



De gegevens op dit formulier worden vertrouwelijk behandeld door de medisch adviseur van Delta Lloyd Zorgverzekering NV

Johanna Westerdijkplein 1
Telefoon (070) 310 08 88

Aanvraag-/wijzigingsformulier
particuliere ziektekosten-
verzekering

Delta Lloyd Ziektekosten-
verzekering

Assurantie-adviseur

in te vullen door Delta Lloyd

Polisnummer:

Nummer _____

Belangrijk

Vult u het formulier volledig in, anders kan uw aanvraag niet in behandeling genomen worden en zal er vertraging optreden. A.u.b. in blokletters invullen.
Vergeet u niet de benodigde gezondheidsverklaring(en) mee te sturen!

1 Gegevens aanvrager

(persoon op naam van wie de polis staat/komt te staan)

Polisnummer (indien u dit heeft)

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

Man Vrouw

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Privé:

Werk:

Beroep

Burgerlijke staat

Gehuwd Samenwonend Alleenstaand

Bank- of postbanknummer

Hoe wilt u de premie betalen

Per maand via automatische incasso
 Per kwartaal*
 Per half jaar*
 Per jaar*

* Wilt u de premie via automatische incasso betalen

Ja Nee

2 Gegevens van alle te verzekeren personen

De te verzekeren personen moeten behoren tot uw gezin.

Gezins- lidnr.	Naam en voorletter(s)	Geboorte- datum	Geslacht		Nationaliteit*	Sofi-nummer
			M	V		
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"/>	_____	_____
6	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
7	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

* Van de te verzekeren personen die niet de Nederlandse nationaliteit hebben, ontvangen wij graag een kopie van het vreemdelingendocument. Personen met een nationaliteit van een land binnen de Europese Unie kunnen volstaan met een kopie van het paspoort of de Europese identiteitskaart

Zijn er onder de te verzekeren personen studerende kinderen tussen de 18 en 27 jaar

Nee Ja, gezinslidnr.(s): _____

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:

Waar en hoe zijn de te verzekeren personen verzekerd

Verzekerd

Particulier

Ziekenfonds

Naam verzekeraar:

Inschrijfnummer:

van:

tot:

Collectieve verzekering

Ja

Nee

Standaardpakketpolis

Ja

Nee

Reden beëindiging:

Vanaf:

Reden:

NB Vergeet niet uw huidige verzekering op te zeggen. Wacht met opzeggen totdat u bericht over de acceptatie heeft gekregen. Als u liever heeft dat Delta Lloyd de opzegging voor u regelt, verzoeken wij u een volledig ingevuld en ondertekend opzegkaartje met de aanvraag mee te sturen. Bent u niet in het bezit van een opzegkaartje, dan kunt u deze opvragen bij uw assurantie-adviseur of bij Delta Lloyd Zorgverzekering NV.

Zijn er ooit verzekeringen van u en/of een van de te verzekeren personen:

- Opgezegd door een verzekeringsmaatschappij
- Geweigerd door een verzekeringsmaatschappij
- Geaccepteerd tegen beperkende voorwaarden of verhoogde premie

Ja*

Nee

Ja*

Nee

Ja*

Nee

* Bij beantwoording met 'Ja' a.u.b. toelichten

Maatschappij:

Soort verzekering:

Reden:

Zal een van de te verzekeren personen korter dan 12 maanden in Nederland gevestigd blijven, gerekend vanaf de ingangsdatum van de verzekering

Nee

Ja, gezinslidnr.(s):

Reden:

Hoeveel dagen per jaar verblijven de te verzekeren personen in het buitenland

Wat is de te verwachte looptijd van de aangevraagde verzekering

4 Gewenste verzekering**Delta Lloyd Ziektekostenverzekering
Volledige gezondheidsverklaring meesturen!**

Gewenst eigen risico

Gewenste ingangsdatum

**Gezondheidsverklaring
Iedere aanvraag moet vergezeld gaan van de benodigde
gezondheidsverklaring(en).**

Zonder deze gezondheidsverklaring(en) kan uw aanvraag niet in behandeling worden genomen. Als u geen gezondheidsverklaring(en) heeft, dan kunt u deze opvragen bij uw assurantieadviseur of bij Delta Lloyd Zorgverzekering NV.

De Delta Lloyd Ziektekostenverzekering en de aanvullende verzekeringen kunnen alleen aangevraagd worden als de te verzekeren personen jonger zijn dan 65 jaar

Hoofdverzekering (1 keuze mogelijk)

- Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Top
 Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Select
 Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Start

Alleenstaande

- Geen
 € 60,-
 € 115,-
 € 170,-
 € 230,-
 € 285,-
 € 340,-
 € 455,-

Gezin

- Geen
 € 120,-
 € 230,-
 € 340,-
 € 460,-
 € 570,-
 € 680,-
 € 910,-

Aanvullende klasseverzekering (1 keuze mogelijk)

- Hogere klasseverpleging met daggeldcompensatie € 23,00
 Hogere klasseverpleging met daggeldcompensatie € 57,00
-

**Tanden Gaaf Polis
Verzekerden ouder dan 21 jaar: tandheelkundige
gezondheidsverklaring meesturen!**

Voor welk(e) gezinslidnummer(s) is een Tanden Gaaf Polis gewenst (zie gezinslidnummer(s) vraag 2)

Wilt u techniekkosten meeverzekeren

Welke maximale vergoeding wenst u (per persoon per kalenderjaar)

Gewenste ingangsdatum tandartskostenverzekering (eerste van de maand na ondertekening)

Voor verzekerden vanaf 18 jaar is het mogelijk om naast de ziektekostenverzekering bij Delta Lloyd een tandartskostenverzekering aan te vragen. Bij de Delta Lloyd Ziektekostenverzekering Top is tandheelkundige hulp voor volwassenen al meeverzekerd.

Gezinslidnummer(s):

 Ja Nee

- € 230,-
 € 350,-
 € 475,-
 € 950,-
 € 1.900,-
-

Voor slotverklaring en ondertekening zie andere zijde a.u.b.

5 Slotverklaring

Toelichting

Artikel 251 Wetboek van Koophandel bepaalt dat een verzekeringsovereenkomst ongeldig is, indien u bij het aanvragen van een verzekering onjuiste of onvolledige informatie heeft verstrekt. Uw plicht om informatie te verschaffen omvat alles wat voor de maatschappij van belang kan zijn voor de beoordeling van het te verzekeren risico. Het gevolg van 'verzwijging' is, dat de maatschappij zich op ongeldigheid van de overeenkomst kan beroepen en schadevergoeding kan weigeren.

Ik verklaar dat:

- De vragen volledig en naar waarheid zijn beantwoord (indien de gegevens door een ander worden ingevuld, overtuig u dan van de juistheid van de antwoorden) en dat niets is verzwegen wat voor een juiste beoordeling bekend hoort te zijn bij de medisch adviseur van Delta Lloyd Zorgverzekering NV
- De voorwaarden bij de ingangsdatum van de verzekering bekend zijn.

Plaats	Datum	Handtekening aanvrager	Indien minderjarig, de handtekening van de wettelijke vertegenwoordiger
--------	-------	---------------------------	---

Bijlage(n)

A.u.b. aankruisen wat u meestuurt

- Gezondheidsverklaring volledig
- Tandheelkundige gezondheidsverklaring
- Anders, namelijk:

Stuurt u dit formulier met de gezondheidsverklaring(en) op naar uw assurantie-adviseur of naar

Delta Lloyd Zorgverzekering NV
Postbus 29677, 2502 LR Den Haag

Onder vermelding van 'medisch geheim'.

Bij de aanvraag van een verzekering vraagt Delta Lloyd Zorgverzekering om uw persoonsgegevens. Deze gebruikt Delta Lloyd Zorgverzekering (onderdeel van het Delta Lloyd-concern) voor het accepteren en uitvoeren van een verzekeringsovereenkomst, relatiebeheer en ten behoeve van preventie en fraudebestrijding. 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, dan verzoeken wij dit kenbaar te maken door middel van een kruisje in onderstaand vakje:

- Ik stel geen prijs op informatie door Delta Lloyd Zorgverzekering