

# Machtigingsformulier Naastenverstrekking

Met dit formulier regelt u dat iemand anders namens u contact mag opnemen met Coöperatie VGZ UA<sup>1</sup> met betrekking tot de financiële gegevens en/of medische gegevens van uw zorgverzekering.

U kunt de machtiging ook telefonisch aan ons doorgeven. Voor een telefonische machtiging of voor het intrekken van een bestaande machtiging neemt u contact op met onze klantenservice. Tel: 0900 8490.

Wilt u meerdere personen machtigen? Vul dan per persoon een Machtigingsformulier Naastenverstrekking in.

Wilt u toch gebruikmaken van het formulier? Dan kunt u dit formulier ook online insturen via [www.vgz.nl/doc](http://www.vgz.nl/doc). Als bijlage soort kiest u Naastenverstrekking.

Wij nemen alleen volledig ingevulde formulieren in behandeling. Alleen de vraag over uw relatie tot de Gemachtigde hoeft u niet in te vullen.

Toch liever per post? Stuur uw machtiging op naar: Polisadministratie, Postbus 445, 5600 AK, Eindhoven.

**Ik:** De heer / Mevrouw<sup>2</sup> Voorletters:   
Naam:   
Geboortedatum:   
Burgerservicenummer:

Verklaar hiermee aan de zorgverzekeraars onder de Coöperatie VGZ UA<sup>1</sup> toestemming te verlenen om aan de Gemachtigde gegevens te verstrekken die betrekking hebben op (Let op! Kruis tenminste één van onderstaande opties aan):

- de financiële informatie over mijn verzekering (bijvoorbeeld: premie, eigen risico, eigen bijdrage).  
 mijn gezondheid (bijvoorbeeld detailinformatie over verstrekte medicijnen, een medische behandeling die is ondergaan of de status of inhoud van een machtiging).

## De persoon die ik hiertoe machtig, de Gemachtigde, is<sup>3</sup>:

De heer / Mevrouw<sup>2</sup> Voorletters:   
Naam:   
Geboortedatum:   
Burgerservicenummer:   
Adres:   
Postcode en woonplaats:

Voor ons is het fijn om te weten in welke relatie de Gemachtigde tot u staat. U kunt hieronder bijvoorbeeld invullen dat het om uw echtgenoot, uw kind of uw buurvrouw gaat.

Soort relatie:

- Ik wil mijn post ontvangen op het adres van de gemachtigde.**  
**Let op! Als uw postvoorkeur ingesteld staat op digitaal, ontvangt u uw post altijd online.**

Datum:

Uw handtekening<sup>4</sup>:

<sup>1</sup> Coöperatie VGZ UA omvat: VGZ Zorgverzekeraar N.V. (VGZ en Bewuzt), N.V. Univé Zorg (Univé, Zekur en Zorgzaam), N.V. Zorgverzekeraar UMC, IZA Zorgverzekeraar N.V., VGZ voor de Zorg N.V.

<sup>2</sup> Doorhalen wat niet van toepassing is.

<sup>3</sup> Wij gebruiken deze gegevens uitsluitend voor de identificatie van de gemachtigde, wanneer deze contact met ons opneemt.

<sup>4</sup> U verklaart hiermee dat u instemming heeft om de gegevens van de gemachtigde aan ons te verstrekken. Bent u niet in staat te ondertekenen? Dan ontvangen wij graag aanvullende documenten waaruit dit blijkt.