



STICHTING ZIEKTEKOSTENVERZEKERING KRIJGSMACHT

# Machtigingsformulier Naastenverstrekking

Met dit formulier kunt u een ander machtigen om uw zorgverzekeringszaken te regelen.  
Wilt u meerdere personen machtigen? Vul dan per persoon een Machtigingsformulier in.

## A. Mijn gegevens

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam  
1

Geboortedatum Geslacht Klantnummer  
    Man  Vrouw

## B. Ik machtig

Voorletter(s) Tussenvoegsel(s) Achternaam  
2

Geboortedatum Geslacht  
    Man  Vrouw

Adres

Postcode Woonplaats

Soort relatie van een gemachtigde tot u: (bijvoorbeeld uw echtgenoot, uw kind of uw buurvrouw)

Ik geef gemachtigde toestemming om, naast mijn persoonlijke gegevens, onderstaande gegevens in te zien en te wijzigen.

Let op! Kruis tenminste één van de opties aan.

- Gezondheidsgegevens (zoals vergoedingen, medicijngebruik, zorgkosten)  
 Financiële gegevens (zoals eigen risico, betalingsregeling, rekeningnummer)

**Wij nemen alleen volledig ingevulde formulieren in behandeling.**

- Ik wil mijn post ontvangen op het adres van de gemachtigde.  
**Let op! Als uw postvoorkeur ingesteld staat op digitaal, ontvangt u uw post altijd online.**

## C. Akkoord en ondertekening

Met de ondertekening van dit formulier verklaart u de ingevulde gegevens op dit formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld. Deze toestemming is maximaal geldig tot 3 jaar na beëindiging van de verzekering. U kunt te allen tijde de machtiging stopzetten.

Wij gebruiken deze gegevens uitsluitend voor de identificatie van de gemachtigde, wanneer deze contact met ons opneemt.

U verklaart hiermee dat u instemming geeft om de gegevens van de gemachtigde aan ons te verstrekken. Bent u niet in staat te ondertekenen? Dan ontvangen wij graag aanvullende documenten waaruit dit blijkt.

Datum Plaats

Uw handtekening

---

Datum Plaats

Handtekening gemachtigde

---

Formulier versturen

**SZVK**  
Postbus 25031  
5600 RS Eindhoven