

Let op! Alleen volledig ingevulde formulieren kunnen wij in behandeling nemen.

Met dit formulier kunt u een ander machtigen om uw zorgverzekeringszaken te regelen.

VERKLARING

Hierbij verklaar ik dit machtigingsformulier naar waarheid in te vullen. Ik geef de gemachtigde toestemming de in dit document aangegeven gegevens op te vragen en te wijzigen. Deze machtiging gaat in vanaf de hieronder ingevulde begindatum tot de ingevulde einddatum of, als de einddatum niet wordt ingevuld, totdat de machtiging wordt ingetrokken.

De gemachtigde verklaart in het belang van de aanvrager informatie op te vragen/gegevens te wijzigen.

Datum ondertekening : _____ - _____ - _____ Handtekening verzekerde: _____

Datum ondertekening : _____ - _____ - _____ Handtekening gemachtigde: _____

Begindatum : _____ - _____ - _____

Einddatum (optioneel) : _____ - _____ - _____

MIJN GEGEVENS (AANVRAGER)

Voorletter(s) en achternaam : _____

Geboortedatum : _____

Verzekerdnummer : _____

Straatnaam + huisnummer : _____

Postcode + woonplaats : _____

GEGEVENS GEMACHTIGDE (PERSOON DIE TOESTEMMING KRIJGT)

Voorletter(s) en achternaam : _____

Geboortedatum : _____

Straatnaam + huisnummer : _____

Postcode + woonplaats : _____

E-mailadres (optioneel) : _____

Relatie tot de aanvrager (optioneel) : _____

TOESTEMMING

Ik geef de gemachtigde toestemming om de volgende gegevens op te vragen en/of te wijzigen:

- ° polisgegevens (zoals de aanvullende verzekering en het eigen risico),
- ° financiële gegevens (zoals betalingsregelingen, openstaande rekeningen en rekeningnummer) en
- ° zorginhoudelijke gegevens (zoals vergoedingen en zorgkosten).

POST (MAAK EEN KEUZE)

Mijn post blijf ik zelf ontvangen.

De gemachtigde ontvangt de post van mij op zijn/haar postadres.

*Stuur het ingevulde formulier op naar DSW Zorgverzekeraar, afdeling Polisbeheer, Postbus 173, 3100 AD Schiedam.