

Machtigingsformulier

De ondergetekende

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Polisnummer:

(hierna te noemen "volmachtgever")

verleent hierbij volmacht aan

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en woonplaats:

Relatie tot verzekerde:

(hierna te noemen "gevolmachtigde")

om:

In het kader van de zorgverzekering van volmachtgever bij Salland Zorgverzekeringen telefonisch of aan de balie informatie in te winnen over de inhoud van de zorgverzekering van volmachtgever en/of over de (financiële) correspondentie tussen Salland Zorgverzekeringen en volmachtgever en daarbij de belangen van volmachtgever te behartigen.

Ook verleent volmachtgever Salland Zorgverzekeringen hierbij toestemming om zijn of haar persoonsgegevens, waaronder medische gegevens, aan gevolmachtigde te verstrekken.

Deze machtiging eindigt door wederopzegging.

Plaats:

Datum:

Handtekening volmachtgever

.....

Plaats:

Datum:

Handtekening gevolmachtigde

.....

U kunt het ingevulde formulier mailen naar info@salland.nl of per post sturen naar Salland Zorgverzekeringen, Antwoordnummer 30, 7400 VB Deventer (een postzegel is niet nodig).