

# Formulier niet-wettelijk vertegenwoordiger

Heeft u een Zvw-pgb of wilt u het aanvragen? Dan moet u in staat zijn om de daarbij horende taken op verantwoorde wijze uit te voeren. Denk u bijvoorbeeld aan werving, het afsluiten van contracten met zorgverleners, instructie en administratie. U kunt die taken ook door een vertegenwoordiger<sup>1</sup> laten regelen. Dan moet u wel dit formulier invullen. Meer informatie over de bijbehorende taken van een Zvw-pgb kunt u lezen in ons Zvw-pgb reglement verpleging en verzorging 2017. Deze is te vinden via [www.pnozorg/service/brochures-en-formulieren](http://www.pnozorg/service/brochures-en-formulieren).

## Vertegenwoordiging

Met dit formulier machtigt u een persoon om uw belangen te behartigen. Deze vertegenwoordiger mag met PNOzorg spreken over uw Zvw-pgb en de daarbij horende medische en financiële informatie. U geeft PNOzorg toestemming om die informatie met uw vertegenwoordiger te bespreken. Stuur dit formulier samen met het aanvraagformulier Zvw-pgb naar PNOzorg.

Wilt u de vertegenwoordiging wijzigen of beëindigen? Gebruik dan het wijzigingsformulier op onze website.

## Wettelijke vertegenwoordiging

Bij wettelijk vertegenwoordiging wijst de rechter aan wie uw belangen behartigt. Gebruik in zo'n geval niet dit formulier, maar stuur de beschikking van de rechtbank aan PNOzorg.

### 1 GEGEVENS VAN DE VERZEKERDE

Naam:	ACHTERNAAM	VOORLETTERS
	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Geboortedatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Telefoonnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
E-mailadres:	<input type="text"/>	
Relatienummer PNOZorg:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

### 2 GEGEVENS VERTEGENWOORDIGER

Naam:	ACHTERNAAM	VOORLETTERS	
	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/> De heer <input type="radio"/> Mevrouw
Geboortedatum:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Telefoonnummer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Adres:	STRAAT	HUISNUMMER + TOEVOEGING	
	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	POSTCODE	WOONPLAATS	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	
E-mailadres:	<input type="text"/>		
Relatie tot de verzekerde:	<input type="text"/>		

<sup>1</sup> Een vertegenwoordiger is een persoon die u als uw vertegenwoordiger aanwijst, zijnde een bloed- of aanverwant in de 1<sup>ste</sup> of 2<sup>de</sup> lijn of uw partner, waaronder wij verstaan uw echtgeno(o)t(e), geregistreerd partner of andere levensgezel.

---

### 3 DOCUMENTEN MEESTUREN

Stuur een kopie van het identiteitsbewijs mee van de vertegenwoordiger

---

### 4 ONDERTEKENING

Hierbij machtig ik, de verzekerde, de persoon genoemd bij onderdeel 2 om mijn belangen rondom mijn Zvw-pgb te behartigen

Datum \_\_\_\_\_

Plaats \_\_\_\_\_

Handtekening verzekerde

\_\_\_\_\_

Handtekening vertegenwoordiger

\_\_\_\_\_

#### Meer weten?

Heeft u nog vragen? Neem dan gerust contact op met het Team Zvw-pgb. Wij zijn bereikbaar op werkdagen van 8.30 tot 17.30 uur op telefoonnummer 030 639 65 05. Wij helpen u graag verder. Voor meer informatie kunt u ook terecht op [www.pnozorg.nl/zorgadvies/informatie-over-zvw-pgb](http://www.pnozorg.nl/zorgadvies/informatie-over-zvw-pgb).

#### U stuurt dit formulier naar:

PNOzorg  
Team Zvw-pgb verpleging en verzorging  
Postbus 459  
3990 GG Houten

Of per e-mail naar [teampgb@pnozorg.nl](mailto:teampgb@pnozorg.nl)