

Antragsformular Krankenversicherung

anderzorg

nl

Sie wohnen im Ausland. Sie arbeiten und zahlen Lohnsteuer in den Niederlanden

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und schicken Sie es an Anderzorg. Unsere Anschrift lautet: Postbus 1177, 7500 BD ENSCHEDE

Unsere E-mailadresse ist: polisbuitenland@anderzorg.nl

1. Versicherungsnehmer/Antragsteller

Versicherungsnehmer ist die Person, die bei Anderzorg eine Versicherung abschließt.

Der Versicherungsnehmer unterzeichnet das Formular und ist für die Beitragszahlung verantwortlich.

Vollständiger Vor- und Nachname _____ M* W*

Rufname _____ Geburtsdatum _____

Bürgerservice-/Sofinummer _____ Lohnsteuerpflichtig in* ___ den Niederlanden ___ im Ausland

Staatsangehörigkeit _____

Wohnadresse _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl, Wohnort, Land _____

Postanschrift _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl, Wohnort, Land _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____

2. Arbeitgeber/Unternehmen

Tragen Sie hier die Daten Ihres Arbeitgebers/Unternehmens ein.

Name _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl, Wohnort, Land _____

Telefon _____

Kontaktperson _____

Beschäftigungsbeginn _____ (Schicken Sie eine Kopie Ihres Arbeitsvertrages und Ihrer letzten Gehaltsabrechnung mit)

Eingangsdatum des Unternehmens _____ KvK-Nummer _____

(Schicken Sie eine Kopie der Einkommenserklärung mit, woraus hervorgeht, dass Beiträge zur Sozialversicherungen abgeführt werden. Falls Sie keine Einkommenserklärung haben, müssen Sie bei der SVB eine Untersuchung Ihrer Wlz-Versicherung beantragen und den Bescheid auch einreichen)

3. Sie führen Ihre Tätigkeiten normalerweise aus in*

___ den Niederlanden ___ Deutschland ___ Belgien anderen Ländern: _____

Wenn Sie nicht (nur) in den Niederlanden für einen niederländischen Arbeitgeber oder als selbstständiger Unternehmer tätig sind, muss festgestellt werden, welche Sozialversicherungsgesetze für Sie zutreffen. Dies ist vom zuständigen Träger in Ihrem Wohnland festzustellen. Für weitere Informationen siehe svb.nl/int/nl/id. Wir können Sie nur versichern, wenn Sie ein Formular A1 bekommen haben. Bitte fügen Sie dann eine Kopie dieses Formulars bei.

4. Wählen Sie Ihre freiwillige Selbstbeteiligung und Zusatzversicherung(en)*

Selbstbeteiligung: Für jeden Versicherten ab 18 Jahren gilt eine Pflichtselbstbeteiligung von € 385. Zusätzlich können Sie sich für eine freiwillige Selbstbeteiligung entscheiden. Sie bekommen dann eine Ermäßigung auf den Beitrag.

Zusatzversicherungen: Anderzorg akzeptiert Sie ohne Gesundheitsprüfung. Für weitere Informationen siehe anderzorg.nl.

Basisversicherung		Freiwillige Selbstbeteiligung Basisversicherung					Zusatzversicherung				
Anderzorg Basis		€ 100	€ 200	€ 300	€ 400	€ 500	Fysiotherapie	Tand 75% tot max € 250	Tand 75% tot max € 500	Buitenland en Tandongeval	Flex
Anderzorg Compact											

5. Zahlung per Lastschrift (Beiträge, Selbstbeteiligung, Zuzahlungen)

Kontonummer _____

Wie möchten Sie die Beiträge zahlen?*

- monatlich vierteljährlich (0,5 % Ermäßigung auf den Beitrag)
 halbjährlich (0,5 % Ermäßigung auf den Beitrag) jährlich (1 % Ermäßigung auf den Beitrag)

6. Heutige/vorige Versicherung*

Momentan versichert bei _____
Versichert bis _____ Versicherungsnummer _____
 Aus dem Militär entlassen am _____
 Aus der Haft entlassen am _____

7. Versicherung in Ihrem Heimatland

Wenn Sie in einem EU- oder EWR-Mitgliedsstaat oder der Schweiz wohnen und bei uns versichert sind, senden wir Ihnen, abhängig von Ihrem Heimatland, ein Formular S1/E 106 zu, oder melden Sie direkt bei einer Krankenkasse in Ihrem Heimatland an. Haben Sie Familienangehörige, dann können Sie danach in Ihrem Heimatland Familienversicherung beantragen. Für weitere Informationen siehe hetcak.nl.

8. Allgemeines

Sie teilen uns Angaben zu Ihrer Person mit, zum Beispiel Ihren Namen, Ihre Adresse und Ihr Geburtsdatum. Anderzorg geht sorgfältig mit diesen Angaben um. Anderzorg hält sich an die Bestimmungen des niederländischen Datenschutzgesetzes. Möchten Sie hierüber mehr erfahren? Dann schauen Sie auf anderzorg.nl. Um Betrug vorzubeugen, kontrollieren wir Ihre Daten bei der Stiftung CIS (Centraal Informatie Systeem). Siehe stichtingcis.nl für weitere Informationen. Anhand des ausgefüllten Antragsformulars bestimmen wir, ob wir Sie versichern können.

- Sie können die Versicherungsbedingungen auf anderzorg.nl/downloads nachlesen.
- Wenn wir Sie versichert haben, sind Sie auch für die Wlz, Wet Langdurige zorg (Gesetz über Langzeitpflege) versichert.
- Ab 18 Jahren zahlen Sie Beiträge für die Basisversicherung.
- Wählen Sie Zusatzversicherungen, so gehen diese zugleich mit der Basisversicherung ein.
- Wir können Ihre E-Mail-Adresse und Telefonnummer (für SMS-Nachrichten) zu kommerziellen Zwecken nutzen. Wir informieren Sie gerne über unsere neuen Produkte, aktuelle Entwicklungen und Aktionen. Möchten Sie das nicht, können Sie uns hierüber schriftlich oder über anderzorg.nl informieren.

9. Unterzeichnung

Ich habe dieses Formular wahrheitsgetreu ausgefüllt. Mir ist klar, dass ich eine Versicherung für ein Jahr abschließe, es sei denn, meine Arbeit und Lohnsteuerpflicht in den Niederlanden endet. Sofern ich die Versicherung nicht ordnungsgemäß kündige, verlängert sie sich automatisch um ein weiteres Jahr.

Datum _____ Unterschrift _____

* Zutreffendes ankreuzen