

# Machtiging medische gegevens / financiële gegevens



## Mijn gegevens:

Voorletters en achternaam

Relatienummer

Postcode

Huisnummer

Toevoeging

## Ik machtig:

**Verzekeringsadviseur**

Naam verzekeringsadviseur

Agentschapnummer:

**Natuurlijk persoon** (anders dan een verzekeringsadviseur)

Voorletters en achternaam

Geboortedatum

Postcode

Huisnummer

Toevoeging

## Deze machtiging geeft het recht tot:

- kennisname en inzage** in mijn persoonsgegevens inclusief gegevens betreffende mijn gezondheid zoals deze worden gehouden door ONVZ Zorgverzekeraar, met inbegrip van mijn medisch dossier zoals dat wordt gehouden door de medisch adviseur van ONVZ Zorgverzekeraar.

Dit in het kader van de afhandeling van mijn aanvraag voor of wijziging van mijn zorg- of ziektekostenverzekering als ook de afhandeling van door of namens mij ingediende declaraties, een en ander inclusief de afhandeling van eventuele klachten of geschillen met betrekking tot mijn aanvraag, wijziging of mijn declaraties.

**het opvragen en/of wijzigen van mijn:**

- Financiële gegevens (betalingstermijn, eigen risico, e.d.)  
 Persoonlijke gegevens (NAW, e.d.)

## Ondertekening:

Datum

\* Handtekening verzekerde

Handtekening gemachtigde

\* Voor iedere verzekerde op de polis van 16 jaar en ouder dient een aparte machtiging te worden afgegeven

U kunt dit formulier mailen naar: ONVZ Zorgverzekeraar, E-mail adres: [POLISTEAM@ONVZ.NL](mailto:POLISTEAM@ONVZ.NL)