



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Verplichte zorgverzekering als u in Nederland werkt

Compulsory health insurance if you
work in the Netherlands

L'assurance maladie est obligatoire
si vous travaillez aux Pays-Bas

Krankenversicherungspflicht bei
Beschäftigung in den Niederlanden

Seguro de Salud obligatorio si trabaja
en los Países Bajos

Seguro de saúde obrigatório para
trabalhadores na Holanda

Obowiązkowe ubezpieczenie
zdrowotne dla osób pracujących
w Holandii

Povinné zdravotní pojištění, pokud
jste zaměstnání v Nizozemsku

Asigurarea de sănătate obligatorie
pentru cei care lucrează în Olanda

Задължително здравно осигуряване,
ако работите в Нидерландия

Обязательное медицинское
страхование, если Вы работаете
в Нидерландах





Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Verplichte zorgverzekering als u in Nederland werkt

Inhoud / Contents

Werkt u in Nederland?	4
Dan bent u wettelijk verplicht een zorgverzekering af te sluiten!	
<i>Nederlands</i>	
Do you work in the Netherlands?	8
If so, you are legally obliged to take out health insurance!	
<i>Engels</i>	
Travaillez-vous aux Pays-Bas ?	12
Alors vous êtes légalement obligé(e) de contracter une assurance maladie !	
<i>Frans</i>	
Sie arbeiten in den Niederlanden?	16
Dann sind Sie gesetzlich zum Abschluss einer Krankenversicherung verpflichtet!	
<i>Duits</i>	
¿Si usted trabaja en los Países Bajos?	20
Está obligado a contratar un seguro de salud!	
<i>Spaans</i>	
Trabalha na Holanda?	24
Nesse caso, a lei obriga-o a ter um seguro de saúde!	
<i>Portugees</i>	

Pracują Państwo w Holandii?	28
To oznacza, że są Państwo prawnie zobowiązani wykupić ubezpieczenie zdrowotne!	
<i>Pools</i>	
Pracujete v Nizozemsku?	32
Pak jste ze zákona povinni uzavřít zdravotní pojištění!	
<i>Tsjechisch</i>	
Вы работаете в Нидерландах?	36
В таком случае, согласно нидерландскому законодательству Вы обязаны заключить договор медицинского страхования!	
<i>Russisch</i>	
Lucrați în Olanda?	40
Atunci aveți obligația legală de a încheia o asigurare de sănătate!	
<i>Roemeens</i>	
В Нидерландия ли работите?	44
В такъв случай законът Ви задължава да сключите здравна застраховка!	
<i>Bulgaars</i>	

Werkt u in Nederland?

Dan bent u wettelijk verplicht een zorgverzekering af te sluiten!

Zorgverzekeringsplicht

De zorgverzekering verzekert u voor de kosten van medische zorg.

Als u in Nederland werkt en loonbelasting betaalt valt u onder de Nederlandse sociale zekerheidswetgeving. U bent dan verplicht een zorgverzekering af te sluiten.

Een zorgverzekering is een Nederlandse verzekering voor ziektekosten die voldoet aan de vereisten van de Zorgverzekeringswet. Heeft u al een ziektekostenverzekering in uw eigen land? Dan moet u toch een zorgverzekering in Nederland afsluiten.

U bent namelijk verplicht een Nederlandse zorgverzekering te hebben zolang u in Nederland werkt.

Wat moet u doen om een zorgverzekering te sluiten?

U moet zelf de zorgverzekering afsluiten bij een zorgverzekeraar. Mogelijk heeft uw werkgever een collectieve zorgverzekering met gunstige voorwaarden voor zijn werknemers en kunt u zich daarbij aanmelden. Vraag uw werkgever hiernaar.

Elke zorgverzekeraar moet u altijd als verzekerde accepteren voor het basispakket.

Uw gezondheid of leeftijd speelt daarbij geen rol. De verzekerde zorg van het basispakket is bij elke zorgverzekeraar gelijk.

De premie kan per zorgverzekeraar verschillen. Kinderen onder de 18 jaar betalen geen premie.

Als u in Nederland werkt, hebben uw eventuele gezinsleden (partner en kinderen) die in een verdragsland¹ wonen, in hun woonland recht op medische zorg op kosten van de Nederlandse verzekering. Daarom moet u voor uw gezinsleden boven de 18 jaar een bijdrage betalen. Om in hun woonland zorg ten laste van Nederland te krijgen moeten uw gezinsleden zich aanmelden. Vraag uw zorgverzekeraar om een aanmeldingsformulier.

Let op: De zorgverzekeraar heeft het burgerservicenummer of sofinummer nodig voor de inschrijving. Een burgerservicenummer of sofinummer krijgt u meestal van uw werkgever. Is dat niet gebeurd? Vraag dan zelf een nummer aan bij de Belastingdienst. Bel om een afspraak te maken met de Belastingtelefoon: 0800 0543. Als u langer dan vier maanden in Nederland werkt dan moet u zich inschrijving bij de gemeente waar u verblijft. U krijgt dan uw burgerservicenummer van de gemeente.

Het verzekerde pakket

Wat zit er in het basispakket? Het basispakket geeft onder andere recht op zorg door huisartsen en specialisten, ziekenhuiszorg, geneesmiddelen, tandheelkundige zorg tot 22 jaar, specialistische tandheelkunde en het kunstgebit. Van uw zorgverzekeraar krijgt u informatie over het gehele verzekerde basispakket, hoe de kosten worden vergoed en bij welke zorgverleners u de medische zorg kunt krijgen.

Premie voor de zorgverzekering

U betaalt voor de zorgverzekering elke maand premie aan uw zorgverzekeraar. Ook betaalt u iedere maand voor uw eventuele aangemelde gezinsleden.

¹ Verdragslanden zijn: EU-lidstaten (België, Bulgarije, [Griekse deel van] Cyprus, Duitsland, Denemarken, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Litouwen, Luxemburg, Malta, Oostenrijk, Polen, Portugal, Roemenië, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk, en Zweden), de EER-lidstaten (Liechtenstein, Noorwegen en IJsland), Turkije, Marokko, Tunesië, Kaapverdië, Kroatië en Zwitserland.

Zorgtoeslag

Niet iedereen heeft hetzelfde inkomen. Om de premie voor de zorg-verzekering voor iedereen betaalbaar te houden, is er de zorgtoeslag. Dit is een tegemoetkoming in de kosten van de premie. Of iemand een zorgtoeslag krijgt, hangt af van het inkomen. Als uw inkomen lager is dan een bepaald bedrag heeft u recht op zorgtoeslag. Hoe lager het inkomen, hoe hoger de zorgtoeslag. Met de zorgtoeslag kunt u een deel van de premie betalen. U kunt zorgtoeslag aanvragen bij de Belastingdienst, afdeling toeslagen.

Woont u alleen en verdient u in 2008 minder dan € 29.069 (in 2009: € 32.502) dan heeft u recht op een zorgtoeslag van maximaal € 46 per maand (in 2009: € 57,66). Bent u getrouwd of woont u samen en verdient u samen met uw partner in 2008 minder dan € 47.520 (in 2009: € 47.880) dan is er recht op een zorgtoeslag van maximaal € 122 per maand (in 2009: € 121,75).

Eigen risico

Voor verzekerden van 18 jaar en ouder geldt in de basisverzekering een verplicht eigen risico van € 150 per jaar (in 2009 € 155). Dat betekent dat u de eerste €150 (in 2009 € 155) aan zorgkosten zelf moet betalen. Het eigen risico geldt per persoon. Het verplichte eigen risico geldt niet voor de huisarts, verloskundige zorg, kraamzorg en jeugdpakket tandheelkundige zorg voor jongeren tot 22 jaar. Voor kinderen tot 18 jaar geldt het eigen risico niet.

Een verzekerde kan kiezen voor een vrijwillig eigen risico. De mogelijkheden daarvoor verschillen per zorgverzekeraar. U bent niet verplicht een vrijwillig eigen risico te nemen. Voordeel is een lagere premie. Nadeel is dat u zelf een deel van de kosten moet betalen.

Wat gebeurt er als u zich te laat verzekerd?

Als u te laat een zorgverzekering afsluit krijgt u een boete en moet u zelf alle medische kosten betalen. Dat geldt ook voor de te late aanmelding van uw in een verdragsland wonende gezinsleden.

Wat als u ontslag krijgt of neemt?

Als u niet in Nederland woont en ontslag krijgt of ontslag neemt dan valt u niet meer onder de Nederlandse sociale zekerheidswetgeving. U moet dan uw zorgverzekering opzeggen.

Aanvullende verzekering

Wilt u een uitgebreidere verzekering? Dan kunt u kiezen voor een aanvullende ziektekosten-verzekering. Een aanvullende verzekering is niet verplicht.

Meer informatie

Informatie over de zorgverzekeraars en hun verzekeringen in het Nederlands vindt u op www.kiesbeter.nl.

Informatie over de zorgtoeslag vindt u op de website www.toeslagen.nl van de Belastingdienst. Op die website kunt u het aanvraagformulier downloaden.

U kunt een proefberekening maken op www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/.

Heeft u nog vragen? Bel dan gratis met Postbus 51. Op werkdagen bereikbaar van 08.00 tot 20.00 uur op telefoonnummer 0800-8051.

Heeft u hulp nodig bij het afsluiten van een zorgverzekering? Bel dan gratis met Stichting De Ombudsman: telefoonnummer 0800-6464644, bereikbaar op werkdagen van 10.00 tot 16.00 uur.

Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Do you work in the Netherlands?

If so, you are legally obliged to take out health insurance.

Compulsory health insurance

Health insurance provides insurance cover for the cost of medical care.

If you work and pay income tax in the Netherlands, you are subject to Dutch social security legislation. This means you are obliged by law to take out health insurance.

A health insurance policy is a Dutch insurance policy that provides coverage for healthcare costs and meets the requirements of the Dutch Health Insurance Act (Zorgverzekeringswet). Are you already insured for healthcare costs in your own country? If so, you still have to take out health insurance in the Netherlands. It is compulsory for you to have Dutch health insurance for the whole time that you work in the Netherlands.

What do you need to do to take out health insurance?

You must take out health insurance from a health insurance provider yourself. Your employer may offer collective health insurance at reduced rates for its staff and you may be eligible to join the scheme. Ask your employer for more details. Every health insurance provider is obliged to accept you for insurance under the basic health insurance package. Your health and age are irrelevant. The healthcare covered by

the basic health insurance package is the same for every health insurance provider. The premium payable may vary, depending on the health insurance provider. Children under 18 years of age do not pay a premium.

If you work in the Netherlands, any family members (partner and children) resident in a treaty country¹ are entitled to have their healthcare costs in their country of residence paid for under their Dutch insurance policy. You must therefore pay a contribution for any family members over the age of 18. In order to receive healthcare under Dutch insurance in their country of residence, your family members will need to register. Ask your healthcare insurance provider for a registration form.

Please note: The healthcare insurance provider will need the Citizen Service Number (burgerservicenummer, BSN) (previously known as the Tax and Social Insurance Number (sofinummer)) in order to complete the registration process. You will generally be issued with a Citizen Service Number (BSN number) by your employer. If you do not have this number, you can apply for one from the Dutch Tax and Customs Administration (Belastingdienst). To make an appointment, call the Tax and Customs Administration line on 0800 0543. If you are working in the Netherlands for longer than four months, you must also register at the local municipal authority where you are living. In that case the municipal authority will issue you with a Citizen Service Number.

The insurance package

What is covered by the basic health insurance package? The healthcare covered by the basic package includes care by general practitioners and specialists, hospital care, medicines, dental care up to the age of 22, specialist dental care and dentures. Your health insurance provider can provide you with more information about the

¹ The treaty countries are: EU Member States (Belgium, Bulgaria, [Greek part of] Cyprus, Germany, Denmark, Estonia, Finland, France, Greece, Hungary, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Austria, Poland, Portugal, Romania, Slovenia, Slovakia, Spain, Czech Republic, the United Kingdom and Sweden), EEA Member States (Liechtenstein, Norway and Iceland), Turkey, Morocco, Tunisia, Cape Verde, Croatia and Switzerland.

basic coverage, how the costs will be reimbursed and the healthcare providers from whom you can receive medical care.

Premium for health insurance

You pay a monthly premium to your health insurance provider for your health insurance. You also pay monthly for any family members who are registered.

Healthcare Allowance

Individual incomes can vary. In order to ensure that the health insurance premium is affordable for everyone, there is a healthcare allowance. This covers some of the cost of the premium. Eligibility for the healthcare allowance is dependent on income. If you earn less than a specific amount, you will be entitled to the healthcare allowance. The lower your income, the higher your healthcare allowance will be. The healthcare allowance covers part of the premium. To apply for the healthcare allowance, you should contact the allowances department of the Tax and Customs Administration. If you live alone and will earn less than € 29,069 in 2008 (in 2009: € 32,502), you will be entitled to a healthcare allowance of up to € 46 per month (in 2009: € 57.66). If you are married or cohabiting, and you and your partner jointly earn less than € 47,520 in 2008 (in 2009: € 47,880), you will be entitled to a healthcare allowance of up to € 122 per month (in 2009: € 121.75).

Excess

For insured persons aged 18 and over, there is a compulsory excess of €150 per year for the basic health insurance package (in 2009: €155). This means that you will have to pay the first €150 (in 2009: €155) towards your healthcare costs yourself. This excess applies per person. The compulsory excess does not apply for general practitioner care, natal care, maternity care and the dental care youth package for young people up to the age of 22. The excess does not apply for children up to the age of 18.

Policyholders can also opt to play a voluntary excess. Options for this voluntary excess vary, depending on the healthcare insurance provider. You are not obliged to opt for a voluntary excess. However, the advantage is that opting for a voluntary excess means a lower premium. The disadvantage is that you will have to pay part of the costs yourself.

What happens if you take out insurance too late?

If you take out healthcare insurance too late, you will be fined and you will have to pay all medical costs yourself. This also applies to family members living in a treaty country who register too late.

What happens if you resign or are dismissed from your job?

If you do not live in the Netherlands and resign or are dismissed from your job, you are no longer covered by Dutch social security legislation. You must then cancel your healthcare insurance.

Additional insurance

Would you prefer to have more extensive insurance coverage? In that case you can opt for additional healthcare insurance. It is not compulsory to take out additional healthcare insurance.

More information

Information about health insurance providers and the insurance they offer is available in Dutch at www.kiesbeter.nl. You can find information about the healthcare allowance on the Tax and Customs Administration website at www.toeslagen.nl. You can also download the application form from that website. You can calculate your entitlement at www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/.

Do you have any questions? You can call Postbus 51 free of charge. The service is available on work days from 8 a.m. until 8 p.m. on 0800-8051.

Do you need help to take out health insurance? You can call the Ombudsman Foundation free of charge on 0800-6464644, on work days from 10 a.m. until 4 p.m.

*No rights may be derived from this publication.
Ministry of Public Health, Welfare and Sport*

Travaillez-vous aux Pays-Bas ?

Alors vous êtes légalement obligé(e) de contracter une assurance maladie !

Obligation de contracter une assurance maladie

L'assurance maladie couvre vos frais de soins médicaux.

Si vous travaillez aux Pays-Bas et payez l'impôt sur le revenu, vous êtes soumis(e) à la législation néerlandaise sur l'assurance maladie. Vous êtes alors obligé(e) de contracter une assurance maladie. Une assurance maladie est une assurance néerlandaise, destinée à couvrir les frais de maladie, qui répond aux exigences de la Loi néerlandaise sur la couverture maladie. Avez-vous déjà une assurance maladie dans votre propre pays ? Vous devez quand même contracter une assurance maladie aux Pays-Bas. Vous êtes en effet obligé(e) d'avoir une assurance maladie néerlandaise aussi longtemps que vous travaillez aux Pays-Bas.

Que devez-vous faire pour contracter une assurance maladie ?

Vous devez vous-même contracter une assurance maladie auprès d'un assureur maladie. Il est possible que votre employeur ait contracté une assurance collective qui bénéficie de conditions favorables pour ses salariés et que vous puissiez vous y rattacher. Renseignez-vous auprès de votre employeur.

Tout assureur maladie est toujours obligé de vous accepter pour la formule de base.

Votre état de santé ou votre âge ne jouent dans ce cas aucun rôle. Les soins assurés faisant partie de la formule de base sont les mêmes chez tous les assureurs maladie. La cotisation peut cependant être différente d'un assureur à l'autre. Les enfants de moins de 18 ans ne paient pas de cotisation.

Si vous travaillez aux Pays-Bas, les membres éventuels de votre famille (partenaire et enfants) qui habitent dans un des pays au traité¹, ont droit aux soins médicaux dans leur pays de résidence aux frais de l'assurance néerlandaise. C'est pour cette raison que vous devez payer une contribution pour les membres de votre famille âgés de plus de 18 ans. Pour obtenir des soins médicaux dans leur pays de résidence aux frais de l'assurance néerlandaise, les membres de votre famille doivent s'inscrire. Demandez un formulaire d'inscription à votre assureur maladie.

Attention : l'assureur a besoin de votre numéro personnel d'identification ou numéro fisco-social (burgerservicenummer ou sofinummer) pour vous inscrire. Vous obtenez généralement ce numéro de votre employeur. Si cela n'est pas le cas, demandez vous-même ce numéro auprès du Service des impôts (Belastingdienst). Pour prendre rendez-vous, téléphonez au Belastingteleefoon : 0800 0543. Si vous travaillez plus de quatre mois aux Pays-Bas, vous devez vous inscrire auprès de la commune dans laquelle vous séjournerez. Vous obtiendrez alors votre numéro personnel d'identification de la commune.

Soins assurés

Quels sont les soins couverts par la formule de base ? Cette formule vous donne droit entre autres aux soins pratiqués par les médecins généralistes et les spécialistes, aux soins hospitaliers, aux médicaments, aux soins dentaires jusqu'à 22 ans, aux soins d'art dentaire spécialisé et aux prothèses dentaires. Vous obtiendrez de votre assureur maladie des informations sur l'ensemble des soins assurés par

¹ Les pays au traité sont : les États membres de l'UE (Belgique, Bulgarie, [Partie grecque de] Chypres, Allemagne, Danemark, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Autriche, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Espagne, Tchéquie, Royaume-Uni et Suède), les États membres de l'EEE (Liechtenstein, Norvège et Islande), la Turquie, le Maroc, la Tunisie, les îles du Cap-Vert, la Croatie et la Suisse.

cette formule de base, sur la façon dont les frais sont remboursés et auprès de quels prestataires de soins vous pouvez obtenir les soins médicaux.

Cotisation d'assurance maladie

Vous payez mensuellement la cotisation pour l'assurance maladie à votre assureur. Vous payez aussi chaque mois pour les éventuels membres inscrits de votre famille.

Allocation soins de santé

Tout le monde n'a pas le même revenu. L'allocation soins de santé a été créée dans le but de garantir à tous l'accessibilité aux soins. Il s'agit d'une participation aux frais de cotisation. L'attribution de l'allocation soins de santé est fonction du revenu de l'assuré(e). Si votre revenu est inférieur à une certaine somme, vous avez droit à l'allocation soins de santé. Plus votre revenu est faible, plus l'allocation soins de santé est élevée. Vous pouvez demander l'allocation soins de santé auprès du Service des impôts, département des allocations (afdeling toeslagen).

Si vous habitez seul(e) et si votre revenu en 2008 est inférieur à 29 069 euros (en 2009 : 32 502 euros) vous avez droit à une allocation soins de santé mensuelle de 46 euros maximum (en 2009 : 57,66 euros).

Si vous êtes marié(e) ou si vous vivez en concubinage et si votre revenu commun en 2008 est inférieur à 47 520 euros (en 2009 : 47 880 euros), l'allocation à laquelle vous avez droit s'élève à maximum 122 euros par mois (en 2009 : 121,75 euros).

Franchise

Dans la formule de base, les assurés âgés de 18 ans et plus sont soumis à une franchise obligatoire de 150 euros par an (en 2009 : 155 euros). Cela signifie que vous devez payer vous-même les 150 premiers euros de soins médicaux que vous recevez (en 2009 : 155 euros). La franchise est valable par personne. La franchise obligatoire ne s'applique pas aux soins pratiqués par le médecin généraliste, aux soins d'obstétrique, aux soins postnatals et aux soins dentaires pour les jeunes jusqu'à 22 ans. La franchise ne s'applique pas non plus aux enfants de moins de 18 ans.

Les assurés peuvent choisir de se soumettre à une franchise volontaire. Les possibilités diffèrent selon l'assureur maladie. Vous n'êtes pas obligé(e) de prendre une franchise volontaire. L'avantage est que la cotisation est plus faible. L'inconvénient est que vous devez prendre à votre charge une partie de vos frais de santé.

Que se passe-t-il si vous vous assurez trop tard ?

Si vous contractez trop tard une assurance maladie, une amende vous sera infligée et vous devrez payer vous-même tous les frais médicaux. Cela est également le cas si vous inscrivez trop tard les membres de votre famille résidant dans un des pays au traité.

Que se passe-t-il si vous êtes licencié(e) ou si vous donnez votre démission ?

Si vous êtes licencié(e) ou si vous donnez votre démission alors que vous ne résidez pas aux Pays-Bas, vous n'êtes plus soumis(e) à la législation néerlandaise d'assurance sociale. Vous devez alors résilier votre assurance maladie.

Assurance complémentaire

Souhaitez-vous contracter une assurance plus étendue ? Vous devez alors opter pour une assurance complémentaire. L'assurance complémentaire n'est pas obligatoire.

Informations supplémentaires

Vous trouverez des informations sur les assureurs maladie et les assurances qu'ils proposent sur le site internet www.kiesbeter.nl.

Les informations à propos de l'allocation soins de santé sont présentées sur le site internet www.toeslagen.nl du Service des impôts (Belastingdienst). Vous pouvez y télécharger un formulaire de demande d'allocation. Vous pouvez effectuer un calcul d'allocation sur www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/.

Avez-vous encore des questions ? Téléphonnez alors gratuitement à Postbus 51, accessible les jours ouvrables entre 8 et 20 heures au numéro 0800-8051.

Avez-vous besoin d'aide pour contracter une assurance maladie ? Téléphonnez alors gratuitement à la Fondation De Ombudsman : numéro 0800-6464644, accessible les jours ouvrables de 10 à 16 heures.

*Aucun droit ne peut être tiré de cette publication
Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports*

Sie arbeiten in den Niederlanden?

Dann sind Sie gesetzlich zum Abschluss einer Krankenversicherung verpflichtet!

Krankenversicherungspflicht

Die Krankenversicherung deckt die Kosten für die medizinische Versorgung. Wenn Sie in den Niederlanden beschäftigt sind und Lohnsteuer abführen, fallen Sie unter die niederländische Sozialgesetzgebung. In diesem Falle sind Sie zum Abschluss einer Krankenversicherung verpflichtet. Die so genannte Zorgverzekerung ist in den Niederlanden eine Krankenversicherung, die den Anforderungen des Krankenversicherungsgesetzes entspricht. Sie haben bereits eine Krankenversicherung in Ihrem Heimatland? Dann sind Sie doch gehalten, in den Niederlanden eine solche Versicherung abzuschließen, da nämlich für die Dauer der Beschäftigung in den Niederlanden eine Krankenversicherungspflicht besteht.

Was müssen Sie zum Abschluss einer Krankenversicherung tun?

Sie sind gehalten, selbst bei einem Anbieter eine Krankenversicherung abzuschließen. Möglicherweise bietet Ihr Arbeitgeber eine kollektive Krankenversicherung mit günstigen Bedingungen für seine Arbeitnehmer, bei der Sie sich anmelden können. Fragen Sie Ihren Arbeitgeber danach. Jeder Krankenversicherer ist verpflichtet, Sie in das Basispaket aufzunehmen, ungeachtet Alter

und Gesundheitszustand. Der Versicherungsumfang des Basispaketes ist bei jedem Krankenversicherer gleich, lediglich die Beiträge können sich je Krankenversicherer unterscheiden. Kinder unter 18 Jahren sind beitragsfrei mitversichert.

Wenn Sie in den Niederlanden beschäftigt sind, haben Ihre Familienmitglieder (Partner und Kinder), die in einem Vertragsland¹ wohnhaft sind, in diesem Wohnland Anspruch auf medizinische Versorgung auf Kosten der niederländischen Versicherung. Daher müssen Sie für Familienmitglieder über 18 Jahren einen Beitrag entrichten. Damit Ihre Familienmitglieder in ihrem jeweiligen Wohnland Anspruch auf Krankenversicherungsleistungen aus den Niederlanden geltend machen können, müssen diese bei der niederländischen Krankenversicherung angemeldet werden. Fragen Sie Ihren Krankenversicherer nach einem Anmeldeformular.

Bitte beachten Sie: Die Krankenversicherung benötigt für die Anmeldung eine so genannte Burgerservicenummer (Bürger-Servicenummer) oder Sofinummer (Sozialversicherungs- und Steuernummer), die Sie meist von Ihrem Arbeitgeber erhalten. Wenn dies nicht der Fall sein sollte, fordern Sie dann selbst eine Nummer beim Finanzamt an. Rufen Sie zwecks Terminvereinbarung beim Belastingtelefoon (Steuertelefon) an: 0800 0543. Wenn Sie länger als vier Monate in den Niederlanden beschäftigt sind, müssen Sie sich bei der Gemeinde, in der Sie Ihren Wohnsitz haben, anmelden. In diesem Falle erhalten Sie Ihre Burgerservicenummer von der Gemeinde.

Versicherungspaket

Welche Leistungen umfasst das Basispaket? Das Basispaket umfasst unter anderem die medizinische Versorgung durch Hausärzte und Fachärzte, Krankenhaus, Medikamente, zahnärztliche Versorgung bis 22 Jahre, fachärztliche zahnmedizinische Versorgung und Zahnprothesen. Von Ihrem Krankenversicherer

¹ Vertragsländer sind: die EU-Mitgliedsstaaten (Belgien, Bulgarien [griechischer Teil von] Zypern, Deutschland, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Ungarn, Irland, Italien, Lettland, Litauen, Luxemburg, Malta, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Slowenien, Slowakei, Spanien, Tschechien, Großbritannien und Schweden), die EER-Mitgliedsländer (Liechtenstein, Norwegen und Island), Türkei, Marokko, Tunesien, Kapverden, Kroatien und die Schweiz.

erhalten Sie Einzelheiten zum Versicherungsumfang des Basispaketes, zur Kostenerstattung und zu den medizinischen Leistungen der einzelnen Anbieter medizinischer Dienstleistungen.

Krankenversicherungsbeitrag

Für Ihre Krankenversicherung zahlen Sie jeden Monat einen Beitrag, ebenso wie für eventuell angemeldete Familienmitglieder.

Zorgtoeslag (Krankenkassenzuschuss)

Nicht jeder bezieht das gleiche Einkommen, und damit die Krankenversicherungsbeiträge für alle Arbeitnehmer erschwinglich bleiben, wird eventuell ein Krankenkassenzuschuss gewährt. Es handelt sich dabei um einen finanziellen Beitragszuschuss. Ob ein solcher Krankenkassenzuschuss gewährt wird, hängt von der Höhe des Einkommens ab. Liegt Ihr Einkommen unter einer bestimmten Grenze, haben Sie Anspruch auf einen solchen Zuschuss. Je niedriger das Einkommen, umso höher der Zuschuss. Mit dem Krankenkassenzuschuss wird ein Teil des Beitrags abgedeckt. Der Zuschuss kann beim Finanzamt bei der Zuschussabteilung beantragt werden.

Führen Sie einen Einzelhaushalt und lag Ihr Einkommen 2008 unter € 29.069 (2009: € 32.502), dann haben Sie Anspruch auf Krankenkassenzuschuss von maximal € 46 monatlich (2009: € 57,66).

Sind Sie verheiratet oder leben Sie in einer eheähnlichen Gemeinschaft und lag das gemeinsame Einkommen 2008 unter € 47.520 (2009: € 47.880), dann haben Sie Anspruch auf Krankenkassenzuschuss von maximal € 122 monatlich (2009: € 121,75).

Eigenbehalt

Für Versicherte ab 18 Jahren gilt in der Basisversicherung ein obligatorischer Eigenbehalt von € 150 pro Jahr (2009: € 155). Das heißt, dass Sie die ersten € 150 (2009: € 155) an medizinischen Kosten selbst tragen müssen. Dieser Eigenbehalt gilt jeweils pro Person. Ausgenommen davon sind Hausarztbesuche, Geburtshilfe, Mutterfürsorge nach der Geburt und das Jugendpaket zahnärztliche Versorgung für Jugendliche bis 22 Jahre. Der Eigenbehalt gilt nicht für Kinder bis 18 Jahre.

Ein Versicherter kann einen zusätzlichen freiwilligen Eigenbehalt wählen, wobei sich die entsprechenden Möglichkeiten je Krankenversicherer unterscheiden. Sie

sind nicht zum Abschluss eines freiwilligen Eigenbeitrages verpflichtet. Vorteil ist der niedrigere Beitrag, Nachteil die Tatsache, dass Sie selbst einen Teil der Kosten übernehmen müssen.

Was geschieht bei einer verspäteten Versicherung?

Der verspätete Abschluss einer Krankenversicherung wird mit einem Bußgeld geahndet, die bereits entstandenen medizinischen Kosten müssen außerdem selbst getragen werden. Dies gilt auch für die eine verspätete Anmeldung Ihrer in einem Vertragsland wohnhaften Familienmitglieder.

Was geschieht im Kündigungsfall, selbst oder durch den Arbeitgeber?

Wenn Sie nicht in den Niederlanden ansässig sind und entlassen werden oder selbst kündigen, fallen Sie nicht mehr unter die niederländische Sozialgesetzgebung. Sie müssen dann Ihre Krankenversicherung kündigen.

Zusatzversicherung

Sie wünschen umfassendere Versicherungsleistungen? In diesem Falle können Sie eine Zusatzkrankenversicherung abschließen, die jedoch nicht vorgeschrieben ist.

Weitere Informationen

Informationen zu den Krankenversicherungen und deren Angebote finden Sie auf Niederländisch unter www.kiesbeter.nl. Informationen zum Krankenkassenzuschuss sind zu finden auf der Website des Finanzamts www.toeslagen.nl. Hier können Sie auch das Antragsformular herunterladen. Sie können Ihren Beitrag selbst errechnen unter www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/.

Sie haben noch Fragen? Rufen Sie dann kostenlos an bei Postbus 51, an Werktagen erreichbar in der Zeit von 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr unter der Telefonnummer 0800-8051. Sie benötigen Hilfe beim Abschluss einer Krankenversicherung? Rufen Sie dann kostenlos bei der Stiftung De Ombudsman an: Telefonnummer 0800-6464644, erreichbar an Werktagen von 10:00 Uhr bis 16:00 Uhr.

*Aus dieser Informationsschrift können keinerlei Rechte abgeleitet werden.
Ministerium für Gesundheit, Gemeinwohl und Sport*

¿Si usted trabaja en los Países Bajos?

Está obligado a contratar un seguro de salud

Seguro de salud obligatorio

El seguro de salud cubre sus gastos médicos.

Si usted trabaja en los Países Bajos y paga el impuesto sobre la renta anual (el equivalente al IRPF) está sujeto a la Ley Neerlandesa de la Seguridad Pública y, en consecuencia, tiene la obligación de tener un seguro de salud. Un seguro de salud es un seguro neerlandés para costear los gastos por enfermedad según las exigencias de la Ley de Seguridad Pública. Aunque ya esté asegurado en su país tiene que contratar un seguro de salud en los Países Bajos. En tanto que trabaje en los Países Bajos tiene la obligación de tener un seguro de salud neerlandés.

¿Cómo puedo contratar un seguro de salud?

Usted mismo/a tiene que acudir a una compañía aseguradora. Es posible que en la empresa donde trabaja exista un seguro colectivo con condiciones favorables para los empleados y pueda acogerse a él. Pregunte al director de la empresa.

Toda empresa aseguradora tiene la obligación de aceptarle como asegurado en su paquete básico. El estado de su salud o su edad no son relevantes al respecto. El paquete básico de seguro es idéntico en todas las aseguradoras, aunque la cuota puede variar de una a otra. Los niños y menores de 18 años no pagan cuota.

Si trabaja en los Países Bajos, los miembros de su familia (cónyuge e hijos) que vivan en un país del Tratado¹, tienen derecho a recibir, en su país, atención médica a costa del seguro de salud neerlandés. Para los miembros de su familia mayores de 18 años tiene que pagar una cuota. Pida un formulario de inscripción a su aseguradora.

Nota: Para inscribirse en la compañía aseguradora necesita presentar su número de identificación social o fiscal. Normalmente, su empresa le facilita este número (burgerservicenummer o sofinummer). Si no es así, haga una cita con Hacienda (Belastingdienst), llamando al 0800 – 0543 para solicitar su número. Si lleva más de cuatro meses trabajando en los Países Bajos, tendrá que registrarse en el ayuntamiento donde reside para obtener el número de identificación social.

Paquete de seguro

¿Qué cubre el paquete de seguro? El paquete básico cubre las visitas al médico de cabecera y los especialistas, atención hospitalaria, medicinas, odontología hasta los 22 años de edad, odontología especializada y dentadura postiza. Su aseguradora le informará sobre el paquete de seguro completo, la indemnización de los costes y las direcciones donde puede recibir atención médica.

Cuotas del seguro de salud

Por el seguro de salud tiene que abonar una cuota mensual a su compañía aseguradora. También debe pagar cada mes por los miembros de su familia incluidos en el seguro.

¹ Países del Tratado: Estados miembro de la Unión Europea (Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Chipre (parte griega), Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania y Suecia), los estados miembros del EEE (Islandia, Liechtenstein y Noruega), Turquía, Marruecos, Túnez, Cabo Verde, Croacia y Suiza.

Pluses

No todo el mundo percibe el mismo salario. El plus permite que la cuota del seguro de salud sea asequible para todos los ciudadanos. Se trata de una ayuda en los costes de la cuota. El salario determina si se puede recibir este suplemento y la cantidad asignada. Si su sueldo es inferior a una determinada cantidad, tiene derecho al plus. Cuanto más bajo sea el salario, más alto será el plus. Con este suplemento puede pagar una parte de su cuota. Puede solicitar el plus a la sección de suplementos de Hacienda.

Si vive solo/a y su sueldo en el 2008 es inferior a 29 069 € (en el 2009: 32 502 €), tiene derecho a recibir un plus de hasta 46 € al mes (en el 2009: 57,66 €).

Si está casado/a o vive con su pareja y los ingresos conjuntos son, en el 2008, inferiores a 47 520 € (en el 2009: 47 880 €), tiene derecho a percibir un plus de hasta 122 € al mes (en el 2009: 121,75 €).

Franquicia

Para los asegurados a partir de los 18 años de edad, el seguro básico obliga a tener una franquicia de 150 € al año (en el 2009: 155 €). Es decir que los primeros 150 euros (en el 2009: 155 €) de costes sanitarios corren por su propia cuenta. La franquicia varía según la persona. La franquicia obligatoria no se aplica a los costes en médico de cabecera, atención al sobrepeso y odontología a menores de 22 años de años. Niños y menores de 18 años no necesitan franquicia.

La persona asegurada puede contratar una franquicia voluntaria, en tanto que no es obligatoria. Las posibilidades para ello varían según la compañía aseguradora. La ventaja de una franquicia voluntaria es su cuota reducida; la desventaja es que una parte de los gastos corren por su propia cuenta.

¿Qué ocurre si se asegura demasiado tarde?

Si tarda demasiado en contratar un seguro de salud o en informar de los miembros de su familia residentes en un país del Tratado, será sancionado y tendrá que pagar todos los costes médicos.

¿Qué ocurre si dimite o es despedido de su trabajo?

Si no reside en los Países Bajos y dimite o es despedido de su trabajo, quedará fuera del amparo de la Ley neerlandesa de seguros sociales. En consecuencia, tendrá que cancelar su seguro de salud.

Seguro adicional

Si desea ampliar su seguro puede escoger un seguro de salud adicional. El seguro adicional no es obligatorio.

Más información

En www.kiesbeter.nl puede leer más información, en neerlandés, sobre las compañías aseguradoras y sus seguros.

En la página www.toeslagen.nl de Hacienda puede leer información sobre los pluses.

Aquí puede también descargar un formulario de solicitud. En www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/ puede hacer un cálculo orientativo.

Si tiene alguna pregunta, contacte con el Postbus 51 llamando gratuitamente al 0800-8051; atención al público los días laborables de 08:00 a 20:00.

Si necesita ayuda para contratar un seguro de salud, contacte con el “Stichting De Ombudsman” (el defensor del pueblo) llamando gratuitamente al 0800-6464644, atención al público los días laborables de 10:00 a 16:00.

Esta publicación se reserva todos los derechos.

Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte de los Países Bajos

Trabalha na Holanda?

Nesse caso, a lei obriga-o a ter um seguro de saúde!

Obrigatoriedade de seguro de saúde

O seguro de saúde cobre os custos relacionados com cuidados de saúde. Se trabalha na Holanda e paga imposto sobre os rendimentos, encontra-se sob o regime de segurança social holandês. Nesse caso é obrigado a ter um seguro de saúde! Esse seguro trata-se de um seguro holandês para cuidados de saúde que cumpre as disposições da Lei sobre Seguros de Saúde. Já possui um seguro de saúde no seu país de origem? Mesmo nesse caso terá de efectuar um seguro de saúde na Holanda. A lei holandesa obriga a que possua um seguro de saúde holandês desde que trabalhe na Holanda!

O que tem de fazer para efectuar um seguro de saúde?

Deverá efectuar pessoalmente um seguro de saúde junto de uma companhia de seguros. Possivelmente, o seu empregador dispõe de um seguro de saúde colectivo ao qual poderá aderir, com condições vantajosas para os trabalhadores. Informe-se sobre este assunto junto do seu empregador.

Qualquer seguradora está obrigada a aceitá-lo como segurado para um seguro básico. O seu estado de saúde ou a sua idade não são relevantes neste caso.

A assistência de saúde assegurada pelo seguro básico é igual em qualquer seguradora, mas o prémio a pagar pode variar entre as várias seguradoras. As crianças com idades inferiores a 18 anos estão isentas de pagamento.

Se trabalhar na Holanda, os eventuais membros da sua família (cônjuge ou convivente e filhos) que residem num país participante da Convenção¹, têm direito a assistência médica no país de residência, sendo que os custos respectivos ficam a cargo da seguradora holandesa. Por este motivo, também é obrigatório o pagamento de uma contribuição para os membros da sua família com idades superiores a 18 anos. Os membros da família devem inscrever-se de modo a poderem receber assistência médica no país onde residem às custas da seguradora holandesa. Solicite um formulário de inscrição junto da sua seguradora de saúde.

Atenção: A seguradora necessita do seu número de identificação único ou número de contribuinte para efectuar a inscrição. Em princípio, poderá obter o número de identificação único ou o número de contribuinte junto do seu empregador. Se tal ainda não aconteceu, poderá pedir pessoalmente um número de contribuinte junto do Serviço de Impostos. Para tal, poderá contactar o Serviço de Impostos através do número de telefone 0800 0543. No caso de trabalhar na Holanda durante um período superior a quatro meses terá de inscrever-se no município onde reside. O seu número de identificação único ser-lhe-á então fornecido pelo município.

Cobertura do seguro

O que é que o seguro básico cobre? O seguro básico dá direito, entre outros, a consultas a médicos de família e especialistas, tratamentos hospitalares, medicamentos, cuidados de medicina dentária até aos 22 anos, cuidados especializados de medicina dentária e próteses dentárias (placa). A sua seguradora poderá informá-lo sobre toda a cobertura do seguro básico, como são pagos os

1 Países del Tratado: Estados miembro da União Europeia (Alemanha, Austría, Bélgica, Bulgária, Chipre (parte grega), Dinamarca, Slovenia, Slovaquia, Espanha, Estonia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania y Suecia), los estados miembros do EEE (Liechtenstein, Noruega e Islandia), Turquía, Marruecos, Túnez, Cabo Verde, Croacia y Suiza.

custos efectuados e quais as instâncias de saúde onde poderá recorrer aos cuidados médicos.

Prémio de seguro de saúde

Deverá pagar mensalmente à sua companhia de seguros um prémio relativo ao seguro de saúde. A quantia relativa aos seus familiares segurados também deverá ser paga mensalmente.

Subsídio de saúde

Nem todos os rendimentos são iguais. Por isso, e para que o prémio do seguro de saúde possa ser suportado por todos, existe um subsídio de saúde. Este subsídio destina-se a compensar parte dos custos do prémio de cuidados de saúde. Este subsídio é atribuído de acordo com o valor do rendimento de cada um. Se o seu rendimento for inferior a determinado montante, terá direito ao subsídio de saúde. Quanto mais baixo for o rendimento, mais elevado será o subsídio de saúde. Com este subsídio poderá pagar parte do prémio de cuidados de saúde. Poderá solicitar o subsídio de saúde junto do Serviço de Impostos, no departamento de subsídios. Se vive sozinho e o seu rendimento em 2008 foi inferior a 29.069 € (em 2009: 32.502 €) terá direito a um subsídio de saúde de, no máximo, 46 € por mês (em 2009: 57,66 €). Se é casado ou vive junto com convivente e o rendimento conjunto em 2008 foi inferior a 47.520 € (em 2009: 47.880 €) terá direito a um subsídio de saúde de, no máximo, 122 € por mês (em 2009: 121,75 €).

Franquia

Para os segurados com idade superior a 18 anos, o seguro básico de saúde inclui uma franquia obrigatória de 150 € anuais (em 2009 – 155 €). Isso significa que os primeiros 150 € (em 2009 - 155 €) relativos a cuidados de saúde deverão ser suportados pelo segurado. Esta franquia aplica-se por pessoa. A franquia obrigatória não é aplicável no caso de consultas a médicos de família, serviços de maternidade, cuidados do bebé e pós-parto e cuidados de medicina dentária até aos 22 anos. A franquia não é aplicável a segurados com idade inferior a 18 anos.

O segurado pode escolher também uma franquia voluntária. As possibilidades para tal divergem de seguradora para seguradora. Não é obrigatório ter uma franquia voluntária.

A vantagem disso é que o prémio mensal será mais baixo mas, por outro lado, terá de suportar pessoalmente uma parte dos custos de cuidados de saúde.

O que acontece se efectuar o seguro de saúde demasiado tarde?

Se efectuar o seguro de saúde demasiado tarde receberá uma multa e terá de pagar pessoalmente todos os custos de assistência médica que efectuar. Isso também se aplica aos membros da família que residem num dos países participantes da Convenção e que tenham feito a sua inscrição tardiamente.

O que acontece se for despedido ou se se despedir?

Se não reside na Holanda e for despedido ou se se despedir deixará de estar sob o regime de segurança social holandês. Nessa altura deverá cancelar o seu seguro de saúde.

Seguro suplementar

Deseja um seguro mais abrangente? Poderá então optar por um seguro suplementar de cuidados de saúde. Este seguro suplementar não é obrigatório.

Mais informação

Para mais informação em holandês sobre seguradoras e sobre os seguros disponibilizados, poderá consultar www.kiesbeter.nl. Para mais informação sobre o subsídio de saúde poderá consultar o website www.toeslagen.nl do Serviço de Impostos. Nesse website poderá descarregar um formulário de inscrição. Poderá efectuar um cálculo de teste no site www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/.

Tem outras questões a colocar? Nesse caso, poderá contactar o centro informativo Postbus 51 através do número de telefone grátis 0800-8051. Este serviço está disponível nos dias úteis das 08.00 às 20.00 horas.

Necessita de ajuda para efectuar o seu seguro de saúde? Nesse caso poderá contactar a Provedoria de Justiça [Stichting De Ombudsman] através do número de telefone grátis 0800-6464644, disponível nos dias úteis das 10.00 às 16.00 horas.

Todos os direitos reservados.

Ministério da Saúde, Bem-Estar e Desporto

Pracują Państwo w Holandii?

To oznacza, że są Państwo prawnie zobowiązani wykupić ubezpieczenie zdrowotne!

Obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne

Ubezpieczenie zdrowotne obejmuje koszty opieki medycznej. Jeśli pracują Państwo w Holandii i odprowadzają tutaj podatek, są Państwo objęci holenderskim ustawodawstwem w sprawie ubezpieczeń społecznych. To oznacza, że są Państwo prawnie zobowiązani wykupić ubezpieczenie zdrowotne. Ubezpieczenie zdrowotne to holenderskie ubezpieczenie od kosztów leczenia, które spełnia wymogi ujęte w Ustawie w sprawie ubezpieczeń zdrowotnych. Posiadają Państwo już ubezpieczenie zdrowotne w kraju pochodzenia? I tak muszą Państwo wykupić w Holandii ubezpieczenie zdrowotne. W czasie, w którym pracują Państwo w Holandii, muszą Państwo posiadać holenderskie ubezpieczenie zdrowotne.

Co należy zrobić, aby wykupić ubezpieczenie zdrowotne?

Ubezpieczenie zdrowotne należy wykupić samodzielnie u ubezpieczyciela. Możliwe, że Państwa pracodawca wykupił zbiorowe ubezpieczenie zdrowotne na korzystnych warunkach dla swoich pracowników. W takim przypadku można skorzystać ze zbiorowej oferty. Proszę zapytać Państwa pracodawcę o taką możliwość. W przypadku podstawowego pakietu ubezpieczenia żaden ubezpieczyciel nie może

odmówić podpisania umowy z ubezpieczonym. Państwa stan zdrowia lub wiek nie mają w tym wypadku znaczenia. Opieka gwarantowana w ramach pakietu podstawowego jest identyczna dla wszystkich ubezpieczycieli. Wysokość składki może się różnić w zależności od towarzystwa ubezpieczeniowego. Dzieci do lat 18 są zwolnione ze składki.

Jeśli pracują Państwo w Holandii, członkowie Państwa rodziny (partner i dzieci), którzy mieszkają w jednym z krajów-sygnatariuszy Traktatu¹, mają w swoim kraju zamieszkania prawo do opieki zdrowotnej na koszt holenderskiego ubezpieczyciela. Dlatego też muszą Państwo opłacić składkę za członków rodziny powyżej 18 roku życia. Aby korzystać z opieki medycznej na koszt Holandii, Państwa członkowie rodziny muszą zostać zgłoszeni do programu. Proszę zwrócić się do ubezpieczyciela o wydanie formularza zgłoszeniowego.

Uwaga: Aby dokonać rejestracji, ubezpieczyciel będzie potrzebował numeru BSN lub numeru sofi. Numer BSN lub numer sofi zazwyczaj otrzymują Państwo od pracodawcy. Nie otrzymali Państwo numerów BSN lub sofi od pracodawcy? Proszę samodzielnie wystąpić o wydanie numeru w Urzędzie Podatkowym. Proszę się umówić na wizytę dzwoniąc pod numer infolinii podatkowej: 0800 0543. Jeśli pracują Państwo w Holandii przez okres dłuższy niż cztery miesiące, należy się zameldować w gminie, w której Państwo mieszkają. W tym przypadku numer BSN wyda Państwu gmina.

Pakiet gwarantowany

Co obejmuje pakiet podstawowy? Pakiet podstawowy daje między innymi prawo do bezpłatnego leczenia u lekarza rodzinnego i u lekarzy specjalistów, do opieki szpitalnej, leków, opieki stomatologicznej do 22. roku życia, specjalistycznego leczenia stomatologicznego oraz do leczenia protetycznego. Ubezpieczyciel udzieli Państwu informacji na temat całego gwarantowanego pakietu podstawowego, zwrotu kosztów oraz placówek, w których można skorzystać z opieki medycznej.

¹ Kraje-sygnatariusze to: państwa członkowskie UE (Belgia, Bułgaria, [grecka część] Cypru, Niemcy, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Węgry, Irlandia, Włochy, Łotwa, Litwa, Luksemburg, Malta, Austria, Polska, Portugalia, Rumunia, Słowenia, Słowacja, Hiszpania, Czechy, Zjednoczone Królestwo i Szwecja), oraz państwa członkowskie EOG (Liechtenstein, Norwegia i Islandia), Turcja, Maroko, Tunezja, Wyspy Zielonego Przylądka, Chorwacja i Szwajcaria.

Składka na ubezpieczenie zdrowotne

Co miesiąc płacą Państwo ubezpieczycielowi składkę na ubezpieczenie zdrowotne. Ponadto opłacają Państwo co miesiąc składkę za ewentualnie zgłoszonych członków rodziny.

Dofinansowanie do ubezpieczenia zdrowotnego

Nie każdy posiada takie same dochody. Aby umożliwić wszystkim opłacenie ubezpieczenia zdrowotnego, wprowadzono dofinansowanie do ubezpieczenia zdrowotnego. Dofinansowanie polega na opłaceniu części kosztów składki. Decyzja o przyznaniu dofinansowania zależy od wysokości dochodów. Jeśli Państwa dochody wynoszą mniej niż określona suma, mają Państwo prawo do dofinansowania do ubezpieczenia zdrowotnego. Im niższe dochody, tym wyższe dofinansowanie. Otrzymałą kwotę można przeznaczyć na opłacenie części składki ubezpieczeniowej. Wnioski o przyznanie dofinansowania należy składać w Urzędzie podatkowym, w wydziale ds. dofinansowania. Osoby mieszkające samotnie i zarabiające w 2008 roku mniej niż 29 069 euro (w 2009: 32 502 euro miesięcznie) mają prawo do dofinansowania wynoszącego maksymalnie 46 euro miesięcznie (w 2009 roku: 57,66 euro miesięcznie). Osoby zamężne/żonate lub mieszkające z partnerem, których dochód wraz z partnerem w 2008 roku wynosił mniej niż 47 520 euro (w 2009 roku: 47 880 euro miesięcznie) mają prawo do dofinansowania wynoszącego maksymalnie 122 euro miesięcznie (w 2009 roku: 121,75 euro miesięcznie).

System „Eigen risico” (ryzyko własne)

W przypadku ubezpieczonych powyżej 18 roku życia obowiązuje limit kosztów leczenia „na własne ryzyko” wynoszący 150 euro rocznie (w 2009 roku, 155 euro). To oznacza, że pierwsze 150 euro (w 2009 roku – 155 euro) kosztów leczenia muszą Państwo opłacić we własnym zakresie. Limit „eigen risico” (ryzyka własnego) jest ustalany oddzielnie dla każdego ubezpieczonego. Obowiązkowy limit „eigen risico” nie obowiązuje w przypadku wizyt u lekarza rodzinnego, opieki położniczej i poporodowej oraz opieki stomatologicznej dla młodzieży do 22. roku życia. Zasada „eigen risico” nie obowiązuje dzieci do 18 roku życia. Ubezpieczony może skorzystać z dobrowolnego limitu ryzyka własnego. Ubezpieczyciele oferują różne rozwiązania w tym zakresie. Ustalenie indywidualnego limitu ryzyka własnego nie jest obowiązkowe. Korzyścią takiego rozwiązania jest niższa składka ubezpieczeniowa. Wadą jest fakt, że muszą Państwo sami opłacić część kosztów leczenia.

Co się stanie, jeśli zbyt późno wykupię Państwo ubezpieczenie?

Jeśli wykupię Państwo ubezpieczenie po wyznaczonym terminie otrzymają Państwo karę i będą Państwo musieli sami zapłacić za wszystkie koszty leczenia. Zasada ta obowiązuje także w przypadku nieterminowego zgłoszenia do ubezpieczenia członków rodziny mieszkających w krajach-sygnatariuszach traktatu.

Co się stanie w przypadku zwolnienia z pracy?

Jeśli zostaną Państwo zwolnieni lub sami zwolnią się z pracy i nie mieszkają Państwo w Holandii, nie są Państwo objęci holenderskimi przepisami w sprawie ubezpieczeń społecznych. W tym przypadku powinni Państwo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia.

Ubezpieczenie dodatkowe

Chcieliby Państwo wykupić szersze ubezpieczenie? W tym przypadku mogą Państwo skorzystać z dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego. Wykupienie ubezpieczenia dodatkowego nie jest obowiązkowe.

Więcej informacji

Informacja na temat ubezpieczycieli i oferowanych ubezpieczeń (w języku niderlandzkim) znajdują Państwo na stronie www.kiesbeter.nl.

Informacje na temat dofinansowania do ubezpieczenia znajdują Państwo na stronie Służb Podatkowych www.toeslagen.nl. Na tej stronie internetowej można ponadto pobrać formularz zgłoszeniowy. Próbnych wyliczeń można dokonać na stronie www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/.

Mają Państwo pytania? Proszę zadzwonić pod bezpłatny numer infolinii Postbus 51, działającej w dni robocze w godzinach 08.00-20.00 pod numerem telefonu 0800-8051.

Potrzebują Państwo pomocy przy wykupieniu ubezpieczenia zdrowotnego? Proszę zadzwonić do Stichting De Ombudsman: numer telefonu 0800-6464644, czynny w dni robocze w godzinach 10.00-16.00.

Niniejsza publikacja nie może stanowić podstawy do wnoszenia roszczeń.

Ministerstwo Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu

Pracujete v Nizozemsku?

Pak jste ze zákona povinni uzavřít zdravotní pojištění!

Povinnost zdravotního pojištění

Zdravotní pojištění vás jistí před náklady za zdravotní péči.

Pokud jste v Nizozemsku zaměstnání a platíte daň ze mzdy, vztahuje se na vás nizozemské zákonodárství sociálního zabezpečení. V tom případě jste povinni uzavřít zdravotní pojištění. Zdravotní pojištění je nizozemské pojištění zdravotních nákladů, odpovídající požadavkům Zákona o zdravotním pojištění. Máte uzavřené zdravotní pojištění ve vlastní zemi? I tak musíte uzavřít zdravotní pojištění v Nizozemsku. Po dobu, kdy v Nizozemsku pracujete jste totiž povinni mít nizozemské zdravotní pojištění.

Co je třeba udělat pro uzavření zdravotního pojištění?

Zdravotní pojištění musíte sami uzavřít u jedné ze zdravotních pojišťoven. Možná, že váš zaměstnavatel uzavřel pro své zaměstnance kolektivní zdravotní pojištění s příznivými podmínkami a vy se k němu můžete připojit. Zeptejte se na tuto možnost u svého zaměstnavatele.

Každá zdravotní pojišťovna vás vždy musí jako pojištěnce přijmout pro pojištění základní zdravotní péče. Vaše zdraví či věk při tom nehrají roli. Pojištěná zdravotní

péče je u každého pojistitele stejná ovšem výše pojistného se může u každého pojistitele lišit. Děti do 18 let pojistné neplatí.

Pokud pracujete v Nizozemsku, mají vaši případní rodinní příslušníci (partner a děti) v zemi svého bydliště, která je jednou ze smluvních zemí¹, právo na lékařskou péči na náklady nizozemské pojišťovny. Z tohoto důvodu musíte hradit příspěvek pro rodinné příslušníky starší 18 let. Aby v zemi svého bydliště mohli obdržet péči hrazenou Nizozemskem je třeba, aby se vaši rodinní příslušníci nahlásili. Požádejte svou zdravotní pojišťovnu o formulář k nahlášení.

Pozor: Zdravotní pojišťovna potřebuje k zapsání identifikační číslo (burgerservicenummer) či daňové identifikační číslo (sofinummer). Identifikační číslo či daňové identifikační číslo vám většinou poskytne váš zaměstnavatel. Ještě jste ho neobdrželi? Sami si o uvedené číslo požádejte u Finančního úřadu (Belastingdienst). Dohodte si schůzku pomocí telefonního čísla Finančního úřadu: 0800 0543. Pokud pracujete v Nizozemsku déle než čtyři měsíce, pak se musíte nahlásit k pobytu v obci, kde žijete. V takovém případě vám identifikační číslo udělí vaše obec.

Pojištěný balíček zdravotní péče

Z čeho se skládá balíček základní zdravotní péče? Balíček základní zdravotní péče vám mimo jiné poskytuje právo na péči rodinných lékařů a specialistů, nemocniční péči, léky, zubní ošetření do 22 let, specializované zubní ošetření a umělý chrup. Od vaší zdravotní pojišťovny obdržíte informaci o celém pojištěném balíčku základní zdravotní péče, o tom jak jsou hrazeny její náklady a ke kterým zdravotním instancím se můžete obrátit za lékařskou pomocí.

1 Smluvními státy jsou: členské státy EU (Belgie, Bulharsko, Kypr [jeho řecká část], Německo, Dánsko, Estonsko, Finsko, Francie, Řecko, Maďarsko, Irsko, Itálie, Lotyšsko, Litevsko, Lucembursko, Malta, Rakousko, Polsko, Portugalsko, Rumunsko, Slovinsko, Slovensko, Španělsko, Česko, Spojené království Velké Británie a Švédsko), členské státy Evropského ekonomického prostoru (Lichtenštejnsko, Norsko a Island), Turecko, Maroko, Tunis, Kapverdeské ostrovy, Chorvatsko a Švýcarsko.

Platba pojistného zdravotního pojištění

Pojistné za zdravotní pojištění platíte každý měsíc své zdravotní pojišťovně. Také platíte každý měsíc za vaše eventuálně nahlášené rodinné příslušníky.

Přídavek na zdravotní péči

Každý vydělává jinak. Aby bylo zdravotní pojištění dostupné pro každého, existuje přídavek na zdravotní péči. To je částka, kterou se vychází vstříc v nákladech na pojistné. Zda člověk přídavek obdrží, závisí na jeho příjmech. Pokud váš příjem nedosahuje jisté částky, máte právo na přídavek na zdravotní pojistné. Čím nižší je váš příjem, tím vyšší je dávka. O přídavek na zdravotní péči si můžete požádat na Finančním úřadě, oddělení pro přídavky.

Bydlíte sami a vyděláte v roce 2008 méně než € 29.069 (v 2009: € 32.502 měsíčně), pak máte právo na zdravotní přídavek ve výši maximálně € 46 měsíčně (v 2009: € 57,66 měsíčně).

Jste ženatý/vdaná či žijete s druhem/družkou a spolu se svým partnerem/partnerkou vyděláte v roce 2008 méně než 47 520 € (v 2009: € 47.880 měsíčně), pak máte právo na zdravotní přídavek ve výši maximálně € 122 měsíčně (v 2009: € 121,75 měsíčně).

Vlastní riziko

Pro pojištěnce ve věku 18 let a starší platí v základním pojištění povinné vlastní riziko ve výši € 150 ročně (v 2009 € 155). To znamená, že prvních €150 (v 2009 € 155) vynaložených na úhradu zdravotních nákladů musíte zaplatit sami. Vlastní riziko platí pro každou osobu zvlášť. Povinné vlastní riziko se nevztahuje na rodinného lékaře, porodní péči, poporodní péči a balíček zubní péče pro mládež do 22 let. Pro děti do 18 let vlastní riziko neplatí.

Pojištěnec si může dobrovolně vybrat, zda chce vlastní riziko. Možnosti vlastního rizika jsou u každého pojistitele jiné. Nejste povinni vlastní riziko brát. Výhodou vlastního rizika je nízké pojistné. Nevýhodou je fakt, že část nákladů musíte platit sami.

Co se stane, když se pojistíte příliš pozdě?

Pokud uzavřete zdravotní pojistku příliš pozdě, dostanete pokutu a musíte si všechny lékařské náklady zaplatit sami. To platí také pro pozdní nahlášení vašich rodinných příslušníků žijících v jedné ze smluvních zemí.

Co se stane v případě vašeho uvolnění ze zaměstnání nebo vaší výpovědi?

Pokud v Nizozemsku nebydlíte a uvolní vás ze zaměstnání nebo dáte výpověď, pak již nespadáte pod nizozemské zákonodárství o sociálním zabezpečení. Zdravotní pojištění potom musíte vypovědět.

Doplňující pojištění

Přejete si doplňující pojištění? Pak si můžete zvolit doplňující zdravotní pojištění. Doplňující pojištění není povinné.

Další informace

Informace o zdravotních pojišťovnách a jejich pojištěních v nizozemském jazyce naleznete na www.kiesbeter.nl.

Informace o zdravotním přídatku naleznete na webové stránce www.toeslagen.nl Finančního úřadu. Z této webové stránky si můžete stáhnout i formulář žádosti. Můžete i provést zkušební výpočet www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/.

Máte ještě nějaké dotazy? Volejte bezplatně Postbus 51. V pracovní dny k dosažení od 08.00 do 20.00 hod na telefonním čísle 0800-8051.

Potřebujete pomoc při uzavírání zdravotního pojištění? Volejte bezplatně organizaci Stichting De Ombudsman: telefonní číslo 0800-6464644, v pracovní dny k dosažení od 10.00 do 16.00 hod.

*Z tohoto vydání brožury nelze odvozovat žádná práva.
Ministerstvo národního zdraví, sociální péče a sportu*

Вы работаете в Нидерландах?

В таком случае, согласно нидерландскому законодательству Вы обязаны заключить договор медицинского страхования!

Обязательное медицинское страхование

Медицинское страхование страхует Вас от расходов на лечение. Если Вы работаете и уплачиваете налоги на заработную плату в Нидерландах, Вы подпадаете под юрисдикцию нидерландского законодательства о социальном обеспечении. Поэтому Вы обязаны заключить договор медицинского страхования. Договор медицинского страхования – это нидерландский договор страхования медицинских расходов, который соответствует требованиям нидерландского Закона о медицинском страховании. Вы уже заключили договор медицинского страхования в своей собственной стране? Тем не менее Вы все равно должны заключить подобный договор в Нидерландах на тот период, в течение которого Вы работаете в Нидерландах.

Что Вы должны сделать с тем, чтобы заключить договор медицинского страхования?

Вы должны заключить договор медицинского страхования с компанией, занимающейся медицинским страхованием. Возможно, Ваш работодатель заключил коллективный договор медицинского страхования на выгодных условиях для своих сотрудников, и Вы можете присоединиться к данному договору. Уточните данный вопрос у своего работодателя.

Все медицинские страховщики обязаны заключить с Вами договор страхования на базовый пакет услуг. Ваше здоровье или Ваш возраст не имеют при этом никакого значения. Все страховые компании предлагают одинаковое медицинское обслуживание по базовому пакету услуг, но размер страховых премий может отличаться в зависимости от страховщика. Дети младше 18 лет не выплачивают страховые премии.

Если Вы работаете в Нидерландах и имеете других членов семьи – (гражданского(ую) супруга(у) и детей – проживающих в стране, подписавшей договор¹, то они имеют право на пользование медицинскими услугами в стране своего проживания за счет нидерландского страховщика. Поэтому Вы должны выплачивать страховые взносы за членов своей семьи старше 18 лет. Для того, чтобы пользоваться медицинскими услугами в стране своего проживания за счет Нидерландов, членам Вашей семьи следует зарегистрироваться. Запросите у Вашего медицинского страховщика регистрационный формуляр.

Внимание: Медицинскому страховщику необходим Ваш единый гражданский номер (burgerservicenummer) или номер социального страхования (sofnummer) для регистрации. Обычно единый гражданский номер или номер социального страхования выдается работодателем. Подобная выдача не имела место? Тогда Вам следует лично запросить такой номер в Налоговой Службе. Позвоните по Налоговому телефону: 0800 – 0543, чтобы договориться о встрече. Если Вы работаете в Нидерландах более четырех месяцев, Вам необходимо зарегистрироваться в муниципалитете, в котором Вы пребываете. В таком случае, Вы получите свой единый гражданский номер от муниципалитета.

Пакет услуг по страховому договору

Какие услуги предоставляются по базовому пакету услуг? В частности, базовый пакет услуг дает право на медицинское обслуживание участковыми врачами и специалистами, пользование медицинскими услугами в больницах, лекарства, пользование стоматологическими услугами до 22 лет, специальными стоматологическими услугами и вставление искусственной челюсти. Ваш медицинский страховщик предоставит Вам информацию касательно полного базового пакета услуг

¹ Страны, подписавшие договор: Государства-члены ЕС (Австрия, Бельгия, Болгария, Великобритания, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Ирландия, Испания, Италия, Кипр (греческая часть), Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Польша, Португалия, Румыния, Словения, Словакия, Финляндия, Франция, Чехия, Швеция, Эстония), государства-члены Европейской Экономической Зоны (Лихтенштейн, Норвегия и Исландия), Турция, Марокко, Тунис, Кабо-Верде, Хорватия и Швейцария.

по страховому договору, способе возмещения расходов и сведения о том, какие лечебные учреждения могут предоставить Вам медицинские услуги.

Страховая премия по договору страхования медицинских услуг

Каждый месяц Вы должны выплачивать страховую премию своему медицинскому страховщику. Также Вы должны каждый месяц производить оплату за зарегистрированных членов Вашей семьи, если Вы имеете таковых.

Дотация на медицинское страхование

Не все имеют одинаковый доход. Для того, чтобы выплаты премий по договору страхования медицинских услуг оставались доступными для каждого, существует дотация на медицинское страхование. Это компенсация части расходов по страховой премии. Получение дотации на медицинское страхование каким-либо лицом зависит от его дохода. Если Ваш доход меньше определенной суммы, у Вас есть право на дотацию на медицинское страхование. Чем меньше Ваш доход, тем больше дотация на медицинское страхование. С помощью дотации на медицинское страхование Вы можете оплатить часть страховой премии. Вы можете запросить дотацию на медицинское страхование в отделе дотаций Налоговой Службы.

Если Вы проживаете отдельно и в 2008 году Ваш доход будет ниже € 29 069 (в 2009 году: € 32 502 в месяц), то у Вас есть право на дотацию на медицинское страхование максимально в размере € 46 в месяц (в 2009 г.: € 57,66 в месяц) . Если Вы состоите в (гражданском) браке и совместный доход Вас и Вашего(ей) (гражданского(ой)) супруга(и) в 2008 году будет ниже € 47 520 (в 2009 году: € 47 880 в месяц), то у Вас есть право на дотацию на медицинское страхование максимально в размере € 122 в месяц (в 2009 г.: € 121,75 в месяц).

Собственный риск

Для страхователей в возрасте 18 лет и старше действительно положение, согласно которому они несут обязательный собственный риск в размере € 150 в год по договору базового медицинского страхования (в 2009 г. € 155). Это означает, что свои первые расходы по медицинским услугам в размере €150 (в 2009 г. € 155) Вы обязаны оплатить сами. Собственный риск действителен для каждого лица по отдельности. Обязательный собственный риск не действителен для расходов на услуги участкового врача, акушера, медицинское обслуживание рожениц и молодежный базовый пакет стоматологических услуг для молодежи младше 22 лет. Для детей младше 18 лет положение о собственном риске недействительно. Страхователь может выбрать добровольный собственный риск. Возможности в связи с данным вопросом различны у каждого медицинского страховщика. Вы не обязаны брать на себя добровольный собственный риск. Преимуществом этого является более низкий уровень выплат по страховой премии. Недостатком является необходимость самостоятельной оплаты части расходов.

Что случится, если Вы заключите договор медицинского страхования слишком поздно?

Если Вы слишком поздно заключите договор медицинского страхования, Вы будете оштрафованы и Вам придется нести все медицинские расходы самостоятельно. Данное положение действительно также для запоздалой регистрации членов Вашей семьи, проживающих в стране, подписавшей договор.

Что случится, если Вы будете уволены работодателем либо по собственному желанию?

Если Вы не проживаете в Нидерландах и увольняетесь работодателем либо по собственному желанию, Вы больше не будете подпадать под юрисдикцию нидерландского законодательства о социальном обеспечении. В таком случае, Вы должны аннулировать свой договор медицинского страхования.

Дополнительное страхование

Вы хотите заключить более широкий договор страхования? В таком случае, Вы можете выбрать договор дополнительного медицинского страхования. Заключение договора дополнительного медицинского страхования необязательно.

Дополнительная информация

Информацию на нидерландском языке о медицинских страховщиках и типах страхования, которые они предлагают, Вы можете найти на веб-сайте www.kiesbeter.nl. Информацию о дотациях на медицинское страхование Вы найдете на веб-сайте www.toeslagen.nl Налоговой Службы. На данном веб-сайте Вы сможете скачать формуляры регистрации. На веб-сайте www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/ Вы можете сделать предварительный расчет расходов.

У Вас есть вопросы? Тогда позвоните бесплатно в организацию Почтовый ящик №51 (Postbus 51), в рабочие дни организация доступна с 08.00 по 20.00 часов по телефону 0800-8051.

Вы нуждаетесь в помощи при заключении договора медицинского страхования? Тогда позвоните бесплатно в Фонд Омбудсман (Stichting De Ombudsman), телефонный номер 0800-6464644, доступный в рабочие дни с 10.00 по 16.00 часов.

К содержанию данной брошюры не могут быть предъявлены какие-либо претензии. Нидерландское Министерство Народного здравоохранения, Социального обеспечения и Спорта

Lucrați în Olanda?

Atunci aveți obligația legală de a încheia o asigurare de sănătate!

Obligativitatea asigurării de sănătate

Asigurarea de sănătate vă acoperă costurile îngrijirii medicale.

Dacă lucrați în Olanda și plătiți impozit pe salariu, sunteți în categoria avută în vedere de legislația asigurării sociale din Olanda. În acest caz, aveți obligația de a încheia o asigurare de sănătate. Asigurarea de sănătate este asigurarea olandeză pentru costurile îngrijirii medicale, care întrunește cerințele Legii Asigurării de Sănătate. Aveți deja o asigurare de sănătate în țara dumneavoastră? Chiar și în acest caz, trebuie să încheiați o asigurare de sănătate în Olanda. Obligația de a încheia o asigurare de sănătate olandeză o aveți atât timp cât lucrați în Olanda.

Ce aveți de făcut pentru a încheia o asigurare de sănătate?

Trebuie să încheiați dumneavoastră înșivă asigurarea la o firmă de asigurări. Este posibil ca angajatorul dumneavoastră să aibă o asigurare colectivă, cu condiții avantajoase pentru angajații săi, și ca dumneavoastră să vă puteți înscrie acolo. Solicitați informații de la angajatorul dumneavoastră.

Fiecare asigurator trebuie să vă accepte ca asigurat pentru pachetul de bază.

Sănătatea sau vârsta dumneavoastră joacă și ea un rol în acest sens. Condițiile

oferite de pachetul de bază sunt identice indiferent de asigurator. Prima poate varia de la un asigurator la altul. Copiii până la vârsta de 18 ani nu plătesc primă.

Dacă lucrați în Olanda, eventualii membri ai familiei (partener(ă) și copii) care locuiesc într-o țară cuprinsă în tratat¹ au și ei dreptul la îngrijire medicală în baza asigurării de sănătate olandeze. De aceea trebuie să plătiți o sumă pentru membrii de peste 18 ani ai familiei dumneavoastră. Pentru ca Olanda să acopere costurile legate de îngrijirea lor, membrii familiei dumneavoastră trebuie să se înscrie. Solicitați asiguratorului un formular de înscriere.

Atenție: Pentru înscriere, asiguratorul are nevoie de numărul de la evidența populației (burgerservicenummer) sau de codul social-fiscal (sofinummer). Un asemenea număr primiți de cele mai multe ori de la angajatorul dumneavoastră. Nu l-ați primit? Solicitați atunci dumneavoastră înșivă un asemenea număr de la Serviciul Fiscal. Sunați la numărul de la impozite pentru a vă face o programare: 0800 0543. Dacă lucrați mai mult de patru luni în Olanda, trebuie să vă înscrieți la municipalitatea în care locuiți temporar. Veți primi atunci un număr de evidență a populației de la municipalitate.

Pachetul de asigurare

Ce conține pachetul de bază? Printre altele, pachetul de bază vă oferă dreptul la îngrijire medicală din partea medicilor de familie și a medicilor specialiști, îngrijire în cadrul spitalului, tratamente, chirurgie dentară până la vârsta de 22 de an, chirurgie dentară specializată și dantură artificială. De la asiguratorul dumneavoastră de sănătate puteți primi informații cu privire la întregul pachet de asigurare, la modul în care sunt compensate costurile și la care instituții medicale puteți primi îngrijire.

¹ Țările cuprinse în tratat sunt: țările membre UE (Belgia, Bulgaria, [partea greacă din] Cipru, Germania, Danemarca, Estonia, Finlanda, Franța, Grecia, Ungaria, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburg, Malta, Austria, Polonia, Portugalia, România, Slovenia, Slovacia, Spania, Cehia, Regatul Unit și Suedia), țările membre ale Spațiului Economic European (Liechtenstein, Norvegia și Islanda), Turcia, Maroc, Tunisia, Capul Verde, Croația și Elveția.

Prima asigurării de sănătate

În fiecare lună plătiți asiguratorului o primă pentru asigurarea de sănătate. De asemenea, în fiecare lună plătiți și pentru eventualii membri înscriși din familia dumneavoastră.

Suplimentul pentru sănătate

Nu toată lumea are aceleași venituri. Pentru ca prima asigurării de sănătate să poată fi achitată de către toată lumea, există suplimentul pentru sănătate. Aceasta este o subvenție a costurilor primei. În funcție de venituri se stabilește dacă cineva primește supliment de sănătate. Dacă aveți venitul sub o anumită sumă, aveți dreptul la supliment de sănătate. Cu cât este mai scăzut venitul, cu atât este mai mare suplimentul de sănătate. Cu suplimentul de sănătate puteți plăti o parte a primei de asigurare. Puteți solicita supliment de sănătate la Serviciul Fiscal, departamentul de suplimente.

Dacă locuiți singur(ă) și câștigați în 2008 mai puțin de 29.069 euro (în 2009: 32.502 € pe lună), atunci aveți dreptul la un supliment de sănătate de maxim 46 de euro pe lună (în 2009: 57,66 € pe lună) .

Dacă sunteți căsătorit(ă) sau locuiți oficial împreună cu cineva, iar totalul dintre venitul dumneavoastră și al partenerului/partenerii este în 2008 mai puțin de 47.520 de euro (în 2009: 47.880 € pe lună), atunci aveți dreptul la un supliment de sănătate de maxim 122 de euro pe lună (în 2009: 121,75 € pe lună) .

Risc propriu:

Pentru asigurații cu vârsta de cel puțin 18 ani, asigurarea de bază conține un risc propriu obligatoriu de 150 de euro pe an (în 2009 155 de euro). Aceasta înseamnă că primii 150 de euro (în 2009 155 de euro) din costurile de sănătate va trebui să îi achitați dumneavoastră. Riscul propriu este valabil pentru fiecare persoană. Riscul propriu obligatoriu nu este valabil pentru medicul de familie, îngrijirea obstetrică, îngrijirea lunară și chirurgia dentară din pachetul pentru tineri, aplicabil tinerilor de până la 22 de ani. Pentru copiii de până la 18 ani nu este valabil riscul propriu.

Asiguratul poate opta pentru un risc propriu voluntar. Posibilitățile în acest sens diferă de la un asigurator la altul. Nu aveți obligația de a prelua un risc propriu voluntar. Avantajul este prima de asigurare scăzută. Dezavantajul este că trebuie să achitați dumneavoastră o parte a costurilor.

Ce se întâmplă dacă încheiați prea târziu asigurarea?

Dacă încheiați prea târziu asigurarea de sănătate, va trebui să plătiți o amendă și să achitați dumneavoastră înșivă toate costurile de îngrijire medicală. Acest lucru este valabil și pentru înscrierea tardivă a membrilor familiei care locuiesc într-o țară din cadrul tratatului.

Ce se întâmplă dacă sunteți concediat sau demisionați?

Dacă nu locuiți în Olanda și sunteți concediat sau demisionați, nu mai sunteți cuprins în prevederile legislației sociale olandeze. În acest caz, va trebui să renunțați la asigurarea de sănătate.

Asigurarea suplimentară

Doriți o asigurare mai largă? Puteți opta atunci pentru o asigurare suplimentară pentru costurile medicale. Asigurarea suplimentară nu este obligatorie.

Mai multe informații

Pe www.kiesbeter.nl puteți găsi informații cu privire la asiguratori și la asigurările lor, în limba olandeză.

Pe www.toeslagen.nl, pagina Serviciului Fiscal, puteți găsi informații cu privire la suplimentul de sănătate. De pe această pagină puteți descărca și formularul de solicitare. Puteți face un calcul de probă pe www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/.

Mai aveți întrebări? Sunați atunci gratuit la Postbus 51. Programul în zilele lucrătoare este între orele 8 și 20, la numărul de telefon 0800-8051.

Aveți nevoie de ajutor la încheierea unei asigurări de sănătate? Sunați atunci gratuit la Organizația De Ombudsman: numărul de telefon este 0800-6464644, disponibil în zilele lucrătoare între orele 10 și 16.

*Din această publicație nu decurg niciun fel de drepturi.
Ministerul Sănătății Populației, al Bunăstării și al Sportului*

В Нидерландия ли работите?

В такъв случай законът Ви задължава да сключите здравна застраховка!

Задължение за здравно осигуряване

Здравната застраховка покрива Вашите разходи за медицинска помощ.

Ако живеете в Нидерландия и плащате данък върху дохода, то Вие попадате под силата на нидерландското социално законодателство. В този случай сте задължени да сключите здравна застраховка. Здравната застраховка представлява нидерландска застраховка за медицински разходи съгласно изискванията на Закона за здравното осигуряване. Имате ли вече застраховка за медицински разходи в родината си? Въпреки това ще трябва да сключите здравна застраховка и в Нидерландия. Докато работите в Нидерландия, сте задължени да имате нидерландска здравна застраховка.

Какво трябва да направите, за да сключите здравна застраховка?

Здравната застраховка трябва да сключите лично при някое от застрахователните дружества. Възможно е за работниците и служителите си Вашият работодател да е сключил колективна здравна застраховка при преференциални условия, от които да се възползвате и Вие. По въпроса се обърнете към работодателя си.

Всеки застраховател е задължен да Ви осигури върху базисния пакет от услуги, като здравословното Ви състояние или възрастта Ви са без значение. За всяко осигурено

лице услугите включени в базисния пакет, са едни и същи, докато вноските могат да варират от застраховател до застраховател. Деца под 18 години не заплащат вноски.

Ако работите в Нидерландия, евентуалните членове на Вашето семейство (партньор и деца), живеещи в страна, с която има сключена спогодба¹, имат право на медицински грижи за сметка на нидерландския застраховател в страната, в която пребивават. Затова за членовете на Вашето семейство на възраст над 18 години сте задължени да плащате допълнителна сума. За да могат в страната, в която пребивават, да се възползват от медицински грижи за сметка на Нидерландия, те трябва да се регистрират. Попитайте застрахователя си за формуляр за регистрация.

Важно: За регистрацията застрахователят се нуждае от номер за граждански услуги или национално-осигурителен номер. Номера за граждански услуги или национално-осигурителния номер ще получите от работодателя си. Не сте ли получили такъв? Можете да се обърнете лично към Данъчната служба. За среща с консултант се обадете на данъчния телефон: 0800 0543. Ако работите в Нидерландия по-дълго от четири месеца, трябва да се регистрирате в общината по пребиваване. В такъв случай ще получите номера за граждански услуги от общината.

Застрахователният пакет

Какво включва базисният пакет? Базисният пакет дава право на грижи от семейни лекари и специалисти, болнична помощ, лекарства, стоматологична помощ до навършване на 22 г., специализирана стоматологична помощ и зъбни протези. Вашият застраховател ще Ви информира за целия базисен пакет, върху който се осигурявате, и за това как се осребряват разходите и при кои доставчици на здравно обслужване можете да получите медицинска помощ.

1 Страните, с които има сключена спогодба: страните-членки на ЕС (Белгия, България, [гръцката част на] Кипър, Германия, Дания, Естония, Финландия, Франция, Гърция, Унгария, Ирландия, Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Малта, Австрия, Полша, Португалия, Румъния, Словения, Словакия, Испания, Чехия, Великобритания и Швеция), страните-членки на ЕИО (Лихтенщайн, Норвегия и Исландия), Турция, Мароко, Тунис, Кабо Верде, Хърватска и Швейцария.

Вноски за здравното осигуряване

За здравната си осигуровка всеки месец изплащате на застрахователя си определена вноска. За евентуални регистрирани членове на Вашето семейство също заплащате определена ежемесечна сума.

Социална придобивка за здравна застраховка

Всеки човек има различни доходи. За да може всеки да си позволи да плаща вноските си за здравно осигуряване, съществува т. нар. социална придобивка. Тя представлява определена сума, покриваща разходите по вноската. Дали ще получите социална придобивка за здравна помощ, зависи от доходите Ви. Ако те са под определено ниво, то Ви имате право на социална придобивка. Колкото по-ниски са доходите Ви, толкова по-голям е нейният размер. Със социалната придобивка можете да платите част от вноската си. Молба за социална придобивка за здравна застраховка можете да подадете в Данъчната служба, отдел „Социални придобивки“.

Ако през 2008 г. сте живели сами и сте спечелили по-малко от € 29.069 (за 2009 г.: € 32.502 за месец), то Ви имате право на социална придобивка за здравна застраховка в размер на не повече от € 46 месечно (за 2009 г.: € 57,66 за месец) .

Ако сте семейни или живеете на семейни начала и през 2008 г. заедно с партньора си сте спечелили по-малко от € 47.520 (за 2009 г.: € 47.880 за месец), тогава имате право на социална придобивка за здравна застраховка в размер на не повече от € 122 месечно (за 2009 г.: € 121,75 за месец).

Собствен риск

За лица на 18 и повече години базисната застраховка включва и задължителен „собствен риск“ от € 150 годишно (за 2009 г. € 155). Това означава, че първите €150 (за 2009 г. € 155) от медицинските разходи трябва да платите сами. Собственият риск важи за всяко отделно лице. Задължителният собствен риск не важи за семейния лекар, акушерската и родилна помощ, както и за стоматологично лечение за младежи до 22 години. За деца под 18 години собственият риск не важи.

Всяко застраховано лице може да избере и доброволен собствен риск, възможностите за който варират при всяко застрахователно дружество. Не сте задължени да приемате доброволен собствен риск. Предимството обаче е по-ниската вноска. Недостатъкът е, че сами трябва да поемете част от разходите.

Какво ще стане, ако се застраховате прекалено късно?

Ако сключите здравна застраховка прекалено късно, ще Ви бъде наложена глоба и ще трябва да поемете всички медицински разходи сами. Това важи и за прекалено късната регистрация на членовете на Вашето семейство, пребиваващи в страна, с която има сключена спогодба.

Какво ще стане, ако Ви уволнят или напуснете работа?

Ако не живеете в Нидерландия и Ви уволнят или напуснете работа, то Вие не попадате под силата на нидерландското социално законодателство. В такъв случай трябва да прекратите здравната си застраховка.

Допълнително осигуряване

Желаєте ли по-обширна застраховка? В такъв случай можете да изберете допълнителна здравна застраховка. Допълнителната застраховка не е задължителна.

За повече информация

Информация на нидерландски език за застрахователните дружества и предлаганите от тях застраховки можете да откриете на www.kiesbeter.nl.

Информация за социалната придобивка за здравна застраховка можете да откриете на страницата на Данъчната служба www.toeslagen.nl. От същата страница можете да свалите и формуляра за кандидатстване за придобивка. Можете да изчислите дали имате право на такава на www.toeslagen.nl/reken/zorgtoeslag/.

Имате ли други въпроси? Обадете се безплатно на „Postbus 51” в работни дни от 08.00 ч. до 20.00 ч. на телефон 0800-8051.

Необходима ли Ви е помощ при сключване на здравна застраховка? Обадете се безплатно на фондация „De Ombudsman”: телефон 0800-6464644, в работни дни от 10.00 ч. до 16.00 ч.

Всички права по това издание са запазени.

Министерство на общественото здраве, благополучието и спорта

Uitgave

Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Postadres

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag

Bezoekadres

Parnassusplein 5
2511 vx Den Haag

Internetadres

www.minvws.nl

november 2008