

**AANVRAAG-/WIJZIGINGSFORMULIER**  
Delta Lloyd ZorgGarantverzekering  
Individueel

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL  
Zorgverzekeringen

ASSURANTIEADVISEUR

Naam:

Nummer:

**BELANGRIJK**

Dit formulier kunt u uitsluitend gebruiken als u woonachtig bent in Nederland. Het niet (volledig) beantwoorden van vragen of het ontbreken van stukken kan leiden tot een latere ingangsdatum van de zorgverzekering. Dit kan gevolgen hebben voor de dekking en de premie. De adresgegevens op het aanvraagformulier moeten overeenkomen met de gegevens in de Gemeentelijke Basisadministratie. Vergeet niet de huidige zorgverzekering op te zeggen.

**1 GEGEVENS AANVRAGER**

Persoon op naam van wie de polis staat/komt te staan.

Relatienummer (indien u dit hebt)

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

man  vrouw

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer(s)

Privé:

Werk:

E-mailadres

Burgerlijke staat

gehuwd  samenwonend  alleenstaand

Bank- of postbanknummer

U kunt verschillende rekeningnummers opgeven voor premiebetaling en te ontvangen uitkeringen.

Uitkeringen/no-claim:

Premie:

Hoe wilt u de premie betalen

Delta Lloyd gaat uit van betaling via automatische incasso.

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)	GEBOORTE-DATUM	GESLACHT 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"/>		
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 vreemdelingen-document. Personen met een nationaliteit van een land binnen de Europese Unie kunnen volstaan met 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 (basisverzekering)

Om te bepalen of u conform de Zorgverzekeringswet recht heeft op een Delta Lloyd Zorgverzekering verzoeken wij u vriendelijk onderstaande vragen naar waarheid te beantwoorden. Per gezinslid (zie vraag 2) aangeven welk antwoord van toepassing is.

Staat het gezinslid ingeschreven als Nederlands ingezetene

- |     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Heeft het gezinslid loon, winst of andere inkomsten uit Nederland

- |     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Heeft het gezinslid loon, winst of andere inkomsten uit het buitenland

- |     |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|-----|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nee | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Is er een gezinslid dat niet op dit formulier vermeld staat met uitsluitend inkomsten uit het buitenland

- ja  nee

Is een van de gezinsleden militair in actieve dienst of gedetineerd

- nee  ja, militair: gezinslidnr.(s)  
 ja, gedetineerd: gezinslidnr.(s)

Waar waren de te verzekeren personen verzekerd

- verzekerd

- onverzekerd

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

**Bewijs van beëindiging van de oude verzekeraar(s) 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: \_\_\_\_\_

### 4 GEWENSTE VERZEKERING

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

#### Delta Lloyd Zorgverzekering (Basisverzekering)

Eigen risico per persoon per kalenderjaar: (voor verzekerden vanaf 18 jaar)

- geen
- 100 euro
- 200 euro
- 300 euro
- 400 euro
- 500 euro

- | Gezinslidnummer(s)       |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1                        | 2                        | 3                        | 4                        | 5                        | 6                        | 7                        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- |                          |                          |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

#### Gewenste ingangsdatum zorgverzekering

(Deze moet aansluiten op de beëindigingsdatum van de oude verzekering of overeenkomen met de datum waarop het recht op de zorgverzekering is ontstaan)

## Gezinslidnummer(s)

1 2 3 4 5 6 7

### Aanvullende Zorgverzekeringen

Geen dekking gewenst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewenste dekking:							
Delta Lloyd ZorgGarant Start	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd ZorgGarant Compleet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Delta Lloyd ZorgGarant Top*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Module Alternatieve Geneeswijzen

(De hoogte van de dekking van de module Alternatieve Geneeswijzen is afhankelijk van uw aanvullende verzekering ZorgGarant. Meer informatie hierover kunt u vinden in de brochure of op [www.deltalloyd.nl](http://www.deltalloyd.nl))

Geen dekking gewenst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wel dekking gewenst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Module Buitenland Aanvullend

(Alleen te sluiten in combinatie met een aanvullende verzekering Delta Lloyd ZorgGarant)

Geen dekking gewenst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wel dekking gewenst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Module Tandengaaf

(voor verzekerden vanaf 18 jaar)

Geen dekking gewenst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maximale vergoeding per persoon per kalenderjaar:							
- 250 euro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 500 euro*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 1.000 euro*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 1.500 euro*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Acceptatie van deze verzekering is afhankelijk van de gezondheidstoestand. Wij verzoeken u vriendelijk om de gezondheidsvragen die betrekking hebben op de door u aangevraagde dekking op blad 5 van deze aanvraag te beantwoorden.

**Gewenste ingangsdatum aanvullende verzekering(en)/ module(s)**

### 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 assuranteadviseur of naar:

Delta Lloyd Zorgverzekering NV  
Postbus 29677, 2502 LR Den Haag

Onder vermelding van 'medisch geheim'.

#### 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 tegen 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 ZorgGarantverzekering  
Individueel

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 \_\_\_\_\_

Postcode en huisnummer \_\_\_\_\_

## 2 ALGEMENE GEGEVENS

Gezinslidnr.	1	2	3	4	5	6	7
Voorletter(s)							
Geb. datum							
Lengte	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm
Gewicht	kg	kg	kg	kg	kg	kg	kg

## 3 GEZONDHEIDSVRAGEN

Wij verzoeken u vriendelijk deze vragen te beantwoorden als u heeft gekozen voor de ZorgGarant Top

- a Is iemand op dit moment onder behandeling bij een alternatief genezer of is dit binnen 12 maanden te verwachten

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

Zo ja, toelichten bij punt 4.  
\_\_\_\_\_

- b Is iemand op dit moment onder behandeling van een orthodontist of tandarts in verband met orthodontie (gebitsregulatie) of is dit binnen 12 maanden te verwachten

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

Begindatum: \_\_\_\_\_

- c Is iemand op dit moment onder behandeling van een psycholoog of huidtherapeut of is dit te verwachten

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

Zo ja, toelichten bij punt 4.  
\_\_\_\_\_

