



Aansluitingsnummer
INSZ
Betreft

OEKRAÏNE

AANVRAAG OM INSCHRIJVING

(beoogd bij artikel 252 van het Koninklijk Besluit van 3.7.1996)

Ondergetekende:

Naam (in drukletters): Voornamen:
INSZ (indien niet gekend, de geboortedatum): Nationaliteit:
Hoofdverblijfplaats: straat nr. bus
gebouw postnummer woonplaats land
Correspondentieadres : straat nr. bus
gebouw postnummer woonplaats land
E-mail adres:
Beroep: Tel. nr.: Financieel rekeningnr.:
Geslacht: mannelijk vrouwelijk Taalrol: Frans Nederlands
Burgerlijke Stand: vrijgezel gehuwd feitelijk gescheiden weduw(e)(naar) echtgescheiden
 van tafel en bed gescheiden
Naam levenspartner: Nr. levenspartner

verzoekt om zijn/haar inschrijving als gerechtigde (1):

- arbeider gepensioneerde mindervalide
 bediende weduw(e)(naar) wees
 overheidsdienst student(e) invalide
 rijksregister (zijn uitgesloten de personen die recht hebben of kunnen hebben op geneeskundige verzorging krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging)
 lid van de kloostergemeenschappen
 zelfstandige. Benaming en adres van de Sociale Verzekeringskas:
.....
.....

en verbindt er zich toe om de wettelijke bepalingen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering na te leven.

Inlichtingen

1. Aangaande de vorige of nog bestaande aansluiting of onderwerping als "gerechtigde" of als "persoon ten laste"

Ik verklaar

- mijn laatst uitgeoefende activiteit was:
 deze activiteit stopgezet te hebben op
 aangesloten of onderworpen geweest te zijn als "gerechtigde"/persoon ten laste (2) aan een Belgisch of buitenlands stelsel (2) voor geneeskundige verzorging tot (3) Benaming en adres van die instelling (4):
in het bezit te zijn van een SIS-kaart: JA NEEN
aangesloten te zijn bij een Zorgkas (benaming): neen

2. Gezinsleden voor wie de gerechtigde de inschrijving als "persoon ten laste" vraagt (in te vullen in drukletters):

<input type="checkbox"/> ECHTGENO(O)T(E)	<input type="checkbox"/> PERSOON DIE SAMENWOONT MET DE GERECHTIGDE
Naam: Voornaam: Geslacht: <input type="checkbox"/> mannelijk <input type="checkbox"/> vrouwelijk Nationaliteit: Burgerlijke Stand: INSZ (of geboortedatum) Band van verwantschap: SIS-kaart: <input type="checkbox"/> ja afgeleverd door het ziekenfonds (benaming) <input type="checkbox"/> neen Was aangesloten bij het ziekenfonds (benaming): als gerechtigde/persoon ten laste (2) van de algemene regeling/regeling van de zelfstandigen (2) Aangesloten bij een Zorgkas (benaming) <input type="checkbox"/> neen	

<input type="checkbox"/> KIND(EREN)	<input type="checkbox"/> ASCENDENT(EN)
Naam: Voornaam: Geslacht: <input type="checkbox"/> mannelijk <input type="checkbox"/> vrouwelijk Nationaliteit: Burgerlijke Stand: INSZ (of geboortedatum) Band van verwantschap: SIS-kaart: <input type="checkbox"/> ja afgeleverd door het ziekenfonds (benaming): <input type="checkbox"/> neen Aangesloten bij een Zorgkas (benaming) <input type="checkbox"/> neen	
Naam: Voornaam: Geslacht: <input type="checkbox"/> mannelijk <input type="checkbox"/> vrouwelijk Nationaliteit: Burgerlijke Stand: INSZ (of geboortedatum) Band van verwantschap: SIS-kaart: <input type="checkbox"/> ja afgeleverd door het ziekenfonds (benaming): <input type="checkbox"/> neen Aangesloten bij een Zorgkas (benaming) <input type="checkbox"/> neen	
Naam: Voornaam: Geslacht: <input type="checkbox"/> mannelijk <input type="checkbox"/> vrouwelijk Nationaliteit: Burgerlijke Stand: INSZ (of geboortedatum) Band van verwantschap: SIS-kaart: <input type="checkbox"/> ja afgeleverd door het ziekenfonds (benaming): <input type="checkbox"/> neen Aangesloten bij een Zorgkas (benaming) <input type="checkbox"/> neen	
Naam: Voornaam: Geslacht: <input type="checkbox"/> mannelijk <input type="checkbox"/> vrouwelijk Nationaliteit: Burgerlijke Stand: INSZ (of geboortedatum) Band van verwantschap: SIS-kaart: <input type="checkbox"/> ja afgeleverd door het ziekenfonds (benaming): <input type="checkbox"/> neen Aangesloten bij een Zorgkas (benaming) <input type="checkbox"/> neen	

De gerechtigde ondergetekende verbindt er zich toe **ONMIDDELIJK** alle wijzigingen in de verzekeringshoedanigheden aan zijn/haar ziekenfonds mee te delen.

Hij (zij) onderschrijft tevens de bijkomende verzekering zoals voorzien door de statutaire beslissingen van Solidaris Brabant

.....
Handtekening

N.B. - indien u dit formulier niet zelf hebt ingevuld, moet u de vermelding "GELEZEN EN GOEDGEKEURD" vóór uw handtekening aanbrengen
 - indien u uw bijdragen via bankdomiciliëring wenst te betalen, gelieve bijgevoegd document in te vullen en te ondertekenen

- (1) een kruisje aanbrengen in het overeenstemmende vakje
- (2) schrappen wat niet past
- (3) deze regel is zonder belang voor de gerechtigde die om een mutatie of een transfer in het voordeel van Solidaris Brabant vraagt
- (4) het kan gaan om de NMBS, de DOSZ, de Hulp- en Voorzorgskas van de Zeevarenden, het Algemeen Stelsel van de Ziekteverzekering van de Europese Gemeenschappen, de NATO, de SHAPE.