

# Toestemmingsformulier



Vul dit formulier in en stuur het naar [service@anderzorg.nl](mailto:service@anderzorg.nl).  
Ons adres is: Postbus 1177, 7500 BD Enschede

Met dit formulier kunt u een ander machtigen om uw zorgverzekeringszaken te regelen.

## Aanvrager

Voorletter(s) en achternaam

Geboortedatum

Verzekerdnummer

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

## Gemachtigde (Persoon die toestemming krijgt)

Voorletter(s) en achternaam

Geboortedatum

Man\*

Vrouw\*

Straat en huisnummer

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

E-mailadres

Verzekerd (geweest) bij Anderzorg: ja\* nee\*

Verzekerdnummer

## Toestemming (maak een keuze)

Ik geef gemachtigde toestemming om, naast mijn persoonlijke gegevens (NAW), ook onderstaande gegevens op te vragen en/of te wijzigen.

Financiële gegevens (zoals vragen over eigen risico, betalingsregeling, rekeningnummer)

Gezondheidsgegevens en Financiële gegevens (zoals vragen over vergoedingen, medicijngebruik, zorgkosten, eigen risico, betalingsregeling, rekeningnummer)

## Correspondentie ontvangen (maak een keuze)

Mijn correspondentie blijf ik zelf ontvangen.

Gemachtigde ontvangt de correspondentie van mij op zijn/haar (e-mail) adres.

Gezondheidsgegevens sturen we alleen per post aan gemachtigde (deze informatie wordt nooit per e-mail of telefonisch gegeven).

## Ondertekening

Ik geef toestemming aan bovengenoemde gemachtigde om de door mij aangegeven gegevens op te vragen en/of te wijzigen. Gemachtigde mag telefonisch, schriftelijk of via e-mail mijn gegevens opvragen. De machtiging blijft doorlopen totdat deze wordt ingetrokken.

Datum

Handtekening Aanvrager

Anderzorg N.V. KvK-nummer 50544403  
en AFM registratienummer 12020806  
Menzis N.V. KvK-nummer 50544101  
en AFM registratienummer 12020807

\* Aankruisen wat van toepassing is