# Toestemmingsformulier

Vul dit formulier in en stuur het op naar HEMA Zorgverzekering.
Ons adres is: Postbus 75000, 7500 KC ENSCHEDE

## Aanvrager

De aanvrager is de persoon die bij Hema verzekerd is. De aanvrager geeft toestemming aan een persoon/instantie om informatie op te vragen over zijn/haar verzekering.

Voorletter(s) en achternaam _____ M* V*
Geboortedatum __ __ - __ __ - __ __ __ __ Verzekerdennummer __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Burgerservice-/sofinummer __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Straatnaam en huisnummer _____
Postcode en woonplaats __ __ __ __ __ __ _____
Telefoonnummer __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

## Persoon/instantie die toestemming krijgt

Deze persoon/instantie krijgt toestemming om informatie op te vragen bij Hema.

Naam _____
Burgerservice-/sofinummer** __ __ __ __ __ __ __ __ __ __
Straatnaam en huisnummer _____
Postcode en woonplaats __ __ __ __ __ __ _____
Telefoonnummer __ __ __ __ __ __ __ __ __ __

Handtekening

_____

## Informatie

Er kan informatie gevraagd worden over:

- de zorgpolis;
- premiebetaling(en);
- eigen risico;
- nota's die naar ons gestuurd zijn of;
- een machtiging die in behandeling is of is afgegeven.

Medisch inhoudelijke gegevens worden niet gegeven. Het gaat dan om:

- gegevens waarom een machtiging is afgewezen of
- wat heeft de zorgaanbieder gedeclareerd.

## Ondertekening

Ik geef toestemming aan een persoon/instantie om mijn gegevens na te vragen. Ik weet dat ik de toestemming geef voor 1 jaar.
De toestemming blijft telkens een jaar doorlopen totdat ik de toestemming schriftelijk stopzet.

Datum
__ __ - __ __ - __ __ __ __

Handtekening

_____

* Aankruisen wat van toepassing is ** Alleen personen moeten dit invullen

Menzis Zorgverzekeraar N.V. is risicodrager voor de HEMA basisverzekering
Menzis N.V. is risicodrager voor de HEMA aanvullende- en tandverzekeringen
Menzis Zorgverzekeraar N.V.(KVK 50544810), Menzis N.V. (KVK 50544101)

FO.6041.0414