

AANVRAAG-/WIJZIGINGSFORMULIER
Delta Lloyd ZorgGarantverzekering

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL
Zorgverzekeringen

ASSURANTIEADVISEUR

Naam: _____ Nr.: _____

COLLECTIVITEIT (indien van toepassing)

Naam: _____ Nr.: _____

BETREFT

- aanvraag nieuwe verzekering
 meeverzekeren gezinslid
 wijziging op bestaande verzekering

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.

1 GEGEVENS AANVRAGER

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

Relatienummer (indien u dit hebt)

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

_____ man vrouw

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer(s)

Privé: _____ Werk: _____

E-mailadres

Datum indienstreding

_____ (dit is uitsluitend bedoeld voor de werknemer)

Burgerlijke staat

gehuwd samenwonend alleenstaand

Bank- of postbanknummer
Voor premie incasso en/of uitkeringen.

Hoe wilt u de premie betalen
Het kan 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)	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"/>		

* 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 VERZEKERINGSGEGEVENS/OPZEGSERVICE

Wilt u gebruikmaken van de opzegservice van Delta Lloyd

U kunt alleen gebruikmaken van deze opzegservice als u per 1 januari wilt overstappen naar Delta Lloyd.

Dit aanvraagformulier dient dan vóór 1 januari in ons bezit te zijn. Vergeet u niet onderstaande verzekeringsgegevens volledig in te vullen.

Waar waren de te verzekeren personen verzekerd

verzekerd

Gezinslidnr.(s):

Naam verzekeraar:

Inschrijfnr.:

Einddatum:

Reden beëindiging:

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

- nee, ik zeg zelf de oude verzekering op
 ja, ik verzoek Delta Lloyd de oude verzekering
 inclusief aanvullende verzekering(en)
 exclusief aanvullende verzekering(en)
 op te zeggen voor gezinslidnr.(s):

onverzekerd

Gezinslidnr.(s):

Vanaf:

Reden:

Naam laatste verzekeraar:

nee ja, gezinslidnr.(s):

Naam verzekeraar:

Soort verzekering:

Reden:

4 TOETSING VERZEKERINGSPLICHT

Om te bepalen of u verzekeringsplichtig bent volgens de Zorgverzekeringswet 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

	Gezinslidnummer(s)					
	1	2	3	4	5	6
Ja	<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"/>

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"/>
Nee	<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"/>
Nee	<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

nee ja

Is een van de gezinsleden militair in actieve dienst of gedetineerd

nee ja, militair: gezinslidnr.(s)

ja, gedetineerd: gezinslidnr.(s)

5 GEWENSTE VERZEKERING

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

Delta Lloyd Zorgverzekering

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

Extra eigen risico per persoon per kalenderjaar: (Bovenop wettelijk vastgestelde eigen risico van 150 euro per verzekerde vanaf 18 jaar)

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

<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 de verzekeringsplicht voor de zorgverzekering is ontstaan.

ZorgGarant aanvullende zorgverzekeringen

Gezinslidnummer(s)

Geen dekking gewenst

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewenste dekking:

Delta Lloyd ZorgGarant Start
Delta Lloyd ZorgGarant Extra
Delta Lloyd ZorgGarant Compleet
Delta Lloyd ZorgGarant Comfort
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"/>	<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"/>

Gezondheidsvragen

* Wij verzoeken u deze vragen te beantwoorden als u gekozen hebt voor de ZorgGarant Top.

a Is een van de te verzekeren personen na ingangsdatum van de verzekering onder controle geweest bij en/of behandeld door een psycholoog, huidtherapeut, dermatoloog en/of alternatieve genezer of is dit binnen 12 maanden na ingangsdatum van de verzekering te verwachten

nee ja, gezinslidnr.(s): _____

Zo ja, toelichten bij punt 6

b Is een van de te verzekeren personen na ingangsdatum van de verzekering onder controle geweest bij en/of behandeld door een orthodontist of tandarts in verband met orthodontie (gebitsregulatie) of is dit binnen 12 maanden na ingangsdatum van de verzekering te verwachten

nee ja, gezinslidnr.(s): _____

Zo ja, toelichten bij punt 6

Module Tandengaaf

(voor verzekerden vanaf 22 jaar)

Geen dekking gewenst

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gewenste dekking

Tandengaaf 75% tot € 150
Tandengaaf 75% tot € 250
Tandengaaf 75% tot € 500**
Tandengaaf 100% tot € 150
Tandengaaf 100% tot € 250
Tandengaaf 100% tot € 500**
Tandengaaf 100% tot € 1.000**

<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"/>

Tandheelkundige gezondheidsvraag

** Wij verzoeken u de hierna gestelde vraag te beantwoorden als u hebt gekozen voor de module Tandengaaf van 500 euro of 1000 euro.

a Is een van de te verzekeren personen na ingangsdatum van de verzekering behandeld of verwacht een van de te verzekeren personen binnen 12 maanden na ingangsdatum een behandeling voor kroon- en/of brugwerk, inlays, implantaten, partiële protheses (plaatje of frame) en/of een uitgebreide tandvleesbehandeling

nee ja, gezinslidnr.(s): _____

Zo ja, toelichten bij punt 6

Module Luxe Verpleging

(voor verzekerden vanaf 18 jaar)

Geen dekking gewenst

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dekking gewenst

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

Gewenste ingangsdatum aanvullende zorgverzekering/module(s)

Uw ingevulde gezondheidsvragen worden, 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 het door u ingevulde en ondertekende formulier 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.

