

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
ziektelosten 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.