



De toelichting helpt u bij het invullen van dit formulier

AUB volledig invullen in blokletters met blauwe of zwarte pen

1 Gegevens aanvrager (= verzekeringnemer)

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw BSN¹⁾

Nationaliteit²⁾ NL Anders

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Land

Telefoon (privé) Telefoon (werk)

Telefoon mobiel E-mailadres

2 Ik meld de volgende personen aan voor de Beter Af Restitutie Polis (lees eerst de toelichting bij vraag 2)

Ik meld mijzelf ook aan. Ik hoef mijn gegevens hieronder niet meer in te vullen. Ik meld mijzelf niet aan.

Verzekerde 1	Voorletter(s) <input type="text"/>	Tussenvoegsel <input type="text"/>	Achternaam <input type="text"/>
	Geboortedatum <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	BSN ¹⁾ <input type="text"/>
			Relatie t.o.v. de verzekeringnemer <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Anders
	Nationaliteit ²⁾ <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders	<input type="text"/>	
Verzekerde 2	Voorletter(s) <input type="text"/>	Tussenvoegsel <input type="text"/>	Achternaam <input type="text"/>
	Geboortedatum <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	BSN ¹⁾ <input type="text"/>
			Relatie t.o.v. de verzekeringnemer <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Anders
	Nationaliteit ²⁾ <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders	<input type="text"/>	
Verzekerde 3	Voorletter(s) <input type="text"/>	Tussenvoegsel <input type="text"/>	Achternaam <input type="text"/>
	Geboortedatum <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	BSN ¹⁾ <input type="text"/>
			Relatie t.o.v. de verzekeringnemer <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Anders
	Nationaliteit ²⁾ <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders	<input type="text"/>	
Verzekerde 4	Voorletter(s) <input type="text"/>	Tussenvoegsel <input type="text"/>	Achternaam <input type="text"/>
	Geboortedatum <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	BSN ¹⁾ <input type="text"/>
			Relatie t.o.v. de verzekeringnemer <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Anders
	Nationaliteit ²⁾ <input type="checkbox"/> NL <input type="checkbox"/> Anders	<input type="text"/>	

3 Correspondentieadres (alleen invullen als het afwijkt van vraag 1)

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats Land

4 Deelname collectiviteit (lees eerst de toelichting bij vraag 4)

Naam collectiviteit

Collectiviteitsnr. Registratienr.

Welk gezinslid is lid van of werkt bij deze organisatie? Of welk gezinslid ontvangt een uitkering van deze instantie? (Meerdere gezinsleden mogelijk)

Verzekeringnemer Verzekerde 1 Verzekerde 2 Verzekerde 3 Verzekerde 4

5 Toetsing verzekeringsplicht (alleen invullen voor personen vanaf 18 jaar) (woont u in het buitenland, lees dan eerst de toelichting)

	Verzekeringnemer	Verzekerde 1	Verzekerde 2	Verzekerde 3	Verzekerde 4
Heeft u een persoonlijk inkomen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Ontvangt u uw persoonlijk inkomen uit	<input type="checkbox"/> Nederland	<input type="checkbox"/> Nederland	<input type="checkbox"/> Nederland	<input type="checkbox"/> Nederland	<input type="checkbox"/> Nederland
	<input type="checkbox"/> Buitenland	<input type="checkbox"/> Buitenland	<input type="checkbox"/> Buitenland	<input type="checkbox"/> Buitenland	<input type="checkbox"/> Buitenland
	<input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Beide	<input type="checkbox"/> Beide

6 Uw situatie. Waarom vraagt u een basisverzekering aan: (lees eerst de toelichting bij vraag 6)

Overstap van andere zorgverzekeraar per 1 januari op **2 0** - - - - - Afkomstig buitenland op - -

Ik ben collectief verzekerd en wijzig van collectiviteit op - - Onverzekerd sinds - -

Ik wil zelf verzekeringnemer worden op **0 1** - - - - - Anders nl

Ontstaan nieuw recht op basisverzekering op - -

¹⁾ Vergeet u niet om uw BSN in te vullen? Zonder uw BSN kunnen wij uw aanmelding niet in behandeling nemen.
²⁾ Als u of één van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit heeft, voeg dan een kopie toe van het vreemdelingendocument. Is het een nationaliteit van een land binnen de EU of EER, dan is een kopie van het paspoort voldoende.

