

Heeft u een Zvw-pgb of wilt u het aanvragen? Dan moet u in staat zijn om de daarbij horende taken op verantwoorde wijze uit te voeren. Denkt u bijvoorbeeld aan werving, het afsluiten van contracten met zorgverleners, instructie en administratie. U kunt die taken ook door een vertegenwoordiger¹ laten regelen. Dan moet u wel dit formulier invullen. Meer informatie over de bijbehorende taken van een Zvw-pgb kunt u lezen in ons Zvw-pgb reglement verpleging en verzorging 2019. Deze is te vinden via www.pnozorg/service/brochures-en-formulieren.

Vertegenwoordiging

Met dit formulier machtigt u een persoon om uw belangen te behartigen. Deze vertegenwoordiger mag met PNOzorg spreken over uw Zvw-pgb en de daarbij horende medische en financiële informatie. U geeft PNOzorg toestemming om die informatie met uw vertegenwoordiger te bespreken. Stuur dit formulier samen met het aanvraagformulier Zvw-pgb naar PNOzorg.

Wilt u de vertegenwoordiging wijzigen of beëindigen? Gebruik dan het wijzigingsformulier op onze website.

Wettelijke vertegenwoordiging

Bij wettelijk vertegenwoordiging wijst de rechter aan wie uw belangen behartigt. Gebruik in zo'n geval niet dit formulier, maar stuur de beschikking van de rechtbank naar PNOzorg.

1 GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE

| | | |
|------------------------|--|--|
| Naam: | ACHTERNAAM <input type="text"/> | VOORLETTERS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Geboortedatum: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Telefoonnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| E-mailadres: | <input type="text"/> | |
| Relatienummer PNOzorg: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

2 GEGEVENS VERTEGENWOORDIGER

| | | | |
|----------------------------|---|--|---|
| Naam: | ACHTERNAAM <input type="text"/> | VOORLETTERS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="radio"/> De heer <input type="radio"/> Mevrouw |
| Geboortedatum: | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | Telefoonnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| Adres: | STRAAT <input type="text"/> | HUISNUMMER + TOEVOEGING <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| | POSTCODE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | WOONPLAATS <input type="text"/> | |
| E-mailadres: | <input type="text"/> | | |
| Relatie tot de verzekerde: | <input type="text"/> | | |

¹ Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst, zijnde een bloed- of aanverwant in de 1^e of 2^e lijn of uw partner, waaronder wij verstaan uw echtgeno(o)t(e), geregistreerd partner of andere levensgezel.

3 DOCUMENTEN MEESTUREN

Stuur een kopie van het identiteitsbewijs mee van de vertegenwoordiger. Maak een veilige kopie en dek uw burgerservicenummer (BSN) en pasfoto af.

4 ONDERTEKENING

Hierbij machtig ik, de verzekerde, de persoon genoemd bij onderdeel 2 om mijn belangen rondom mijn Zvw-pgb te behartigen.

Datum _____

Plaats _____

Handtekening verzekerde

Handtekening vertegenwoordiger

Meer weten?

Heeft u nog vragen? Neem dan gerust contact op met het Team Zvw-pgb verpleging en verzorging. Wij zijn bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur op telefoonnummer 030 639 65 05. Wij helpen u graag verder. Voor meer informatie kunt u ook terecht op www.pnozorg.nl/zorgadvies/informatie-over-zvw-pgb.

U stuurt dit formulier naar:

PNOzorg
Team Zvw-pgb verpleging en verzorging
Postbus 459
3990 GG Houten

Of per e-mail naar teampgb@pnozorg.nl