

MACHTIGINGSFORMULIER

NAASTENVERSTREKKING



Met dit formulier kunt u een ander machtigen om uw zorgverzekeringszaken te regelen. U kunt dit formulier invullen in uw PDF-reader en opslaan. Wilt u meerdere personen machtigen? Vul dan per persoon een Machtigingsformulier in.

MIJN GEGEVENS

Naam : _____

Geboortedatum : _____ Man Vrouw

Verzekernummer : _____

IK MACHTIG

Naam : _____

Geboortedatum : _____ Man Vrouw

Straatnaam en huisnummer : _____

Postcode en woonplaats : _____

Soort relatie van een
gemachtigde tot u : _____
(bijvoorbeeld echtgenoot,
kind of buurvrouw)

Ik geef gemachtigde toestemming om, naast mijn persoonlijke gegevens, onderstaande gegevens in te zien en te wijzigen.
Kruis tenminste één van de opties aan. Wij nemen alleen volledig ingevulde formulieren in behandeling.

Gezondheidsgegevens (zoals vergoedingen, medicijngebruik, zorgkosten)

Financiële gegevens (zoals betalingsregeling, rekeningnummer)

AKKOORD EN ONDERTEKENING

Met de ondertekening van dit formulier verklaart u de ingevulde gegevens op dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld. Deze toestemming is maximaal geldig tot 3 jaar na beëindiging van de verzekering. U kunt te allen tijde de machtiging stopzetten.

Wij gebruiken deze gegevens uitsluitend voor de identificatie van de gemachtigde, wanneer deze contact met ons opneemt. U verklaart hiermee dat u instemming geeft om de gegevens van de gemachtigde aan ons te verstrekken. Bent u niet in staat te ondertekenen? Dan ontvangen wij graag aanvullende documenten waaruit dit blijkt.

Datum : _____

Plaats : _____ Uw handtekening : _____

Datum : _____

Plaats : _____ Handtekening
gemachtigde : _____