

OHRA Zorgverzekering

Persoonlijke machtiging

Mijn gegevens

| | | |
|-----------------------------|---|----------|
| Relatienummer | | |
| Voorletter(s) en achternaam | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | |
| Straatnaam en huisnummer | | |
| Postcode en woonplaats | | |
| Geboortedatum | | |
| Burgerservicenummer | | |
| Telefoonnummer | Privé | Zakelijk |
| E-mailadres | | |

Hierbij geef ik toestemming aan: *(Let op: graag alleen aankruisen als u dit óók wenst)*

| | | |
|---|--|----------|
| Relatienummer <i>(alleen invullen indien bij OHRA verzekerd)</i> | | |
| Voorletter(s) en achternaam | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V | |
| Straatnaam en huisnummer | | |
| Postcode en woonplaats | | |
| Geboortedatum | | |
| Burgerservicenummer | | |
| Telefoonnummer | Privé | Zakelijk |
| E-mailadres | | |
| Tot het opvragen en/of wijzigen van mijn persoonlijke gegevens (zoals polis, rekeningnummer, adreswijziging, etc) en: | <input type="checkbox"/> Medische gegevens <input type="checkbox"/> Financiële gegevens <i>(zoals betalingsachterstand, rekeningnummer, etc)</i> Let op: als u niets aankruist verwerken wij uw aanvraag niet | |
| Wilt u dat uw gemachtigde ook uw post ontvangt? | <input type="checkbox"/> Ontvangen van correspondentie over de gegevens waarvoor hij/zij wordt gemachtigd <i>(personen die door de rechtbank zijn benoemd om uw belangen te behartigen, ontvangen altijd correspondentie).</i> | |

Ondertekening

| | |
|--------------------------|--|
| Datum | |
| Uw handtekening | |
| Handtekening gemachtigde | |

Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier per post naar: OHRA, Antwoordnummer 60220, 5000 VB Tilburg (Een postzegel plakken is niet nodig). Of per e-mail naar: extra-info@ohra-zorg.nl.