



Formulario de inscripción - Formulario de modificación Seguro médico

¿Quiere usted inscribirse para el seguro médico?

Lea primero la siguiente información

Todas las personas que residen o trabajen legalmente en Bonaire, San Eustaquio o Saba pueden obtener derecho a atención médica en estas islas. Usted debe cumplir con una de las siguientes condiciones.

1. Residencia

Debe con una su documento de identidad o "sédula ID (card)". Con ese documento, puede usted inscribirse en la administración de asegurados.

2. Contrato de trabajo con un empleador local

Debe mostrar un contrato laboral. El contrato tiene que ser más de 3 meses.

3. Permiso de residencia o Certificado de admisión por ministerio de la ley

Debe presentar su permiso de residencia o certificado de pleno derecho. Si dispone de un permiso de residencia o un certificado de pleno derecho temporal.

4. Solicitud de renovación del permiso de residencia

Debe presentar un comprobante de la solicitud de renovación del permiso de residencia. Usted seguirá inscrito hasta que se resuelva su solicitud.

¿Qué otras condiciones debo cumplir para poder inscribirme?

- Sí No Usted debe haberse dado de baja en su país de origen, y puede demostrarlo con un prueba de traslado de residencia.
- Sí No Usted no tiene ningún otro seguro médico y puede demostrarlo con una declaración de esta aseguradora.
- Sí No Usted **no** tenía ningún seguro médico en su país de origen.

Otros, a saber:

Personalia

Nombres (completos)

Apellido (en caso de una mujer casada, apellido de soltera)

Número ID (sedula)

Válido hasta (mm/dd/aaaa)

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sexo: hombre mujer otro

Lugar y país de nacimiento

Nacionalidad

Médico de cabecera actual

Médico de cabecera nuevo

Formulario de inscripción - Formulario de modificación Seguro médico

Dirección

Calle

Número

Adición al número

Ciudad

Isla

Contacto

Número de teléfono

Teléfono móvil

Dirección de correo electrónico

Información del banco

Número de cuenta bancaria

Nombre y lugar Banco

A nombre de

Usted es responsable de notificar las modificaciones de su información de contacto y bancaria a Zorg en Jeugd Caribisch Nederland (ZJCN). Si no lo hace, esto podría tener consecuencias para futuros traslados médicos.

Al firmar este formulario, declara que ha completado el formulario de registro de manera correcta.

Lugar

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma

Nombre

A cumplimentar por Zorg en Jeugd Caribisch Nederland

Recibido el: (mm/dd/aaaa)

Recibido por:

Inschrijving op grond van

Geldig vanaf (mm/dd/yyyy)

Geldig tm (mm/dd/yyyy)

Sedula/ ID

Arbeidsovereenkomst

Verblijfsvergunning

Voortzetting verblijfsvergunning