



Machtigingsformulier

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

1 Mijn gegevens

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
Geboortedatum	Relatienummer		
Straatnaam		Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats		

2 Ik machtig

Voorletter(s)	Tussenvoegsel	Achternaam	
Geboortedatum	Relatienummer		
Straatnaam		Huisnummer	Toevoeging
Postcode	Woonplaats		
Telefoonnummer		E-mail adres	

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	(DD/MM/JJJJ)	Einddatum	(DD/MM/JJJJ)
------------	--------------	-----------	--------------

4 Ondertekening

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

Datum ondertekening (DD/MM/JJJJ)

Mijn handtekening

Handtekening gemachtigde

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

**Stuur het compleet ingevulde en ondertekende formulier op naar:
De christelijke zorgverzekeraar, Serviceteam Polis, Antwoordnummer 10290, 2300 VB Leiden.**

Wij verwerken uw persoonlijke gegevens in overeenstemming met het privacystatement (dechristelijkezorgverzekeraar.nl/over-ons/privacy-statement) van De christelijke zorgverzekeraar. Hierin leest u hoe wij omgaan met uw persoonsgegevens en welke rechten u heeft.