

Met dit formulier kunt u een ander machtigen om uw zorgverzekeringszaken te regelen.
Wilt u meerdere personen machtigen? Vul dan per persoon een Machtigingsformulier in.

A. Mijn gegevens

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam
1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboortedatum	Geslacht	Klantnummer
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	<input type="text"/>

B. Ik machtig

Voorletter(s)	Tussenvoegsel(s)	Achternaam
2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geboortedatum	Geslacht	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
Adres	<input type="text"/>	
Postcode	Woonplaats	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Soort relatie van een gemachtigde tot u: (bijvoorbeeld uw echtgenoot, uw kind of uw buurvrouw)		
<input type="text"/>		

Ik geef gemachtigde toestemming om, naast mijn persoonlijke gegevens, onderstaande gegevens in te zien en te wijzigen.

- Gezondheidsgegevens (zoals vergoedingen, medicijngebruik, zorgkosten)
- Financiële gegevens (zoals eigen risico, betalingsregeling, rekeningnummer)

Wij nemen alleen volledig ingevulde formulieren in behandeling.

- 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.

C. Akkoord en ondertekening

Met de ondertekening van dit formulier verklaart u de ingevulde gegevens op dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.

Deze toestemming is maximaal geldig tot 3 jaar na beëindiging van de verzekering. U kunt te allen tijde de machtiging stopzetten.

Wij gebruiken deze gegevens uitsluitend voor de identificatie van de gemachtigde, wanneer deze contact met ons opneemt.

U verklaart hiermee dat u instemming geeft 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.

Formulier versturen

Via www.umczorgverzekering.nl/doc.
Als bijlage soort kiest u Naastenverstrekking.
Of per post naar:

UMC Zorgverzekeraar
Polisadministratie
Postbus 25210
5600 RS Eindhoven

Datum	Plaats
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Uw handtekening
