

WIJZIGINGENFORMULIER

Online invulbaar

Delta Lloyd Zorgverzekering NV

ONDERDEEL

Zorgverzekeringen

NAAM ASSURANTIEADVISEUR

Nummer

NAAM COLLECTIVITEIT

Nummer

1 Gegevens verzekerde(n)

De wijziging betreft:

Naam

Geboortedatum

BSN-nummer

Relatienummer

Relatienummer verzekeringnemer

Naam en voorletter(s)

Geboortedatum

Postcode en huisnummer

2 Soort wijziging

- Wijziging adres
Nieuw adres

Verhuisdatum

- Wijziging betalingswijze

Per datum

Voor meer informatie over het invullen van dit formulier klik [hier](#).

Als u voor meerdere verzekerden op de polis verschillende wijzigingen wilt doorgeven, verzoeken wij u per verzekerde een wijzigingenformulier in te vullen.

Alle verzekerden op de polis

Geboorte

Alleen de verzekeringnemer

Eén van de andere verzekerden op de polis, namelijk:

Delta Lloyd gaat uit van betaling via automatische incasso. Betaling via automatische incasso is alleen mogelijk via een Nederlands banknummer. Als u collectief verzekerd bent, kan het zijn dat uw werkgever of assurantieadviseur aparte afspraken heeft gemaakt over de premiebetaling.

Per maand (alleen mogelijk via automatische incasso)

Per kwartaal *

Per halfjaar*

Per jaar*

* Per acceptgiro

Nee

Ja

- Wijziging eigen risico (per 1-1-2010)**
Deze bedragen zijn inclusief het
verplichte eigen risico

- Wijziging aanvullende verzekering**
Gewenste aanvullende verzekering:
kiest u voor Delta Lloyd Top dan moet u
een tandartsverklaring invullen.
Deze sturen wij u toe zodra wij dit
wijzigingenformulier van u hebben
ontvangen.

- Gewenste tandartsverzekering**
Kiest u voor Tandengaaf 100% tot
€ 1000,- dan moet u een
tandartsverklaring invullen.
Deze sturen wij u toe zodra wij dit
wijzigingenformulier van u hebben
ontvangen.

- Aanvraag Collectieve verzekering
via werkgever/belangenorganisatie**

Naam collectiviteit

Nummer collectiviteit

Ingangsdatum dienstverband/
lidmaatschap

- Beëindiging Collectieve verzekering
via werkgever/aanvang individuele
verzekering**

Per datum

- € 165,-
 € 265,-
 € 365,-
 € 465,-
 € 565,-
 € 665,-

- Delta Lloyd Start
 Delta Lloyd Extra
 Delta Lloyd Compleet
 Delta Lloyd Comfort
 Delta Lloyd Top
 Delta Lloyd Luxe Verpleging

TandenGaaf

- 100% tot max € 150,-
 100% tot max € 250,-
 100% tot max € 500,-
 100% tot max € 1.000,-
 75% tot max € 150,-
 75% tot max € 250,-
 75% tot max € 500,-
 Geen Tandartsverzekering

- Beëindiging van de Delta Lloyd Zorgverzekering of Delta Lloyd Zorgpolis

Per

Reden beëindiging

- Beëindiging aanvullende verzekering(en)

Per

Reden beëindiging

- Opschorting dekking in geval van detentie

[Detentie verklaring bijsluiten](#)

Begindatum

- Toezending aanmeldingsformulier

- Aanvragen wijzigingenformulier

- Overstappen naar andere zorgverzekeraar
- Overig

- Aanvullende zorgverzekering Delta Lloyd
- Aanvullende verzekering Tandengaan
- Aanvullende verzekering Luxe Verpleging
- Aanvullende verzekering Delta Lloyd Clause Buitenland
- Aanvullende verzekering Semi-Private (Klassenverpleging bij verblijf in een ziekenhuis in het buitenland)

- Overstappen naar andere zorgverzekeraar
- Overig

Uw detentieverklaring kunt u bijvoegen in de e-mail (nadat u op 'verzenden' hebt gedrukt). Ook kunt u ervoor kiezen het per post naar ons op te sturen samen met een uitgeprint Wijzigingenformulier. Het adres vindt u onderaan dit formulier.

Voor het doorgeven van andere wijzigingen, dient u een gepersonaliseerd wijzigingenformulier in te vullen. Wij hebben daarvoor namelijk uw handtekening nodig. U kunt het gepersonaliseerde wijzigingenformulier aanvragen via wijzigingen@deltalloyd.nl of (026) 353 53 53.

Wilt u een nieuwe aanmelding doen? Download dan hieronder het aanmeldingsformulier, print het uit en stuur het ingevuld per post naar onderstaand adres.

Aanmeldingsformulier  

Het adres:

Delta Lloyd Zorgverzekeringen,
afdeling Klantenservice
6803 GA Arnhem

Wilt u het formulier liever per post ontvangen?
Dit kunt u hieronder aangeven.

- Aanmeldingsformulier