

Toestemmingsformulier

Vul dit formulier in en stuur het op naar Anderzorg. Ons adres is: Postbus 1177, 7500 BD ENSCHEDE.

Aanvrager

De aanvrager is de persoon die bij Anderzorg verzekerd is. De aanvrager geeft toestemming aan een persoon/instantie om informatie op te vragen over zijn/haar verzekering.

Voorletters en achternaam _____ M* V*
 Geboortedatum _____ Verzekerdennummer _____
 Burgerservicenummer (BSN) _____
 Straat en huisnummer _____
 Postcode en woonplaats _____
 Telefoon _____

Persoon/instantie die toestemming krijgt

Deze persoon/instantie krijgt toestemming om informatie op te vragen bij Anderzorg.

Naam _____
 Burgerservicenummer (BSN) _____
 Straat en huisnummer _____
 Postcode en woonplaats _____
 Telefoon _____

Handtekening

Informatie

Er kan informatie gevraagd worden over:

- de zorgpolis;
- premiebetaling(en);
- eigen risico/ gespreid betalen eigen risico;
- nota's die naar ons gestuurd zijn of;
- een machtiging die in behandeling is of is afgegeven.

Medisch inhoudelijke gegevens worden niet gegeven. Het gaat dan om:

- gegevens waarom een machtiging is afgewezen of;
- wat heeft de zorgaanbieder gedeclareerd.

Ondertekening

Ik geef toestemming aan een persoon/instantie om mijn gegevens na te vragen. Ik weet dat ik de toestemming geef voor 1 jaar. De toestemming blijft telkens een jaar doorlopen totdat ik de toestemming schriftelijk stopzet.

Datum _____ Handtekening verzekerde

* Aankruisen wat van toepassing is