



## Toestemmingsformulier

Vul dit formulier in en stuur het op naar Menzis.  
Ons adres is: Postbus 75000, 7500 KC Enschede

### Aanvrager

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

Voorletter(s) en achternaam	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M* <input type="checkbox"/> V*
Geboortedatum	<input type="text"/>	Verzekernummer <input type="text"/>
Burgerservicenummer (BSN)	<input type="text"/>	
Straat en huisnummer	<input type="text"/>	
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>	
Telefoonnummer	<input type="text"/>	

### Persoon/instantie die toestemming krijgt

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

Naam	<input type="text"/>	
Burgerservicenummer (BSN)**	<input type="text"/>	
Straat en huisnummer	<input type="text"/>	
Postcode en woonplaats	<input type="text"/>	
Telefoonnummer	<input type="text"/>	

Handtekening

### Informatie

Er kan informatie gevraagd worden over:

- de zorgpolis;
- premiebetaling(en);
- eigen risico/gespreid betalen 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