

Met dit formulier geeft u een ander toestemming om informatie op te vragen over uw zorgverzekering.
Voor Mijn Pro Life geldt deze machtiging niet*. Het is belangrijk dat u alle gegevens u invult.
Vul dit formulier helemaal in met blauwe of zwarte pen en in blokletters.

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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw		
Straatnaam	<input type="text"/>				Huisnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Toevoeging	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>					
Relatienummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Vrouw		
Straatnaam	<input type="text"/>				Huisnr.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Toevoeging	<input type="text"/>
Postcode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Woonplaats	<input type="text"/>					
Telefoonnummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	E-mailadres	<input type="text"/>
Relatienummer	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 veranderen van al uw gegevens.

3 Periode machtiging

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

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

4 Ondertekening

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

Datum - -

Mijn handtekening

Handtekening gemachtigde

* In Mijn Pro Life kan een meeverzekerde vanaf 12 jaar de verzekeringnemer machtigen via de pagina Mijn Zorgverbruik.
Als verzekeringnemer kunt u voor Mijn Pro Life geen meeverzekerde machtigen.

Stuur het compleet ingevulde en ondertekende formulier op naar:
Pro Life Zorgverzekeringen, Serviceteam Polis, Antwoordnummer 10290, 2300 VB Leiden.

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (www.prolife.nl/over-pro-life/Paginas/privacy-statement.aspx) van Pro Life.
Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.