



# Klachtenformulier Zorgverzekering

Met dit formulier kunt u een klacht indienen als u ontevreden bent over de handelswijze of het functioneren van het Zorgverzekeringskantoor. U kunt het niet gebruiken voor het indienen van een bezwaar- of beroepschrift.

Zorg en Jeugd Caribisch Nederland (ZJCN) neemt uw klacht zo spoedig mogelijk in behandeling. Wij streven er naar om u binnen de wettelijke termijn van maximaal 6 weken antwoord te geven. Als er uitgebreid onderzoek nodig blijkt te zijn, kan de afhandeling meer tijd in beslag nemen en zal ZJCN contact met u opnemen.

Het is belangrijk dat u duidelijk aangeeft waarover uw klacht gaat. Geef bijvoorbeeld aan wanneer u een bepaalde brief hebt geschreven of wat er op een bepaalde datum is gebeurd. Hebt u een klacht over een medewerker? Vermeld dan de naam van de medewerker.

Heeft u documenten die van belang zijn voor uw klacht? Bijvoorbeeld brieven die verstuurd zijn door het Zorgverzekeringskantoor? Stuur deze dan mee. Op die manier kunnen wij uw klacht sneller behandelen.

## Let op!

De meegestuurde documenten worden niet teruggestuurd. Stuur daarom alleen kopieën mee.

## 1 Ik heb een klacht. Mijn gegevens zijn:

Geslacht:  man  vrouw

Voornaam: (voluit)

|

Achternaam

|

ID-nummer (sedula)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Geboortedatum (mm/dd/yyyy)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adres

|

Plaats

|

E-mailadres

|

Telefoonnummer overdag

|

Ik word vertegenwoordigd door/mijn belangen worden behartigd door, indien van toepassing:

Geslacht:  man  vrouw

Voornaam: (voluit)

|

Achternaam

|

ID-nummer (sedula)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Geboortedatum (mm/dd/yyyy)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Adres

|

Plaats

|

E-mailadres

|

Telefoonnummer overdag

|

## 2 Mijn klacht gaat over:

Medische uitzending

Daggeldvergoeding/vliegtuigmaatschappij

Declaraties en uitbetalingen

Aanspraken zorgverzekering

Voorlichting, informatie

Bejegening ZJCN

Overig, namelijk:

|

# Klachtenformulier Zorgverzekering

## 3 Omschrijving klacht:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## 4 Mijn verwachtingen zijn/mijn klacht is opgelost indien:

- Gesprek met de medewerker bezwaar en klachtbehandeling
- Actie
- Overig, namelijk:

---



---



---



---



---



---

## 5 Ondertekening

Ik verklaar dat dit formulier nauwkeurig, volledig en naar waarheid is ingevuld.

Plaats

Datum (mm/dd/yyyy)

---

Aantal bijlagen

---

Handtekening

---

## In te vullen door het Zorgverzekeringskantoor:

Ontvangen op: (mm/dd/yyyy)

---

Ontvangen door:

---