

Wilt u dit formulier in blokletters met blauwe of zwarte pen invullen? Met dit formulier kunt u iemand machtigen tot het opvragen en/of wijzigen van uw gegevens. Om deze machtiging vast te kunnen leggen is het belangrijk dat u alle gegevens hieronder vult. Onvolledig gevulde formulieren kunnen wij niet in behandeling nemen.

### 1 Gegevens van de persoon die u wilt machtigen

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
Geboortedatum	Relatienummer	(9 cijfers)	
Straatnaam		Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats		

### 2 Mijn gegevens

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
Geboortedatum	Relatienummer	(9 cijfers)	
Straatnaam		Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats		

### 3 De machtiging

De periode van de machtiging is: (U kunt iemand voor maximaal 5 jaar machtigen.)

Begindatum (DD/MM/JJJJ)

Einddatum (DD/MM/JJJJ)

Ik wil iemand machtigen voor het opvragen en/of wijzigen van mijn

Financiële gegevens (eigen risico, betalingsregeling, manier van betalen)

Medische gegevens (vergoedingen, medicijnen, zorgkosten)

Persoonlijke gegevens (adres- en poliswijzigingen)

### 4 Handtekeningen uzelf en gemachtigde

Datum (DD/MM/JJJJ)

Mijn naam

Handtekening

Naam gemachtigde

Handtekening

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier in een (antwoord)envelop naar De Friesland Zorgverzekeraar, Serviceteam Polis, Antwoordnummer 10290, 2300 VB Leiden. Een postzegel plakken is niet nodig.