

Met dit formulier geeft u een persoon of instantie toestemming om uw gegevens op te vragen of te wijzigen. Om deze machtiging vast te kunnen leggen, is het belangrijk dat u alle gegevens hieronder invult.

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam m v

Straat Huisnummer

Postcode Woonplaats

Geboortedatum

2. Gegevens persoon die gemachtigd wordt (sla over indien u een instantie machtigt)

Voorletters en achternaam m v

Straat Huisnummer

Postcode Woonplaats

Geboortedatum

3. Gegevens instantie die gemachtigd wordt (sla over indien u een persoon machtigt)

Naam instantie

Straat Huisnummer

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer

4. Ondertekening

Met het ondertekenen van dit formulier geef ik de persoon/instantie toestemming voor het opvragen of wijzigen van mijn:

- persoonlijke gegevens
- polisgegevens
- financiële gegevens
- declaratiegegevens (incl. daaraan gerelateerde medische gegevens)
- eigen risico gegevens (incl. daaraan gerelateerde medische gegevens)
- status van een machtigingsaanvraag voor vergoeding van zorg

De machtiging loopt door totdat ik de machtiging schriftelijk of via e-mail beëindig.

Datum: - -

Mijn handtekening

Handtekening gemachtigde

U kunt het volledig ingevulde en ondertekende formulier scannen en mailen naar relaties@zorgenzekerheid.nl.
U kunt het formulier ook opsturen naar Zorg en Zekerheid, Afdeling Operaties, Postbus 400, 2300 AK LEIDEN.