

Ondergetekende, _____ (naam verzekerde) (verzekerdennummer: _____)
machtigt hierbij _____ (naam gevolmachtigde) wonende _____ (adres) te
_____ (woonplaats) (hierna ook te noemen: gevolmachtigde), om namens ondergetekende alle (rechts)
handelingen te verrichten die betrekking hebben op het door DSW Zorgverzekeraar aan ondergetekende toegekende of nog toe
te kennen Zvw-pgb.

Hiermee geeft ondergetekende ook toestemming aan DSW Zorgverzekeraar om, voor de uitvoering van het aan ondergetekende
toegekende of nog toe te kennen Zvw-pgb, noodzakelijke informatie en persoonsgegevens, waaronder gegevens betreffende de
gezondheid, uit te wisselen met de gevolmachtigde.

De gevolmachtigde gaat er, door ondertekening van deze volmacht, mee akkoord dat hij/zij mede verantwoordelijk is voor de
nakoming van de taken en verplichtingen die zijn verbonden aan het Zvw-pgb zoals beschreven in het Reglement Zvw-pgb, en
mede aansprakelijk kan zijn voor gebreken in de nakoming hiervan.

Ondergetekende gaat er, door ondertekening van deze volmacht, mee akkoord dat hij/zij als budgethouder blijvend mede
verantwoordelijk is voor de nakoming van de taken en verplichtingen die zijn verbonden aan het Zvw-pgb en zijn beschreven in
het Reglement Zvw-pgb, en blijvend mede aansprakelijk kan zijn voor gebreken in de nakoming hiervan.

Deze machtiging wordt met ingang van _____ - _____ - _____ (datum) afgegeven voor de gehele duur
van het Zvw-pgb, tenzij ondergetekende deze volmacht op een eerder moment intrekt en daarvan schriftelijk melding maakt
bij DSW Zorgverzekeraar.

VERZEKERDE (VOLMACHTGEVER)

Datum ondertekening:

Plaatsnaam:

Naam verzekerde:

Handtekening verzekerde:

GEVOLMACHTIGDE

Datum ondertekening:

Plaatsnaam:

Naam gevolmachtigde:

Handtekening gevolmachtigde:

Telefoonnummer: