

# Machtigingsformulier Naastenverstrekking PGB Zvw

Met dit formulier regelt u dat iemand anders namens u contact met Coöperatie VGZ UA<sup>1</sup> mag opnemen met betrekking tot uw financiële gegevens en/of medische gegevens, behorende bij de uitvoering van uw PGB Zvw. De gegeven machtiging blijft geldig over al uw aanvragen PGB Zvw tot intrekking van de machtiging. Wilt u meerdere personen machtigen? Vul dan per persoon een Machtigingsformulier Naastenverstrekking in.

Wij nemen alleen volledig ingevulde formulieren in behandeling. Alleen de vraag over uw relatie met de Gemachtigde hoeft u niet verplicht in te vullen. U kunt de machtiging op elk gewenst moment schriftelijk intrekken door een bericht met de gegevens van de Gemachtigde te sturen naar:  
Coöperatie VGZ UA  
t.a.v. Afdeling ZA&B PGB  
Locker 56  
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 toestemming te verlenen om aan de Gemachtigde gegevens te verstrekken die betrekking hebben op (aankruisen):

- de financiële informatie met betrekking tot de aanvraag en/of uitvoering van het PGB Zvw.  
 mijn gezondheid (bijvoorbeeld de indicatiestelling en/of de verleende zorg).

## De persoon die ik hiertoe machtig, de Gemachtigde, is:

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:

Datum:

Datum:

Uw handtekening:

Handtekening Gemachtigde:

1 Coöperatie VGZ UA omvat VGZ, Univé Zorg, IZA, IZZ, Bewuzt, UMC, ZEKUR en Cares  
2 Doorhalen wat niet van toepassing is