

Met dit formulier gaan wij na of u verzekerd bent voor de AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten).



1 Mijn gegevens

achternaam (uw geboortenaam) _____

voornamen (eerste voluit) _____

geboortedatum en geslacht — — man vrouw

straat en huisnummer _____

postcode en woonplaats _____

burgerservicenummer _____

telefoonnummer overdag _____

2 Postadres

Alleen invullen als u de post van de SVB niet op uw woonadres wilt ontvangen.

straat en huisnummer _____

postcode en plaats _____

3 Woonsituatie

Partner is degene met wie u op hetzelfde adres woont.

Hoe is uw woonsituatie

ik ben gehuwd of heb een geregistreerd partnerschap

naam partner _____

ik ben ongehuwd en woon samen met

naam partner _____

ik woon alleen

anders, namelijk _____

4 Werken van uzelf

Vermeld de land(en) waar u werkt.

Werkt u

ja, in loondienst in _____ sinds _____ — —

Stuur bewijsstukken mee, zoals een werkgeversverklaring of een salarisspecificatie.

ja, als zelfstandige in _____ sinds _____ — —

nee

Bent u actief militair

- ja , sinds _____
- nee

Werkt u bij een internationale organisatie

- ja, naam organisatie _____ sinds _____
- Stuur bewijsstukken mee, zoals een werkgeversverklaring of een salarisspecificatie.*
- nee

5 Studie

Verblijft u in Nederland om een studie te volgen

- ja, sinds _____
- nee

Werkt u in Nederland naast uw studie

- ja, sinds _____
- nee

6 Zorgverzekering van uzelf

Heeft u een zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar

- ja, naam zorgverzekeraar _____
- nee, omdat _____
- _____
- _____
- _____

7 Werken van uw partner

Alleen invullen als u een partner heeft. Vermeld de land(en) waar uw partner werkt. Partner is degene met wie u op hetzelfde adres woont.

Werkt uw partner

- ja, in loondienst in _____ sinds _____
- Stuur bewijsstukken mee, zoals een werkgeversverklaring of een salarisspecificatie.*
- ja, als zelfstandige in _____ sinds _____
- nee

Werkt uw partner bij een internationale organisatie

- ja, naam organisatie _____ sinds _____
- Stuur bewijsstukken mee, zoals een werkgeversverklaring of een salarisspecificatie.*
- nee

8 Zorgverzekering van uw partner

Heeft uw partner een zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar

- ja, naam zorgverzekeraar _____
- nee, omdat _____
- _____
- _____
- _____

Bent u met uw partner meeverzekerd voor
ziektekosten bij een niet-Nederlandse
zorgverzekeraar

ja sinds _____

Stuur een kopie van het bewijs van inschrijving mee.

nee

9 Ondertekening

datum

Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld.

handtekening

*Stuur dit formulier en eventuele bijlagen naar Sociale Verzekeringsbank,
Kantoor Verzekeringen, Postbus 357, 1180 AJ Amstelveen.*



voor het leven
Sociale Verzekeringsbank