



## De aanvraag betreft de Delta Lloyd Zorgverzekering

Beantwoord de vragen in blokletters met een blauwe of zwarte balpen. U kunt zich met dit formulier bij Delta Lloyd verzekeren als u minimaal aan één van deze voorwaarden voldoet:

- u woont in Nederland
- u werkt in Nederland (in dienstverband)
- u betaalt loonbelasting in Nederland

De ingangsdatum van uw verzekering is 1 januari van een jaar.

Uitzonderingen vindt u in de algemene voorwaarden.

U kunt elk jaar veranderen van zorgverzekeraar.

Ingangsdatum:  (dd-mm-jjjj)

### Gegevens assurantieadviseur

(in te vullen door assurantieadviseur)

Nummer assurantieadviseur

Cliëntnummer bij assurantieadviseur

### Gegevens collectiviteit (in te vullen door collectiviteit)

Collectiviteitsnummer  15490

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** € 265,- € 365,- € 465,- € 565,- € 665,-

Het eigen risico is het bedrag dat u per jaar zelf betaalt als u ziektekosten maakt. Hoe hoger het eigen risico, hoe lager de premie. Voor verzekerden vanaf 18 jaar geldt een verplicht eigen risico van € 165,- per jaar. Wilt u een hoger eigen risico, geef dan in onderstaande tabel uw keuze aan. De keuze is inclusief € 165,- verplicht eigen risico. Het eigen risico geldt niet voor de aanvullende verzekering.

Gezinslidnummer	Eigen risico
Gezinslidnummer 1	<input type="text"/>
Gezinslidnummer 2	<input type="text"/>
Gezinslidnummer 3	<input type="text"/>
Gezinslidnummer 4	<input type="text"/>
Gezinslidnummer 5	<input type="text"/>

## 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,-, 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 € 1.000,-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Luxe Verpleging

(voor verzekerden vanaf 18 jaar)

Gezinslidnummer:

1 2 3 4 5

Geen dekking gewenst

    

Dekking gewenst

    

Toelichting vraag 2: Bij automatische incasso mag Delta Lloyd alle bedragen die u aan ons moet betalen van uw bank- of INGnummer 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 INGnummer?

## 3 Huidige zorgverzekeraar

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

## 4 Opzeggen huidige verzekering

Met deze aanmelding geef ik Delta Lloyd toestemming om de basisverzekering en de aanvullende verzekering bij mijn huidige zorgverzekeraar op te zeggen. Ik geef deze toestemming ook namens alle andere personen die op dit formulier vermeld staan. Wilt u dat Delta Lloyd niet alle verzekeringen voor alle personen opzegt? Geeft u dan aan welke verzekering Delta Lloyd moet opzeggen en voor wie.

	Naam	Geboortedatum	Hoofdverzekering	Aanvullende verzekering
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

- Nee  Ja, de volgende wel:
- |               |                      |               |                      |
|---------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Geboortedatum | <input type="text"/> | Geboortedatum | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> | Geboortedatum | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> | Geboortedatum | <input type="text"/> |

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 | <input type="text"/> | Geboortedatum | <input type="text"/> |
| Nationaliteit | <input type="text"/> | Nationaliteit | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> | Geboortedatum | <input type="text"/> |
| Nationaliteit | <input type="text"/> | Nationaliteit | <input type="text"/> |
| Geboortedatum | <input type="text"/> | Geboortedatum | <input type="text"/> |
| Nationaliteit | <input type="text"/> | Nationaliteit | <input type="text"/> |

## 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).