

HollandZorg

No borders to security

Machtigingsformulier zorgverzekering bij HollandZorg

Ik, verzekeringsplichtige,

- machtig hierbij het Arubahuis te Den Haag, om namens mij, tot wederopzegging:
 - De HollandZorg Basisverzekering bij HollandZorg voor mij als verzekeringnemer te sluiten met ingang van de verzekeringsplicht en de daarvoor benodigde gegevens, waaronder mijn BSN / sofinummer aan HollandZorg te verstrekken en de polis in ontvangst te nemen;
 - de HollandZorg Basisverzekering op te zeggen of de afmelding te verzorgen per datum van einde verzekeringsplicht;
 - een Uitzendpolis No Risk bij HollandZorg voor mij te sluiten met ingang van de verzekeringsplicht en daarvoor de benodigde gegevens aan HollandZorg te verstrekken en de polis in ontvangst te nemen;
 - de door mij verschuldigde premie voor de HollandZorg Basisverzekering en, indien van toepassing, de Uitzendpolis bij HollandZorg tijdig aan HollandZorg te voldoen.
- geef hierbij het Arubahuis toestemming om:
 - de door mij verschuldigde premie voor de HollandZorg Basisverzekering en, indien van toepassing, de Uitzendpolis bij HollandZorg in te houden op of te verrekenen met aan mij uit te keren bedragen.
 - de daarvoor door het Arubahuis aangewezen medewerkers mij te laten ondersteunen met de administratie van de verzekering(en) en daarbij inzage te hebben in alle noodzakelijke gegevens, inclusief gegevens over mijn gezondheid, voor zover noodzakelijk ten behoeve van het voeren van de administratie.
- geef hierbij HollandZorg toestemming voor het versturen van de polis en overige mededelingen langs elektronische weg.

Deze machtiging en toestemming eindigen:

- op de dag dat de HollandZorg Basisverzekering is geëindigd en de administratie van de verzekerde periode is afgerond; of
- op de dag dat ik deze machtiging en toestemming schriftelijk heb opgezegd.

Datum: Plaats:

[Voorletters]

[Achternaam]

[Geboortedatum]

[Handtekening verzekeringsplichtige]