



Onderzoek verzekering Wlz

Met dit formulier gaan wij na of u verzekerd bent voor de Wlz (Wet langdurige zorg), voorheen AWBZ. Let op: dit formulier is bedoeld voor 1 persoon. Heeft u een partner en wil deze ook weten of hij/zij verzekerd is voor de Wlz? Dan vult uw partner apart een formulier in.

1 Mijn gegevens

achternaam (uw geboortenaam)

voornamen (eerste voluit)

geboortedatum

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 <i>Stuur bewijsstukken mee, zoals een werkgeversverklaring of een salarisspecificatie.</i> ja, als zelfstandige in sinds nee
Bent u actief militair	ja, sinds nee
Werkt u bij een internationale organisatie	ja, naam organisatie sinds <i>Stuur bewijsstukken mee, zoals een werkgeversverklaring of een salarisspecificatie.</i> 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 Andere situatie

Geldt voor u een andere situatie, bijvoorbeeld buiten Nederland studeren of een wereldreis maken?	ja, mijn situatie is nee
---	-----------------------------

7 Zorgverzekering van uzelf

Heeft u een zorgverzekering bij een Nederlandse zorgverzekeraar	ja, naam zorgverzekeraar nee, omdat
---	--

8 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 <i>Stuur bewijsstukken mee, zoals een werkgeversverklaring of een salarisspecificatie.</i> ja, als zelfstandige in sinds nee
Werkt uw partner bij een internationale organisatie	ja, naam organisatie sinds <i>Stuur bewijsstukken mee, zoals een werkgeversverklaring of een salarisspecificatie.</i> nee

9 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 <i>Stuur een kopie van het bewijs van inschrijving mee.</i> nee

10 Ondertekening

datum

Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld.

handtekening

*Stuur dit formulier en eventuele bijlagen naar de SVB Amstelveen,
Postbus 357, 1180 AJ Amstelveen.*