

**AANVRAAG-/WIJZIGINGSFORMULIER**  
Delta Lloyd Buitenlandverzekeringen

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL  
Zorgverzekeringen

ASSURANTIEADVISEUR

Naam: Klap b.v Nr.: 1353

COLLECTIVITEIT (indien van toepassing)

Naam: United Insurance Nr.: 15490

**BELANGRIJK**

De Delta Lloyd Zorgverzekering Buitenland kan alleen worden aangevraagd door personen die zich gaan vestigen in het buitenland. De verzekering kan worden aangevraagd voor personen tot 65 jaar. Om na te gaan of u dit formulier kunt gebruiken, dient u voor alle te verzekeren personen afzonderlijk eerst het schema op bladzijde 4 door te nemen.

**1 GEGEVENS AANVRAGER**

Persoon op naam van wie de polis staat/komt te staan  
(bij een collectiviteit de persoon die deelneemt aan de collectiviteit)

Relatienummer (indien u dit hebt)

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

man  vrouw

Adres

Woonadres (buitenland) Correspondentieadres

Land van vestiging

Telefoonnummer(s)

United Insurance

Privé:

Werk:

E-mailadres

Datum indienstreding

(dit is uitsluitend bedoeld voor de werknemer)

Burgerlijke staat

gehuwd  samenwonend  alleenstaand

Bank- of postbanknummer

U kunt verschillende rekeningnummers opgeven voor premiebetaling en te ontvangen uitkeringen. No-claim is alleen van toepassing voor de Delta Lloyd Zorgverzekering.

Uitkeringen/no-claim:

Premie:

Hoe wilt u de premie betalen

Delta Lloyd gaat uit van betaling via automatische incasso. Betaling via automatische incasso is alleen mogelijk via een Nederlands bank- of postbanknummer. Indien u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat uw collectiviteit aparte afspraken heeft gemaakt over de premiebetaling.

per maand (alleen mogelijk via automatische incasso)

per kwartaal\*  per halfjaar\*  per jaar\*

\*Per acceptgiro  nee  ja

**2 GEGEVENS VAN ALLE TE VERZEKEREN PERSONEN**

De te verzekeren personen moeten behoren tot uw gezin.

| GEZINS-LIDNR. | NAAM EN VOORLETTER(S) | GEBORTE-DATUM | GESLACHT<br>M V                                   | NATIONALITEIT* | BURGERSERVICENR.** |
|---------------|-----------------------|---------------|---|----------------|--------------------|
| 1             |                       |               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                |                    |
| 2             |                       |               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                |                    |
| 3             |                       |               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                |                    |
| 4             |                       |               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                |                    |
| 5             |                       |               | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |                |                    |

\* Van de te verzekeren personen die niet de Nederlandse nationaliteit hebben, ontvangen wij graag een kopie van het paspoort of de Europese identiteitskaart.

\*\* Zonder Burgerservicenummer (voorheen Sofi-nummer) kan Delta Lloyd uw aanvraag voor de zorgverzekering niet in behandeling nemen.

### 3 ALGEMENE GEGEVENS

Betreft dit een aanvraag voor een nieuwe verzekering of een wijziging op een bestaande verzekering

- aanvraag nieuwe verzekering  
 wijziging op bestaande verzekering

Soort wijziging: \_\_\_\_\_

#### Recht op Zorgverzekering

(het wettelijk verzekerde basispakket)

Om te kunnen toetsen of u recht heeft op deze zorgverzekering, adviseren wij u het schema op blad 4 nauwkeurig te doorlopen voor alle te verzekeren personen. Als recht bestaat op de zorgverzekering, is men **verplicht** zich hiervoor aan te melden. Een te late aanmelding kan leiden tot een latere ingangsdatum van de zorgverzekering en gevolgen hebben voor de dekking en premie.

#### Toetsing verzekerings situatie van verzekerden woonachtig in het buitenland

Op blad 4 staat een toetsingsschema. Wij verzoeken u per gezinslidnummer (zie vraag 2) aan te geven onder welke categorie het gezinslid valt.

|             |  | Gezinslidnummer(s)       |                          |                          |                          |                          |
|-------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|             |  | 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        |
| Categorie 1 | (U kunt dit formulier niet gebruiken)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Categorie 2 | (U moet zich aanmelden bij het CVZ)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Categorie 3 | (U kunt de Delta Lloyd Zorgverzekering aanvragen)                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Categorie 4 | (U kunt de Delta Lloyd Zorgverzekering Buitenland Totaal of Basis aanvragen) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| GEZINS-<br>LIDNR. | INKOMSTEN                |                          | HOOFDINKOMEN<br>SOORT | UIT WELK LAND | ANDERE INKOMSTEN<br>SOORT | UIT WELK LAND |
|-------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|---------------|---------------------------|---------------|
|                   | J A                      | N E E                    |                       |               |                           |               |
| 1                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |               |                           |               |
| 2                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |               |                           |               |
| 3                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |               |                           |               |
| 4                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |               |                           |               |
| 5                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                       |               |                           |               |

Staan alle gezinsleden ingeschreven op hetzelfde woonadres  
 Zo nee, wat is het woonadres

- ja  nee, gezinslidnr.(s): \_\_\_\_\_

Waar waren de te verzekeren personen verzekerd

- verzekerd

**Voor de Delta Lloyd Zorgverzekering een bewijs van beëindiging oude verzekeraar meesturen!**

Gezinslidnr.(s): \_\_\_\_\_

Naam verzekeraar: \_\_\_\_\_

Inschrijfnr: \_\_\_\_\_

Einddatum: \_\_\_\_\_

Reden beëindiging: \_\_\_\_\_

Gezinslidnr.(s): \_\_\_\_\_

Vanaf: \_\_\_\_\_

Reden: \_\_\_\_\_

Naam laatste verzekeraar: \_\_\_\_\_

- nee  ja, gezinslidnr.(s): \_\_\_\_\_

Naam verzekeraar: \_\_\_\_\_

Soort verzekering: \_\_\_\_\_

Reden: \_\_\_\_\_

Is er ooit een verzekering voor een van de te verzekeren personen door een verzekeringsmaatschappij opgezegd, geweigerd of geaccepteerd tegen beperkende voorwaarden of verhoogde premie

## 4 GEWENSTE VERZEKERING

Per gezinslidnummer (zie vraag 2)  
aankruisen welke dekking gewenst is

Gezinslidnummer(s)

1 2 3 4 5 6 7

**Delta Lloyd Zorgverzekering** (Categorie 3)

**Delta Lloyd Zorgverzekering Buitenland Totaal\***  
(Categorie 4)

**Delta Lloyd Zorgverzekering Buitenland Basis\***  
(Categorie 4)

Eigen risico per persoon per kalenderjaar:

(voor categorie 3 (vanaf 18 jaar) en categorie 4)

– geen

– 100 euro

– 200 euro

– 300 euro

– 400 euro

– 500 euro

Welke regio is van toepassing

Regio 1: Verenigde Staten, Canada, Japan en Zwitserland  
 Regio 2: Rest van de wereld

Gewenste ingangsdatum

---

### AANVULLENDE ZORGVERZEKERINGEN

**Delta Lloyd Extra Buitenland\*** (Categorie 2 en 3)

Geen dekking gewenst

Wel dekking gewenst

**Delta Lloyd Tandartskosten Buitenland\*** (Categorie 4)

Geen dekking gewenst

Wel dekking gewenst

**Delta Lloyd Ziekenhuisverblijf Aanvullend\*** (Categorie 4)

Geen dekking gewenst

Wel dekking gewenst

\* Acceptatie van deze verzekering is afhankelijk van de gezondheidstoestand. Wij verzoeken u vriendelijk om de gezondheidsvragen op blad 5 van deze aanvraag te beantwoorden.

### SLOTVERKLARING

U bent verplicht de vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt voor alle te verzekeren personen. Ook wanneer gegevens volgens u al bekend zijn bij de verzekeraar, moet u de vragen toch zo volledig mogelijk beantwoorden. Is uw situatie veranderd nadat u het aanvraagformulier hebt ingestuurd en heeft u van de verzekeraar nog geen bericht met een definitieve beslissing ontvangen? Dan dient u de verzekeraar van uw nieuwe situatie op de hoogte te stellen. Het gaat hier alleen om zaken die in het aanvraagformulier aan de orde worden gesteld.

Indien u niet of onvolledig aan deze mededelingsplicht heeft voldaan, kan dit leiden tot beperking of zelfs uitsluiting van het recht op uitkering. Heeft u met opzet gegevens verstrekt of achterwege gelaten op basis waarvan de verzekeraar de verzekering niet zou hebben gesloten, dan heeft de verzekeraar het recht uw verzekering op te zeggen. Met de ondertekening van dit aanvraagformulier verklaart u dat u een verzekering wilt sluiten tegen de dekking zoals die in de voorwaarden is omschreven. Ook geeft u aan akkoord te gaan met de daarbij behorende voorwaarden van verzekering.

| PLAATS | DATUM | HANDTEKENING AANVRAGER | INDIEN MINDERJARIG, DE HANDTEKENING VAN DE WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER |
|--------|-------|------------------------|---|
|        |       |                        |   |

Stuurt u dit formulier met de gezondheidsverklaring op naar uw assurantieadviseur of naar:

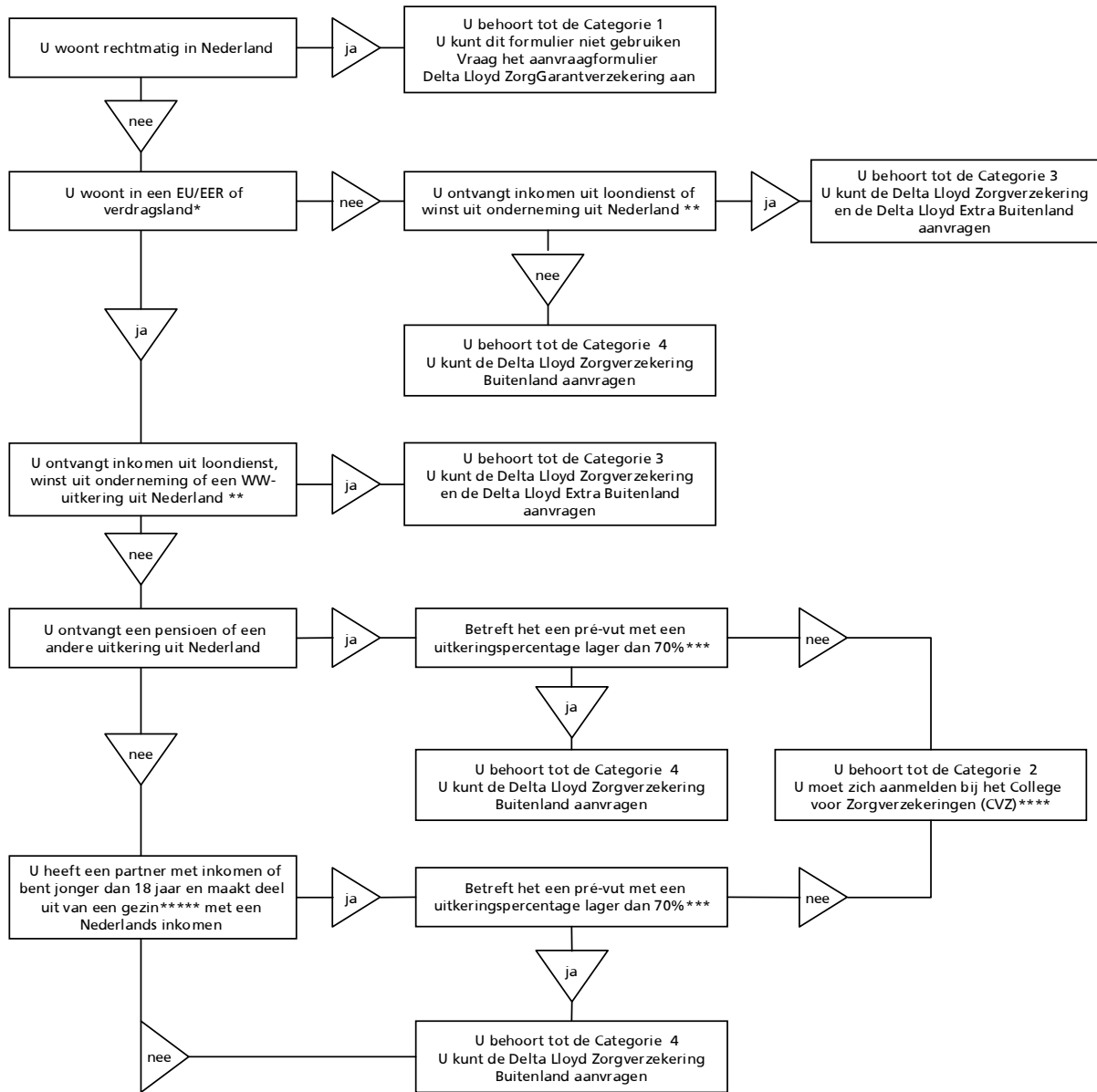
Delta Lloyd Zorgverzekering NV  
Postbus 29677, 2502 LR Den Haag

Onder vermelding van 'medisch geheim'.

## TOETSINGSSCHEMA

Ten behoeve van verzekeren in het buitenland.

Als u uw specifieke situatie niet terugvindt in dit schema, verzoeken wij u contact op te nemen met Delta Lloyd.



\*) **EU/EER-landen:** België, Cyprus, Denemarken, Duitsland, Estland, Finland, Frankrijk, Griekenland, Hongarije, Ierland, Italië, Letland, Liechtenstein, Litouwen, Luxemburg, Malta, Noorwegen, Oostenrijk, Polen, Portugal, Slovenië, Slowakije, Spanje, Tsjechië, Verenigd Koninkrijk, IJsland, Zweden en Zwitserland.

**Verdragslanden:** Bosnië-Herzegovina, Kaapverdische Eilanden, Kroatië, Macedonië, Marokko, Servië-Montenegro, Tunesië en Turkije.

\*\*\*) Als u gedetacheerd bent verzoeken wij u een detacheringsverklaring (101 of 102) mee te sturen.

\*\*\*\*) Hiermee worden de regelingen voor vervroegd pensioen of vervroegd uittreden bedoeld voor personen van 55 jaar of ouder. De uitkering moet berekend zijn op basis van tenminste 70% van het laatstverdiende loon.

\*\*\*\*\*) U kunt de aanvullende zorgverzekering Delta Lloyd Extra Buitenland aanvragen.

\*\*\*\*\*) Wie gezinslid is wordt bepaald door de wetgeving in het land waar u woont. In het algemeen zijn dit de echtgeno(o)t(e) en minderjarige kinderen zonder eigen inkomen. U kunt dit navragen bij de sociale verzekeraar in uw woonplaats.

## PERSOONSgegevens

Bij de aanvraag van een verzekering vraagt Delta Lloyd Zorgverzekering NV om uw persoonsgegevens. Deze gebruikt Delta Lloyd Zorgverzekering NV (onderdeel van het Delta Lloyd concern) voor het accepteren en uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst, relatiebeheer en ten behoeve van preventie en fraudebestrijding. In verband met een verantwoord acceptatiebeleid kunnen wij uw gegevens raadplegen bij de Stichting CIS te Zeist. Doelstelling hiervan is risico's te beheersen en fraude te gaan.

Het privacyreglement van de Stichting CIS is van toepassing. Zie [www.stichtingcis.nl](http://www.stichtingcis.nl).

Persoonsgegevens kunnen we ook gebruiken om u te informeren over voor u relevante verzekeringen en financiële diensten.

Als u geen prijs stelt op informatie door Delta Lloyd Zorgverzekering NV, dan verzoeken wij u dit kenbaar te maken door middel van een kruisje in onderstaand vakje:

Ik stel geen prijs op informatie door Delta Lloyd Zorgverzekering NV

**GEZONDHEIDSVERKLARING**  
Delta Lloyd Buitenlandverzekeringen

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL  
Zorgverzekeringen

**BELANGRIJK**

**Vult u de gezondheidsverklaring alleen in als dit op het aanvraagformulier is aangegeven.**

Uw ingevulde gezondheidsverklaring wordt, met eventuele andere medische stukken, bewaard in een medisch dossier. Dit dossier wordt conform de regelgeving en de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Financiële Instellingen beheerd door de medisch adviseur.

Door inzending van de door u ingevulde en ondertekende gezondheidsverklaring geeft u aan geen bezwaar te hebben tegen de verwerking van uw medische gegevens voor de acceptatie en uitvoering van de door u aangevraagde verzekering. Tekent u wel bezwaar aan, dan kan het gevolg zijn dat Delta Lloyd Zorgverzekering NV afziet van het sluiten van de verzekering omdat zonder medische gegevens het risico niet adequaat kan worden ingeschat.

**1 GEGEVENS AANVRAGER**

Naam en voorletter(s) \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_

**2 ALGEMENE GEGEVENS**

| Gezinslidnummer                   | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  |
|-----------------------------------|----|----|----|----|----|
| Voorletter(s)                     |    |    |    |    |    |
| Geboortedatum                     |    |    |    |    |    |
| Lengte                            | cm | cm | cm | cm | cm |
| Gewicht                           | kg | kg | kg | kg | kg |
| Roken (aantal sigaretten per dag) |    |    |    |    |    |
| Alcohol (aantal glazen per dag)   |    |    |    |    |    |
| Drugs (soort drugs en frequentie) |    |    |    |    |    |

**3 GEZONDHEIDSVRAGEN**

Als een vraag met ja beantwoord is, dan verzoeken wij u dit toe te lichten bij punt 4.

a Heeft of had iemand een lichamelijke of geestelijke ziekte, aandoening, afwijking of klacht

nee  ja, gezinslidnr.(s): \_\_\_\_\_

b Is bij iemand de afgelopen vijf jaar sprake geweest van (geneeskundig) onderzoek, controle en/of behandeling en/of gebruik van hulpmiddelen (bijvoorbeeld een gehoorapparaat, orthopedisch schoeisel)

nee  ja, gezinslidnr.(s): \_\_\_\_\_

c Is bij iemand een geneeskundig onderzoek en/of een behandeling te verwachten

nee  ja, gezinslidnr.(s): \_\_\_\_\_

d Heeft iemand ooit een plastisch chirurgische behandeling en/of een vormverbeterende ingreep ondergaan of is iemand voornemens om een dergelijke behandeling te ondergaan

nee  ja, gezinslidnr.(s): \_\_\_\_\_

