

## Iemand machtigen om mijn zorgzaken te regelen

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	(DD/MM/JJJJ)	Relatienummer	(9 cijfers)
Straatnaam		Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats		

### 2 Mijn gegevens

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
Geboortedatum	(DD/MM/JJJJ)	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, Serviceteam Polis, Antwoordernummer 10290, 2300 VB Leiden. Een postzegel plakken is niet nodig.**

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement ([www.defriesland.nl/privacy](http://www.defriesland.nl/privacy)) van De Friesland. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.

De Friesland Zorgverzekeraar N.V., KvK 50884565 | Achmea Zorgverzekeringen N.V., KvK 28080300