

## AANMELDINGSFORMULIER Kraamzorg in natura

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL  
Zorgverzekeringen

### 1 GEGEVENS VERZEKERDE

Relatienummer

\_\_\_\_\_

Naam en voorletter(s)

\_\_\_\_\_

Meisjesnaam

\_\_\_\_\_

Geboortedatum

\_\_\_\_\_

Straatnaam en huisnummer \*

\_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats

\_\_\_\_\_

Telefoonnummer

\_\_\_\_\_

E-mail adres

\_\_\_\_\_

Welke aanvullende verzekering  
Delta Lloyd ZorgGarant hebt u (zie polisblad)

geen     Start     Start+     Extra  
 Compleet     Comfort     Comfort+     Top

### 2 GEGEVENS BEVALLING

Plaats van bevalling

thuis     poliklinisch     ziekenhuis

Vermoedelijke bevallingsdatum

\_\_\_\_\_

Naam huisarts

Telnr.:

\_\_\_\_\_

Naam verloskundige

Telnr.:

\_\_\_\_\_

Naam specialist

Telnr.:

\_\_\_\_\_

Assistentie gewenst bij de bevalling

ja     nee

Borstvoeding

ja     nee

### 3 ALGEMENE INFORMATIE

Hebt u kinderen

Aantal: \_\_\_\_\_ Leeftijd: \_\_\_\_\_

Welke huisdieren hebt u

\_\_\_\_\_

Hebt u eerder kraamzorg in natura aangevraagd

ja     nee

Voorkeur voor kraamzorgbureau  
(hier wordt rekening mee gehouden maar de plaatsing  
kan niet worden gegarandeerd)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Eventuele bijzonderheden

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PLAATS	DATUM	HANDEKENING VERZEKERDE

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende  
formulier sturen naar:

**Delta Lloyd Kraamzorg**  
Antwoordnummer 1521, 2000 WK Haarlem  
Tel (023) 751 16 95 / Fax (023) 751 16 75

\* Houdt u rekening met een eventuele verhuizing