

Met dit formulier geeft u een ander toestemming om informatie op te vragen over uw zorgverzekering.
 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) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats

Relatienummer

2 Ik machtig

Voorletter(s) Tussenvoegsel Achternaam

Geboortedatum - - Man Vrouw

Straatnaam Huisnr. Toevoeging

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer E-mailadres

Relatienummer

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 - -

Einddatum - -

4 Ondertekening

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

Datum - -

Mijn handtekening

Handtekening gemachtigde

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