

# Formulier niet-wettelijk vertegenwoordiger 2019



U kunt uw aanvraag nog sneller regelen via [web.vvaazorgverzekering.nl/aanvraag](http://web.vvaazorgverzekering.nl/aanvraag)

Heeft u een Zwv-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 vertegenwoordiger<sup>1</sup> laten regelen. Dan moet u wel dit formulier invullen. Meer informatie over de bijbehorende taken van een Zwv-pgb kunt u lezen in ons Zwv-pgb reglement verpleging en verzorging 2019. Deze is te vinden via [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

## Vertegenwoordiging

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

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 VvAA zorgverzekering.

## 1 GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE

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

<sup>1</sup> Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst, zijnde een bloed- of aanverwant in de 1<sup>e</sup> of 2<sup>e</sup> 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 13. Wij helpen u graag verder. Voor meer informatie kunt u ook terecht op [www.vvaa.nl/zorgverzekering](http://www.vvaa.nl/zorgverzekering).

#### **U stuurt dit formulier naar:**

VvAA zorgverzekering  
Team Zvw-pgb verpleging en verzorging  
Postbus 168  
3990 DD Houten

Of per e-mail naar [teampgb@vvaazorgverzekering.nl](mailto:teampgb@vvaazorgverzekering.nl)