



AANVRAAGFORMULIER BASIS ZORGVERZEKERING STUDENTEN

(van 17 tot en met 25 jaar)

Aanvraagnummer

Formulier inleveren bij **het Uitvoeringsorgaan Basiszorg**

INVULLEN IN BLOKLETTERS

1. Persoonsgegevens

1.1 Identiteitsnummer 1.2 Geslacht Man Vrouw

1.3 Achternaam

1.4 Gehuwde naam

1.5 Officiële voornamen

1.6 Geboortedatum (d/m/j) 1.7 Geboorteplaats

1.8 Nationaliteit

1.9 A. Burgerlijke staat Gehuwd Ongehuwd Anders 1.9 B. Aantal kinderen

2. Contactgegevens

2.1 A. CBB woonadres No.

2.1 B. Wonend op CBB adres? Ja Nee

2.2 A. Verblijfadres No.

2.2 B. District

2.3 A. Postadres No.

2.3 B. District

2.4 A. Telefoonnummer thuis 2.4 B. Mobiel 1 2.4 C. Mobiel 2

2.5 E-mailadres

3. Studiegegevens

3.1 Naam onderwijsinstelling

3.2 Faculteit* en opleiding

3.3 Studentnummer

3.4 Studiefase/Leerjaar (huidige)

3.5 Datum eerste inschrijving (d/m/j)

3.6 Duur opleiding in maanden/jaren** *) Indien van toepassing ***) Omcirkelen indien van toepassing

3.7 Geplande afstudeerdatum (m/j)

3.8 Soort opleiding Dagopleiding Avondopleiding

4. Bankgegevens aanvrager

4.1 Bankinstelling en rekeningnr.

Vervolg op blad 2

Uitvoeringsorgaan Basiszorg

1 van 3

Werk je? Ja Nee Indien aanvrager werkende is, beroepsgegevens verplicht in te vullen

5. Beroepsgegevens

5.1 Beroep	<input type="text"/>		
5.2 Werkgever (bedrijf/org)	<input type="text"/>		
5.3 Adres werkplaats	<input type="text"/>	No.	<input type="text"/>
5.4 Telefoonnummer (werk)	<input type="text"/>	Toestel #	<input type="text"/>
5.5 Bruto maandinkomen	<input type="text"/>		

6. Gegevens wettelijke vertegenwoordiger (ouders/voogd)

Vader/Voogd*

6.1 A. Identiteitsnummer	<input type="text"/>
6.2 A. Achternaam	<input type="text"/>
6.3 A. Officiële voornamen	<input type="text"/>
6.4 A. Verblijfadres	<input type="text"/>
6.5 A. Telefoonnr.	<input type="text"/>
6.6 A. Vader/voogd werkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6.7 A. Beroep	<input type="text"/>
6.8 A. Werkgever	<input type="text"/>
6.9 A. Bruto maandinkomen	<input type="text"/>
6.10A. Ziektekostenverzekering	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6.11 A. Waar verzekerd ?	<input type="text"/>
6.12 A. Soort verzekering	<input type="text"/>
6.13 A. Geneeskundige Hulpkaart	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Moeder

6.1 B. Identiteitsnummer	<input type="text"/>
6.2 B. Achternaam	<input type="text"/>
6.2 C. Gehuwde naam	<input type="text"/>
6.3 B. Officiële voornamen	<input type="text"/>
6.4 B. Verblijfadres	<input type="text"/>
6.5 B. Telefoonnr.	<input type="text"/>
6.6 B. Moeder werkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6.7 B. Beroep	<input type="text"/>
6.8 B. Werkgever	<input type="text"/>
6.9 B. Bruto maandinkomen	<input type="text"/>
6.10 B. Ziektekostenverzekering	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
6.11 B. Waar verzekerd ?	<input type="text"/>
6.12 B. Soort verzekering	<input type="text"/>
6.13 B. Geneeskundige Hulpkaart	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

6.14 A. Maakt u aanspraak op een verzekering via het bedrijf Ja Nee

6.14 B. Maakt u aanspraak op een verzekering via het bedrijf Ja Nee

7. Gegevens partner (indien gehuwd of concubinaat schap)

7.1 Identiteitsnummer	<input type="text"/>		
7.2 Achternaam	<input type="text"/>		
7.3 Gehuwde naam	<input type="text"/>		
7.4 Officiële voornamen	<input type="text"/>		
7.5 Geboortedatum (d/m/j)	<input type="text"/>		
7.6 Nationaliteit	<input type="text"/>		
7.7 Verblijfadres	<input type="text"/>	No.	<input type="text"/>

7.8 A. Telefoonnummer thuis 7.8 B. Mobiel 1 7.8 C. Mobiel 2

7.9 E-mailadres

7.10 Beroep

7.11 Werkgever

7.12 Bruto maandinkomen 7.13 Ziektekosten verzekering Ja Nee

7.14 Waar verzekerd? 7.15 Soort verzekering

7.16 Geneeskundige Hulpkaart Sozavo Ja Nee

7.17 Maakt u aanspraak op een verzekering via het bedrijf van de partner? Ja Nee

8. Aanvraag basis zorgverzekering

8.1 Ben je nu verzekerd? Ja Nee

8.1 A. Zo ja, waar (maatschappij)

8.1 B. Soort verzekering 8.1 C. Polisnummer

8.1 D. Geneeskundige Hulpkaart Sozavo Ja Nee

8.2 Naam huidige huisarts

8.3 Adres poli

8.4 Waarom wil je een basis zorgverzekering?

Ingangsdatum verzekering

Naam (nieuwe) huisarts

Poli adres

Ondergetekende machtigt hierbij alle artsen die hem/haar behandeld hebben of zullen behandelen, medische inlichting te verstrekken omtrent zijn/haar gezondheid.

Paramaribo

Handtekening te verzekeren persoon
(indien minderjarig ondertekening ouders of voogd)

Paramaribo

Handtekening verzekeringnemer

Handtekening directeur van de
onderwijsinstelling en stempel

