

De aanvraag betreft de Delta Lloyd Privé  
Zorgverzekering (Buitenlandverzekering)

Beantwoord de vragen in blokletters met een blauwe of zwarte balpen. U kunt zich met dit formulier bij Delta Lloyd alleen verzekeren als u niet verzekeringsplichtig bent volgens de Zorgverzekeringswet of als u geen aanspraak op een zorgvoorziening in uw woonland kunt maken. Voor deze verzekering hebben wij een gezondheidsverklaring van u nodig. De verklaring sturen wij naar u toe zodra wij deze aanvraag hebben ontvangen.

Ingangsdatum:  (dd-mm-jjjj)

## Gegevens tussenpersoon (in te vullen door tussenpersoon)

Tussenpersoonsnummer Cliëntnummer bij tussenpersoon 

## Gegevens collectiviteit (in te vullen door collectiviteit)

Collectiviteitsnummer Personeelsnummer/lidmaatschapsnummer\* Declaratienummer/bedrijfsnummer\* 

(\*indien van toepassing)

## Gegevens verzekeringnemer

1 De verzekeringnemer is de persoon die de verzekering aanvraagt.

Voorletters  Tussenvoegsel  Achternaam Geboortedatum  Geslacht  M  V Delta Lloyd-relatiernr. (indien bekend) Straatnaam  Huisnr.  Toevoeging huisnr. Postcode  Woonplaats  Land Telnr. overdag  Telnr. 's-avonds  Sofi-nummer/BSN E-mailadres  Als u uw e-mail adres invult, geeft u Delta Lloyd toestemming om uw e-mail adres te gebruiken voor correspondentie.Naam werkgever / bedrijf / collectiviteit Wilt u voor uzelf een verzekering afsluiten?  ja  nee

## Gegevens van andere te verzekeren personen

Gezinslidnummer	Voorletters	Tussenvoegsel	Achternaam (geboortenaam)	Geboortedatum	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Sofi-nummer/BSN
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>

## 1 Gegevens verzekering

Geef hieronder aan welk eigen risico en welke aanvullende verzekering(en) u kiest.

Eigen risico € 100/200, € 200/400, € 300/600, € 400/800, € 500/1000

Eigen risico is het bedrag dat u per jaar zelf betaalt als u ziektekosten maakt. Voor deze verzekering geldt een eigen risico van minimaal € 100/200 per jaar per polis (maximaal € 500/1000). Wilt u een hoger eigen risico, geef dan hieraan uw keuze aan. Hoe hoger het eigen risico, hoe lager de premie. Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende verzekering.

Eigen risico

## Aanvullende verzekering

Geef in de tabel hiernaast de aanvullende verzekering van uw keuze aan. Als u kiest voor de aanvullende verzekering Delta Lloyd Top, dan heeft Delta Lloyd een verklaring nodig die uw tandarts namens u moet invullen. Deze verklaring hebben we nodig voor de medische beoordeling. De verklaring sturen wij u toe. De verklaring moet worden ondertekend door u en uw tandarts. Eventuele kosten hiervan worden door Delta Lloyd vergoed.

Gezinslidnummer:	1	2	3	4	5
Geen dekking gewenst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewenste dekking					
Delta Lloyd Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd Extra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd Compleet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd Comfort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd Top	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## TandenGaaf

Als u kiest voor een TandenGaaf product met een maximum bedrag van 1000 euro, dan heeft Delta Lloyd een verklaring nodig die uw tandarts namens u moet invullen. Deze verklaring hebben we nodig voor de medische beoordeling. De verklaring sturen wij u toe. De verklaring moet worden ondertekend door u en uw tandarts. Eventuele kosten hiervan worden door Delta Lloyd vergoed.

Gezinslidnummer:	1	2	3	4	5
Geen dekking gewenst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewenste dekking					
TandenGaaf 75% tot € 150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 75% tot € 250	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 75% tot € 500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 100% tot € 150	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 100% tot € 250	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 100% tot € 500	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TandenGaaf 100% tot € 1000	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Semi Private

Met deze module heeft u recht op luxere verpleging in een semi-private instelling.

Gezinslidnummer:

Geen dekking gewenst

Dekking gewenst

1 2 3 4 5

Toelichting vraag 2: Bij automatische incasso mag Delta Lloyd alle bedragen die u aan ons moet betalen van uw bank- of gironummer afschrijven. Het rekeningnummer waar u de machtiging voor afgeeft moet van de verzekeringnemer zijn. U kunt deze machtiging altijd weer intrekken. Uw rekeningnummer gebruiken wij ook voor betalingen aan u.

## 2 Hoe wilt u de premie betalen?

- a  Per maand  Per kwartaal  Per half jaar  Per jaar
- b  Aan Delta Lloyd  Aan tussenpersoon  Via werkgever
- c  Via acceptgiro  Via automatische incasso  Via premienota
- d Wat is uw bank- of gironummer?

## 3 Huidige zorgverzekeraar?

- a Wie is uw huidige zorgverzekeraar?  Inschrijvingsnummer
- b Hoe bent u momenteel verzekerd?  Individueel  Collectief  Buitenland
- c Hebt u uw huidige zorgverzekering zelf (op uw eigen naam) afgesloten of via een andere persoon (bijvoorbeeld een ouder, echtgeno(o)te of partner)?  Zelf  Via een andere persoon

## 4 Heeft één of meerdere van de te verzekeren personen inkomsten uit Nederland?

- Nee  Ja, de volgende wel: Geboortedatum  Geboortedatum   
Geboortedatum  Geboortedatum

## 5

Toelichting bij vraag 5: Inkomsten uit het buitenland zijn inkomsten uit werk of een buitenlandse sociale verzekeringsuitkering.

## Heeft één of meerdere van de te verzekeren personen inkomsten uit het buitenland?

- Nee  Ja, de volgende wel: Geboortedatum  Geboortedatum   
Geboortedatum  Geboortedatum

Toelichting vraag 6: Hebben één of meer van de te verzekeren personen niet de Nederlandse nationaliteit? Dan heeft Delta Lloyd voor personen uit een EU-land of een EEG-verdragsland een kopie nodig van de ID-kaart of het paspoort. Als het een ander land betreft, dan hebben wij een kopie van een verblijfsvergunning nodig. Stuur aanvullende documenten mee met dit formulier.

## 6 Hebben alle te verzekeren personen de Nederlandse nationaliteit?

- Ja  Nee, de volgende niet: Geboortedatum  Geboortedatum   
Nationaliteit  Nationaliteit   
Geboortedatum  Geboortedatum   
Nationaliteit  Nationaliteit

## Ondertekening

Ondergetekende verklaart alle vragen van dit aanmeldingsformulier nauwkeurig, volledig en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord. Dit aanmeldingsformulier is de grondslag van de zorgverzekering en van eventuele aanvullende verzekeringsovereenkomsten die worden gesloten met Delta Lloyd Zorgverzekering NV te 's-Gravenhage, KvK 27118912 (Delta Lloyd) onder de voorwaarden die van toepassing zijn. Deze NV behoort tot de CZ groep te Tilburg. Ondergetekende verklaart hiermee akkoord te gaan.

Plaats Datum Handtekening

U kunt dit formulier sturen naar:

Delta Lloyd  
Postbus 4016  
5004 JA Tilburg

De door de verzekeringnemer en de verzekerde(n) aan Delta Lloyd verstrekte gegevens zijn primair bestemd om door Delta Lloyd te worden gebruikt voor de beoordeling van het te verzekeren risico. Na totstandkoming van de verzekering kunnen zij worden gebruikt voor de uitvoering van de verzekering en de hiermee verband houdende serviceverlening, het beheer van de hieruit voortvloeiende relaties alsmede voor activiteiten gericht op een verantwoorde bedrijfsvoering, de continuïteit van de verzekeringsinstelling, de voorkoming en bestrijding van fraude en het voldoen aan wettelijke verplichtingen. Delta Lloyd biedt deze zorgverzekeringsovereenkomst aan. Op deze overeenkomst is het Nederlands recht van toepassing. Bij eventuele klachten kunt u zich tot de Raad van Bestuur richten. Gaat u niet akkoord met de beslissing van de Raad van Bestuur, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de rechter of de Ombudsman Zorgverzekeringen (zie artikel 11 van de algemene voorwaarden).



Om de gezondheidstoestand van de verzekerden vast te stellen hebben we medische informatie nodig. Vul alle vragen alstublieft in blokletters in.

Als u meer ruimte nodig hebt, kunt u een aparte bijlage bijvoegen.

Hartelijk dank voor uw medewerking.

Nummer cliënt: [input field]

Verzekerde: (deze vragenlijst wordt omwille van uw privacy apart van uw aanvraag gehouden. Daarom moeten sommige gegevens opnieuw worden ingevuld).

Achternaam:

Postcode:

Huisnummer

[input field]

[input field]

[input field]

1. Lengte en gewicht:

(geboortedatum)	gewicht (kg)	lengte (cm)	(geboortedatum)	gewicht (kg)	lengte (cm)
1 [input]-[input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm	4 [input]-[input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm
2 [input]-[input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm	5 [input]-[input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm
3 [input]-[input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm	6 [input]-[input]-[input]-[input]	[input] kg	[input] cm

2. Zijn er verzekerden met langdurige (langer dan 3 maanden) lichamelijke of geestelijke aandoeningen, ziekten of handicaps (ook aankruisen als dit langer dan vijf jaar geleden gebeurde)?

Bijvoorbeeld: diabetes, neurologische aandoeningen, longaandoeningen, epilepsie, bloedziekte, nierfalen, psychische of psychiatrische aandoeningen, incontinentie, hart- en/of vaatziekten, chronische huidaandoeningen, nek/rugkwalen en/of aandoeningen van de ledematen, aandoeningen van slokdarm, buik en/of darmen, tandheelkundige problemen na een ongeval, aangeboren aandoeningen, gehoorproblemen, kwaadaardige aandoeningen, hoge cholesterol, hepatitis, aids of hiv-antilichamen in het bloed (seropositiviteit).

[input] nee [input] ja, wie?

[input]-[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

[input]-[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

welke aandoening?

[input field]

[input field]

welke diagnose is gesteld?

[input field]

[input field]

3. Zijn er verzekerden die een hulpmiddel nodig hebben (bijv. een gehoorapparaat, prothese, rolstoel, injectienaalden of incontinentiemateriaal)?

[input] nee [input] ja, wie?

[input]-[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

[input]-[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

welk hulpmiddel?

[input field]

[input field]

4. Zijn er verzekerden die momenteel onder behandeling of onder controle zijn bij een huisarts, specialist, tandarts of verloskundige?

[input] nee [input] ja, wie?

[input]-[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

[input]-[input]-[input]-[input] (geboortedatum)

sinds wanneer?

[input field]

[input field]

welke specialistische zorg?

[input field]

[input field]

waarvoor?

[input field]

[input field]

welke diagnose is gesteld?

[input field]

[input field]

is/werd de betreffende persoon opgenomen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
wanneer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
waarvoor?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
voor hoe lang (aantal dagen)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
is een operatie uitgevoerd of wordt die verwacht?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
wanneer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke operatie?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
is verdere behandeling of controle nodig?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
hoe vaak per jaar?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**5. Zijn er verzekerden die regelmatig geneesmiddelen, speciale diëten of voedingspreparaten gebruiken?**

<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, wie?	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (geboortedatum)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (geboortedatum)
waarvoor?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke geneesmiddelen?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke doses?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
hoe vaak?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welk dieet/voedingspreparaat?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**6. Zijn er verzekerden (behalve die van vraag 4) die de afgelopen 5 jaar onder behandeling of onder controle bij een specialist zijn geweest?**

<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, wie?	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (geboortedatum)	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> (geboortedatum)
sinds wanneer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke specialistische zorg?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
waarvoor?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke diagnose werd gesteld?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
werd de betreffende persoon opgenomen?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
wanneer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
waarvoor?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
voor hoe lang (aantal dagen)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
is een operatie uitgevoerd?	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
wanneer?	<input type="text"/>	<input type="text"/>
welke operatie?	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nummer cliënt:

Achternaam:

Postcode:

Huisnummer

**7. Heeft er een behandeling of onderzoek plaatsgevonden in verband met kinderloosheid?**

nee  ja

onderzoek, behandeling voltooid

onderzoek, behandeling wordt verwacht

**8. Zijn er verzekerden die momenteel door een logopedist, fysiotherapeut of een andere therapeut worden behandeld of gedurende 6 weken of langer in de afgelopen 5 jaar zijn behandeld?**

nee  ja, wie?

---- (geboortedatum)

---- (geboortedatum)

welke therapie?

waarvoor?

welke periode?

van

----

----

tot

----

----

aantal behandelingen?

**9. Zijn er verzekerden die een alternatieve behandeling krijgen of de afgelopen 5 jaar hebben gekregen?**

nee  ja, wie?

---- (geboortedatum)

---- (geboortedatum)

welke periode?

van

----

----

tot

----

----

welke behandeling?

**10. Is de gezondheidstoestand van een of meer verzekerden zodanig dat aanzienlijke medische kosten zullen worden gemaakt of in de nabije toekomst te verwachten zijn?**

nee  ja, wie?

---- (geboortedatum)

---- (geboortedatum)

**11. Hebt u andere informatie die mogelijk van belang is voor de beoordeling van deze aanvraag?**

nee  ja, wie?

---- (geboortedatum)

---- (geboortedatum)

Opmerkingen:

Als u voor een van bovengenoemde rubrieken een goedkeuring hebt gekregen van uw huidige verzekeraar, wilt u dan alstublieft een kopie bijvoegen.

Deze gezondheidsvragenlijst en het aanvraagformulier vormen de basis voor het verzekeringscontract dat wordt afgesloten volgens de voorwaarden die van toepassing zijn. Ondergetekende verklaart dat alle vragen van deze gezondheidsvragenlijst nauwkeurig, volledig en naar waarheid zijn ingevuld. Delta Lloyd Zorgverzekeringen NV kan niet aansprakelijk worden gehouden voor claims met betrekking tot aandoeningen of handicaps die niet (volledig) op dit formulier zijn vermeld. Ondergetekende verklaart dat hij/zij met deze voorwaarden akkoord gaat.

Plaats

Datum

Handtekening

**Vul nu alstublieft het aanvraagformulier in**

De informatie die de verzekerde aan Delta Lloyd verstrekt, is primair bedoeld om door Delta Lloyd te worden gebruikt voor de beoordeling van het risico dat moet worden verzekerd. Adviseert de medisch adviseur van Delta Lloyd de verzekering af te wijzen? Dan laten wij u dit weten. Als u dat wilt, kunt u de aanvraag intrekken door ons dit schriftelijk te laten weten. Nadat de verzekeringspolis is afgesloten, wordt deze informatie gebruikt voor de implementatie van de verzekering, de bijbehorende dienstverlening en activiteiten die noodzakelijk zijn voor een verantwoordelijke bedrijfsvoering, de continuïteit van de verzekeringsmaatschappij, de preventie en bestrijding van fraude en om aan wettelijke verplichtingen te voldoen.