

VOLMACHTFORMULIER

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

Met dit formulier geeft u een ander de volmacht om uw zorgverzekeringszaken te regelen.

VERKLARING

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

De gevolmachtigde verklaart in het belang van de volmachtgever informatie op te vragen/gegevens te wijzigen.

Datum ondertekening : _____ - _____ - _____ Handtekening
verzekerde (volmachtgever): _____

Datum ondertekening : _____ - _____ - _____ Handtekening gevolmachtigde: _____

Begindatum : _____ - _____ - _____
Einddatum (optioneel) : _____ - _____ - _____

MIJN GEGEVENS (VERZEKERDE)

Voorletter(s) en achternaam : _____
Geboortedatum : _____
Verzekerdnummer : _____
Straatnaam + huisnummer : _____
Postcode + woonplaats : _____

GEGEVENS GEVOLMAGTIGDE (PERSOON DIE VOLMACHT KRIJGT)

Voorletter(s) en achternaam : _____
Geboortedatum : _____
Straatnaam + huisnummer : _____
Postcode + woonplaats : _____
E-mailadres (optioneel) : _____
Relatie tot de volmachtgever (optioneel) : _____

VOLMACHT

Ik geef de gevolmachtigde 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 gevolmachtigde ontvangt de post van mij op zijn/haar postadres.

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