

Ik, werknemer: _____

Voorletters: _____

Achternaam: _____

Geboortedatum: _____

BSN/Sofinummer: _____

Machtig hierbij (Naam werkgever) _____

te (Plaats) _____

Om namens mij, tot wederopzegging van deze machtiging:

- een zorgverzekering bij Zorg en Zekerheid en eventueel een aanvullende verzekering voor mij als verzekeringsnemer (zijnde tevens de enige verzekerde) te sluiten met ingang van het dienstverband;
- ten behoeve van de aanmelding/afmelding mijn BSN/Sofinummer en overige benodigde gegevens aan Zorg en Zekerheid te verstrekken;
- de zorgverzekering en eventueel een aanvullende verzekering op te zeggen per datum van uitdiensttreding, tenzij de zorgverzekeringplicht doorloopt;
- de premie voor de hierboven genoemde zorgverzekering en eventueel een aanvullende verzekering namens mij tijdig aan Zorg en Zekerheid te voldoen;
- indien nodig de hierboven bedoelde verschuldigde bedragen aan Zorg en Zekerheid te verrekenen met mijn loon;
- declaraties in te dienen waarbij de uitkering van de schade geschiedt aan mijn werkgever/uitzendbureau of direct aan de zorgverlener;
- mijn postadres door te geven als het adres van de hoofdvestiging van _____

Dit adres geldt als postadres totdat ik een ander (post)adres aangeef;

- inzage te hebben in eigen risico verbruik dan wel deze nota's voor mij te betalen of te verrekenen met mijn loon. Ik geef hierbij wel/niet (doorhalen wat van toepassing is) de uitdrukkelijke toestemming aan (Naam werkgever) _____

en de daarvoor aangewezen medewerkers, om mij te ondersteunen met de administratie van de verzekering of deze namens mij te voeren en daarbij inzage te hebben in alle (medisch) noodzakelijke gegevens.

Dit met inachtneming van de Wet Bescherming Persoonsgegevens.

Datum: _____

Plaats: _____

Naam en handtekening werknemer: _____