



Registratie voor dekking van ziektekosten

EG-Verordeningen nrs. 883/04 en 987/09 (*)

INFORMATIE VOOR DE HOUDER

Deze verklaring geeft u en uw gezinsleden recht op verstrekkingen bij ziekte, bij moederschap en daarmee gelijkgesteld vaderschap (gezondheidszorg, medische behandeling enz.) in uw woonland. Gezinsleden zijn enkel gedekt indien wordt voldaan aan de voorwaarden van de wetgeving van het woonland. Deze verklaring moet zo snel mogelijk worden afgegeven aan de ziekteverzekeraar van de woonplaats (**). Zie voor een lijst van ziekteverzekeraars: <http://ec.europa.eu/social-security-directory/>

1. PERSOONLIJKE GEGEVENS VAN DE HOUDER

1.1	Persoonlijk identificatienummer in de bevoegde lidstaat	367985986			
1.2	Familienaam	Suha			
1.3	Voornamen	Martin			
1.4	Familienaam bij geboorte (***)	M. Suha			
1.5	Geboortedatum	19990813			
1.6	Adres in het woonland				
1.6.1	Straat en huisnummer	Selyem Ut 37	1.6.3	Postcode	
				5502	
1.6.2	Plaats	GYOMAENDROD	1.6.4	Landcode	
				HU	
1.7	Status				
<input checked="" type="checkbox"/>	1.7.1	Verzekerde	<input type="checkbox"/>	1.7.2	Gezinslid van de verzekerde
<input type="checkbox"/>	1.7.3	Gepensioneerde	<input type="checkbox"/>	1.7.4	Gezinslid van gepensioneerde
<input type="checkbox"/>	1.7.5	Aanvrager van een pensioen			

2. UITKERINGEN BIJ LANGDURIGE ZORG

2.1 De houder ontvangt een uitkering bij langdurige zorg

(*) Verordeningen (EG) nrs. 883/2004, artikelen 17, 22, 24, 25, 26 en 34, en 987/2009, artikelen 24 en 28.

(**) Voor Spanje, Zweden en Portugal moet de verklaring worden afgegeven aan respectievelijk de provinciale hoofdkantoren van het nationaal orgaan voor sociale zekerheid (INSS), het socialeverzekeringsorgaan of het sociale zekerheidsorgaan van de woonplaats.

(***) Door de houder aan het orgaan verstrekte informatie als het orgaan deze informatie niet heeft.

S1



Registratie voor dekking van ziektekosten

3. PERSOONLIJKE GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE

(in te vullen indien de houder een recht op geneeskundige zorg heeft op basis van de ziektekostenverzekering van een andere persoon)

3.1	Persoonlijk identificatienummer in de bevoegde lidstaat		
3.2	Familienaam		
3.3	Voornamen		
3.4	Familienaam bij geboorte (***)		
3.5	Geboortedatum		
3.6	Adres in het woonland		
3.6.1	Straat en huisnummer	3.6.3	Postcode
3.6.2	Plaats	3.6.4	Landcode

4. RECHT OP VERSTREKKINGEN VAN/TOT EN MET:

4.1	Begindatum 20210405	4.2	Einddatum
-----	---------------------	-----	-----------

5. ORGAAN DAT HET FORMULIER INVULT

5.2	Straat en huisnummer Postbus 400		
5.3	Plaats LEIDEN		
5.4	Postcode 2300AK	5.5	Landcode NL
5.6	Identificatienummer van het orgaan 7085		
5.7	Faxnummer op kantoor 071-5825011		
5.8	Telefoonnummer op kantoor 0715825000		
5.9	E-mail info@zorgenzekerheid.nl		
5.10	Datum 20210720		
5.11	Handtekening		

STEMPELO.W.M. Zorgverzekeraar
Zorg en Zekerheid u.a.
Postbus 400 2300 AK Leiden
Haagse Schouwweg 12
Tel.: (071) 5 825 825

(*) Door de houder aan het orgaan verstrekte informatie als het orgaan deze informatie niet heeft.