

Machtigingsformulier

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 Mijn gegevens

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw		
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>		
Relatienummer	<input type="text"/>				

2 Ik machtig

Voorletter(s)	<input type="text"/>	Tussenvoegsel	<input type="text"/>	Achternaam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw		
Straatnaam	<input type="text"/>			Huisnr.	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>		
Telefoonnummer	<input type="text"/>	E-mailadres	<input type="text"/>		
Relatienummer	<input type="text"/>				

Tot het opvragen en/of wijzigen van mijn

- Financiële gegevens (eigen risico, betalingsregeling, betaalwijze)
- Medische gegevens (vergoedingen, medicijnen, zorgkosten)
- Persoonlijke gegevens (adres en polis aanpassingen)

LET OP:

Als u niets aankruist, geeft u een machtiging af voor het opvragen en/of wijzigen van al uw gegevens.

3 Periode machtiging:

De periode van de machtiging is: (Let op geldigheid machtiging is maximaal 5 jaar)

Begindatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Einddatum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

4 Ondertekening

Zonder handtekening van uzelf en de gemachtigde, is dit formulier niet geldig.

Datum	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
-------	--

Mijn handtekening	<input type="text"/>	Handtekening gemachtigde	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	--------------------------	----------------------

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar De Friesland Zorgverzekeraar, postbus 270, 8901 BB Leeuwarden.