjesnaam : _____

Voorletters : _____

Geslacht : Man / Vrouw

Geboortedatum : _____

Adres : _____

Postcode : _____

Woonplaats : _____

Telefoonnummer(s) : _____ (vast)
: _____ (mobiel)

E-mailadres : _____

BSN : _____

PeopleSoft nummer : _____

2. Uw arbeidsverleden

2a U vraagt de uitkering aan als

- werknemer nog in dienst bij het Ministerie van Defensie
- gewezen werknemer van het Ministerie van Defensie
- uitzendkracht

2b Bent u werkzaam geweest op een POMS

- Ja *gaat u verder met vraag 2c*
- Nee ***U hoeft het formulier niet verder in te vullen. Deze regeling geldt alleen voor oud-medewerkers van een POMS. U hoeft het formulier dan ook niet naar ons te sturen.***

2c Op welke POMS-locatie of POMS-locaties bent u werkzaam geweest?

In welke functie bent u op die POMS-locatie werkzaam geweest?

Gedurende welke periode bent u op die POMS-locatie werkzaam geweest?

Toelichting bij vraag 2

Heeft u documenten met betrekking tot de functie(s) waarin u op een POMS bent blootgesteld aan chroom-6-houdende stoffen, stuurt u deze dan mee. Documenten die het werken in die functie(s) en de periode waarin u in die functie werkzaam bent geweest kunnen bevestigen. Bijvoorbeeld een aanstellingsbesluit, ontslagbesluit, evaluatieverslag. 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.

3. Betaalgegevens

Indien u recht heeft op een uitkering op grond van de regeling, moeten wij weten op welk rekeningnummer de betaling door ons gedaan mag worden.

Vult u onderstaand uw betaalgegevens in.

IBAN rekeningnummer : _____

Op naam van : _____

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

Indien u recht heeft op een uitkering, wilt u dan de uitkering in 1 keer of in meerdere maandtermijnen ontvangen? *S.v.p. keuze aankruisen*

- Betaling-ineens
- Betaling in _____ termijnen *vul hier het gewenste aantal betalingstermijnen in*

4. Ondertekening van het formulier

Controleer of alle gegevens die wij van u vragen ook door u zijn verstrekt en onderteken het formulier.

Uw handtekening : _____

Datum : _____

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

Laat het formulier Medische informatie door de specialist of huisarts invullen en ondertekenen, voeg een kopie van uw bankpas en geldig identiteitsbewijs en bewijsstukken van uw relevante arbeidsverleden bij het Ministerie van Defensie bij en stuur alle documenten terug aan ABP.

Meer informatie over uw aanvraag

Hoe stuurt u de aanvraag naar ABP?

U kunt beide formulieren per post aan ons toesturen. U dient een kopie van uw bankpas en een geldig identiteitsbewijs bij te voegen. U kunt daarvoor de Kopie ID-app van de Rijksoverheid gebruiken.

Ons adres is:

ABP
Regeling uitkering chroom-6 Defensie
Postbus 4490
6401 CZ Heerlen

Denkt u er aan de enveloppe voldoende te frankeren.

U kunt de gegevens ook per e-mail aan ons toesturen. Het adres is chroom6defensie@abp.nl. Voeg ook dan een kopie van een geldig identiteitsbewijs en een kopie van uw bankpas bij.

Checklist wat u ons moet toesturen

- Formulier aanvraag Regeling uitkering chroom-6 Defensie
- Formulier Medische informatie
- Kopie bankpas
- Kopie identiteitsbewijs
- *indien u daarover beschikt*: documenten over uw relevante arbeidsverleden op de POMS bij het Ministerie van Defensie

Heeft u daarna nog een vraag over uw aanvraag?

Stelt u uw vraag gerust. U kunt ons een e-mail sturen of bellen. Wij zijn van maandag tot en met vrijdag van 9 tot 16 uur te bereiken op (0031) 045 579 8162 of via chroom6defensie@abp.nl.

Uw privacy

ABP verwerkt uw gegevens om te beoordelen of u recht heeft op een uitkering op grond van de Regeling uitkering chroom-6 Defensie. Wij doen dit namens de Staatssecretaris van Defensie. Het Ministerie van Defensie zal uw gegevens 100 jaar bewaren.

Net als u vinden wij het belangrijk dat uw gegevens bij ons veilig zijn. En dat wij zorgvuldig en vertrouwelijk met uw gegevens omgaan. Temeer daar u ons gegevens over uw gezondheid verstrekt. Daarom hebben we afspraken gemaakt over hoe we uw gegevens verwerken. Deze afspraken staan in onze Privacyverklaring. U vindt deze verklaring op de website van ABP.

Gaat u naar abp.nl/over-deze-site/privacy.aspx.

Formulier Medische informatie

behorende bij het Formulier aanvraag Regeling uitkering chroom-6 Defensie

Waarvoor is dit formulier bedoeld?

Door de Staatssecretaris van Defensie en de vertegenwoordigers van de militaire vakbonden is overeenstemming bereikt over de Regeling uitkering chroom-6 Defensie. Deze regeling voorziet in een uitkering voor de (voormalige) werknemer van het Ministerie van Defensie die in de uitoefening van een in de bijlage 1 van de regeling genoemde functie is blootgesteld aan chroom-6 houdende stoffen en ten gevolge daarvan lijdt aan 1 of meerdere aandoeningen die worden vermeld in de bijlage 2 van de regeling.

De regeling is alleen bedoeld voor oud-medewerkers van de zogenaamde POMS-locaties.

De regeling wordt namens de Staatssecretaris van Defensie uitgevoerd door Stichting Pensioenfonds ABP (verder: ABP). Om te beoordelen of de (gewezen) werknemer recht heeft op een uitkering, dient ABP op aanvraag van de (gewezen) werknemer te kunnen beoordelen of er sprake is van een van de 11 in de regeling nader bepaalde aandoeningen. In de bijlage behorende bij dit formulier worden die 11 relevante aandoeningen gemakshalve voor u op een rijtje gezet.

Met behulp van dit formulier kunt u als huisarts of medisch specialist de informatie over de aandoening(en) waaraan uw patiënt lijdt aan ABP opgeven.

Nadat u het formulier heeft ingevuld en van uw praktijkgegevens heeft voorzien, kunt u het formulier aan uw patiënt meegeven. Eventueel maakt u ook voor uzelf een kopie van het ingevulde formulier.

1. Persoonlijke gegevens van uw patiënt

Vult u hier een aantal persoonlijke gegevens van uw patiënt in zodat we weten op welke persoon de informatie die u verstrekt betrekking heeft. Indien de aanvraag wordt gedaan door een nabestaande, dient u hier de gegevens van de overleden patiënt te vermelden.

Achternaam : _____

(eventueel) Meisjesnaam : _____

Voorletters : _____

Geslacht : M / V (haal door wat niet van toepassing is)

Geboortedatum : _____

Huidig Woonadres : _____

Postcode en woonplaats : _____

2. Aandoeningen die u als huisarts, specialist of behandelaar heeft geconstateerd

Vermeldt u hier in blokletters met welke van de in de bijlage genoemde aandoening(en) uw patiënt bij u bekend is. Gebruikt u alleen de benaming(en) uit die tabel. U hoeft niet te beoordelen of de aandoening(en) een gevolg is (zijn) van de blootstelling aan chroom-6 houdende stoffen. U hoeft ook niet het medisch dossier van uw patiënt aan ons toe te sturen. Toezending van dit formulier volstaat.

Indien COPD, wanneer is de diagnose COPD voor het eerst gesteld : _____

Indien chronische longklachten, vult u hier de mate van aandoening in : klasse _____ van de AMA

Indien u als huisarts of behandelaar een inhoudelijke vraag heeft over een patiënt en de mogelijke relatie van de klachten met chroom-6, kunt u deze stellen via chroom6defensie@abp.nl

3. 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 : _____

Uw Handtekening : _____

Datum : _____

U kunt het door u ingevulde en ondertekende formulier meegeven aan uw patiënt. De informatie die u verstrekt is van medische aard, en derhalve een bijzonder persoonsgegeven.

TOELICHTING bij het formulier Medische informatie

Deze toelichting is bedoeld voor uw huisarts, specialist of behandelaar.

In deze bijlage geven wij een korte toelichting op een aantal zaken die voor u als huisarts, specialist of behandelaar bij de gegevensverstrekking aan ABP van belang zijn.

Informatie over de aandoeningen die relevant zijn

In de Regeling uitkering chroom-6 Defensie worden de aandoeningen limitatief genoemd waaraan de betrokkene moet lijden. Welke zijn deze aandoeningen ? Gemakshalve zetten wij deze voor u op een rijtje.

Aandoeningen genoemd in de Regeling uitkering chroom-6 Defensie
Longkanker
Neuskanker
Neusbijholtekanker
Maagkanker
Chroom-6 gerelateerd allergisch contacteczeem
Chroom-6 gerelateerde allergische astma
Chroom-6 gerelateerde rhinitis
COPD *1 *2
Longfibrose *2
Niet-immunologisch (irritatief) beroepsastma
Perforatie neustussenschot door chroomzweren

U dient op het formulier Medische informatie alleen die aandoening te vermelden die in bovenstaand overzicht worden genoemd. Lijdt uw patiënt aan meerdere aandoeningen ? Benoemt u dan ook al die aandoeningen. Schrijft u de van toepassing zijnde aandoening of aandoeningen voluit in blokletters. Het is niet de bedoeling dat u de van toepassing zijnde aandoening in bovenstaande tabel aankruist.

Let op ! Voor chronische longziekten hebben we nog aanvullende informatie van u nodig.

*1 Indien uw patiënt lijdt aan COPD, dan dient u tevens te vermelden wanneer de diagnose COPD voor het eerst is gesteld.

*2 Bij de chronische longklachten, dus COPD, Longfibrose en Beroepsastma dient u tevens aan te geven wat de ernst van de klachten is. De ernst van de klachten wordt geclassificeerd volgens de American Medical Association, AMA. De AMA onderscheidt een aantal klassen, namelijk 0-4 gebaseerd op de longfunctiebeperkingen.

Informatie over de privacy van uw patiënt

Met het invullen van dit formulier geeft u ons toestemming om de door u verstrekte gegevens te verwerken in het kader van de Regeling uitkering chroom-6 Defensie. Deze informatie wordt niet voor enig ander doel verwerkt. De door u verstrekte informatie wordt na verwerking door het Ministerie van Defensie gedurende de van toepassing zijnde bewaartermijn van 15 jaar bewaard.

Wilt u meer weten hoe wij met de privacy van uw patiënt omgaan ?

Gaat u naar abp.nl/over-deze-site/privacy.aspx.