

Machtiging

medische gegevens / financiële gegevens



Mijn gegevens:

Voorletters en achternaam

Relatienummer

Straatnaam

Huisnummer

Toevoeging

Postcode

Plaats

Ik machtig de onderstaande verzekeringsadviseur:

Naam verzekeringsadviseur

Relatienummer verzekeringsadviseur

Tot kennisname en inzage in:

- mijn persoonsgegevens inclusief gegevens betreffende mijn gezondheid zoals deze worden gehouden door ONVZ Zorgverzekeraar, met inbegrip van mijn medisch dossier zoals dat wordt gehouden door de medisch adviseur van ONVZ Zorgverzekeraar.

Dit in het kader van de afhandeling van mijn aanvraag voor of wijziging van mijn zorg- of ziektekostenverzekering als ook de afhandeling van door of namens mij ingediende declaraties, een en ander inclusief de afhandeling van eventuele klachten of geschillen met betrekking tot mijn aanvraag, wijziging of mijn declaraties.

Tot het opvragen en/of wijzigen van mijn:

- Financiële gegevens (betalingstermijn, ER e.d.)
- Persoonlijke gegevens (NAW, e.d.)

Ondertekening:

Datum

* Handtekening verzekerde

Handtekening gemachtigde

* Voor iedere verzekerde op de polis van 16 jaar en ouder dient een aparte machtiging te worden afgegeven

U kunt dit formulier mailen naar: ONVZ Zorgverzekeraar, E-mail adres VO@ONVZ.NL