



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 tussenpersoon (in te vullen door tussenpersoon)

Tussenpersoonsnummer

Cliëntnummer bij tussenpersoon

Gegevens collectiviteit

Collectiviteitsnummer

Personeelsnummer (indien van toepassing)

Declaratienummer/bedrijfsonderdeelnummer

(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 Ik geef Delta Lloyd toestemming om mijn e-mailadres 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
<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 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 € 255, € 355, € 455, € 555, € 655

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 € 155 per jaar. Wilt u een hoger eigen risico, geef dan in onderstaande tabel uw keuze aan. De keuze is inclusief € 155 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 500 euro of hoger, 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"/>

