

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

Geboortedatum Geslacht Klantnummer
 Man Vrouw

B. Ik machtig

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam
 2

Geboortedatum Geslacht
 Man Vrouw

Adres

Postcode Woonplaats

Soort relatie van een gemachtigde tot u: (bijvoorbeeld uw echtgenoot, uw kind of uw buurvrouw)

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.

Datum Plaats

Uw handtekening

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

IZA
Polisadministratie
Postbus 25210
5600 RS Eindhoven