

Machtigingsformulier

Met dit formulier machtig je iemand om jouw gegevens in te zien of te wijzigen. Upload het volledig ingevulde formulier via Mijn Ditzo, onder 'Contact & Service'. Het is ook mogelijk om het formulier per post te versturen aan: Ditzo t.a.v. Afdeling Ziektekosten Acceptatie, Postbus 2072, 3500 HB, Utrecht.

Mijn gegevens

Polisnummer _____
Voorletter(s) _____
Tussenvoegsel _____
Achternaam _____
Straatnaam _____
Huisnummer _____ Toevoeging _____
Postcode en woonplaats _____

Hierbij geef ik toestemming aan

Voorletter(s) _____
Tussenvoegsel _____
Achternaam _____
Geboortedatum _____ - _____ - _____
Straatnaam _____
Postcode en woonplaats _____
Huisnummer _____ Toevoeging _____
Telefoonnummer _____
E-mailadres _____

Tot het inzien en/of wijzigen van:

(Kies minimaal een van de opties.

Als er geen optie wordt gekozen, dan kunnen wij de aanvraag niet in behandeling nemen).

- Financiële gegevens (eigen risico, betalingsregeling)
- Medische gegevens (zorgkosten en zorgverbruik)
- Persoonlijke gegevens (adresgegevens en verzekeringsgegevens)

Periode machtiging

Ingangsdatum: _____ - _____ - _____

Einddatum (maximaal 5 jaar): _____ - _____ - _____

Mocht je de machtiging toch eerder in willen trekken, neem dan contact met ons op.

Ondertekening

Handtekening verzekerde

Handtekening gemachtigde

Datum: _____ - _____ - _____