

Verkorte aanvraag collectieve ziektekostenzekering 2024 Participatiewet

Als u een bijstandsuitkering heeft, kunt u met dit formulier de collectieve ziektekostenverzekering van de gemeente aanvragen.

1. Uw gegevens

Hieronder vult u uw gegevens in. Heeft u een partner waarmee u samenwoont? Dan hebben wij ook de gegevens van uw partner nodig.

	Uzelf	Uw partner
Naam + voorletter(s)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Burgerservicenummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straatnaam + huisnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postcode + woonplaats	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefoonnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-mailadres	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Kinderen tot 18 jaar

Hebt u thuiswonende minderjarige kinderen? Vult u dan onderstaande gegevens in.

Naam + voorletter(s)	Geboortedatum	BSN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Pakketkeuze

Voor welk pakket kiest u?

	Uzelf	Uw partner
Optimaal aanvullend 1 + Optimaal Aanvullend Tand 1 ster = € 158,95 p/m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optimaal aanvullend 2 + Optimaal Aanvullend Tand 1 ster = € 178,65 p/m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Optimaal aanvullend 3 + Optimaal Aanvullend Tand 2 ster = € 197,70 p/m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. (Tandarts) Verzekering

Bij welke ziektekostenverzekeraar bent u nu verzekerd?

Uzelf	Uw partner
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Draagt u een volledige gebitsprothese?*

Nee Ja

Nee Ja

*Als u een volledige gebitsprothese heeft, dan kunt u dit hier aangeven. U krijgt dan wel een aanvullende ziektekostenverzekering, maar dan zonder tandartsverzekering.

5. Verklaring

U en uw partner moeten het formulier ondertekenen. Als u het formulier ondertekent, gaat u akkoord met onderstaande tekst. Ik verklaar/wij verklaren:

- Alle vragen naar waarheid te hebben ingevuld.
- Ermee in te stemmen dat de gemeente de gegevens controleert op juistheid en volledigheid bij andere instanties.
- Ermee in te stemmen dat de gemeente de verstrekte gegevens opneemt in een persoonsregistratie.

Ik weet/wij weten dat:

- De gemeente een collectieve ziektekostenverzekering heeft afgesloten bij Zilveren Kruis.
- Dit formulier bedoeld is om na te gaan of ik/wij (o.a. wat inkomen en vermogen betreft) recht heb(ben) op deelname aan de collectieve ziektekostenverzekering.
- Ik/wij alleen per 1 januari van enig jaar kunnen overstappen naar Zilveren Kruis als ons inkomen per die datum minder of gelijk is aan 130% van de van toepassing zijnde bijstandsnorm en het vermogen onder het vrij te laten vermogen blijft.
- Dat de verschuldigde ziektekostenpremie maandelijks vooraf doorbetaald wordt aan Zilveren Kruis als ik/wij een uitkering van de gemeente heb(ben).
- Deelname aan de collectieve ziektekostenverzekering zal worden beëindigd per 1 januari volgend op het jaar waarin ik/wij niet langer voldoe(n) aan de genoemde voorwaarden, dan wel indien ik/wij een premieschuld heb(ben) opgebouwd van meer dan drie maanden.
- Zilveren Kruis alleen akkoord is met deelname aan de collectieve ziektekostenverzekering als er geen premieachterstanden zijn.

Handtekening uzelf

Handtekening partner

Datum

Datum

6. Meer informatie

Heeft u nog vragen over dit formulier? U kunt bellen met een medewerker van de Gemeentewinkel op werkdagen van 8.30 uur tot 16.30 uur via tel. (0593) 53 92 22 of kijk op www.middendrenthe.nl.

7. Sturen of afgeven

U kunt dit **ondertekende** formulier sturen naar de gemeente of afgeven op één van onze locaties.

Sturen

Postbus 24, 9410 AA Beilen
gemeente@middendrenthe.nl

Afgeven

Gemeentehuis Beilen
Raadhuisplein 1
ma, wo, vrij: 8.30-16.30 uur
di: 8.30-14.30 uur
do: 8.30-20.00 uur