Machtigingsformulier

Met dit formulier machtigt u een ander om uw zorgverzekeringszaken te regelen.
Wilt u meerdere personen machtigen? Vul dan per persoon een machtigingsformulier in.

Mijn gegevens (volmachtgever):

Voorletters		Achternaam	
Voornaam		☐ Man ☐ Vrouw	
Geboortedatum		Polisnummer	
Straat		Huisnummer	
Postcode		Woonplaats	
E-mailadres			

Ik machtig (gevolmachtigde):

Voorletters		Achternaam	
Voornaam		☐ Man ☐ Vrouw	
Geboortedatum			
Straat		Huisnummer	
Postcode		Woonplaats	
E-mailadres			
Relatie tot verzekerde			

Ik geef gevolmachtigde toestemming om mijn belangen te behartigen als het gaat om mijn zorgverzekering.
Dat houdt in dat de gevolmachtigde:

1. telefonisch en schriftelijk informatie mag inwinnen over:
- de inhoud van mijn zorgverzekering;
- mijn persoonlijke gegevens;
- mijn medische gegevens;
- mijn financiële gegevens.

2. wijzigingen mag aanbrengen in:
- mijn polis;
- mijn persoonlijke gegevens;
- mijn betaalwijze, waaronder eigen risico, eigen bijdrage en premie.

De machtiging geldt niet voor het inloggen in Mijn HollandZorg. Dat kan alleen de volmachtgever zelf met DigiD.

Machtiging intrekken?
Dat kan op elk moment. Kijk op onze website voor de contactmogelijkheden.

Plaats		Datum	
	Handtekening volmachtgever		*Handtekening gevolmachtigde*

U kunt het ingevulde formulier mailen naar info@hollandzorg.nl of per post sturen naar HollandZorg, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (een postzegel is niet nodig).