

Ondergetekende, \_\_\_\_\_ (naam verzekerde) (verzekerdenummer: \_\_\_\_\_ )  
machtigt hierbij \_\_\_\_\_ (naam gevolmachtigde) wonende \_\_\_\_\_ (adres) te  
\_\_\_\_\_ (woonplaats) (hierna ook te noemen: gevolmachtigde), om namens ondergetekende alle (rechts)  
handelingen te verrichten die betrekking hebben op het door Stad Holland Zorgverzekeraar aan ondergetekende toegekende  
of nog toe te kennen Zvw-pgb.

Hiermee geeft ondergetekende ook toestemming aan Stad Holland Zorgverzekeraar om, voor de uitvoering van het aan  
ondergetekende toegekende of nog toe te kennen Zvw-pgb, noodzakelijke informatie en persoonsgegevens, waaronder  
gegevens betreffende de gezondheid, uit te wisselen met de gevolmachtigde.

De gevolmachtigde gaat er, door ondertekening van deze volmacht, mee akkoord dat hij/zij mede verantwoordelijk is voor de  
nakoming van de taken en verplichtingen die zijn verbonden aan het Zvw-pgb zoals beschreven in het Reglement Zvw-pgb, en  
mede aansprakelijk kan zijn voor gebreken in de nakoming hiervan.

Ondergetekende gaat er, door ondertekening van deze volmacht, mee akkoord dat hij/zij als budgethouder blijvend mede  
verantwoordelijk is voor de nakoming van de taken en verplichtingen die zijn verbonden aan het Zvw-pgb en zijn beschreven in  
het Reglement Zvw-pgb, en blijvend mede aansprakelijk kan zijn voor gebreken in de nakoming hiervan.

Deze machtiging wordt met ingang van \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (datum) afgegeven voor de gehele duur  
van het Zvw-pgb, tenzij ondergetekende deze volmacht op een eerder moment intrekt en daarvan schriftelijk melding maakt  
bij Stad Holland Zorgverzekeraar.

## VERZEKERDE (VOLMACHTGEVER)

Datum ondertekening:

Plaatsnaam:

Naam verzekerde:

Handtekening verzekerde:

## GEVOLMACHTIGDE

Datum ondertekening:

Plaatsnaam:

Naam gevolmachtigde:

Handtekening gevolmachtigde:

Telefoonnummer: