

Klachtenformulier

Toelichting:

Vertegenwoordiging

Wij kunnen alleen klachten behandelen van één bepaalde persoon. Wij kunnen geen klachten behandelen die zijn ingediend door of voor een groep mensen of een belangenorganisatie. Ook kunnen wij geen klachten behandelen tussen een zorgverlener en een zorgverzekeraar of tussen zorgverzekeraars onderling.

Een belangenorganisatie of zorgverlener kan overigens wel optreden als uw vertegenwoordiger. Zijn/haar gegevens vult u dan in bij de vraag: 'Ik word vertegenwoordigd door/mijn belangen worden behartigd door'.

Het is niet verplicht om u door iemand te laten vertegenwoordigen. U kunt gewoon zelf uw klacht bij de Ombudsman of de Geschillencommissie indienen en toelichten. Heeft u wel een vertegenwoordiger, dan vult u hier zijn/haar gegevens in. Uw vertegenwoordiger hoeft geen advocaat te zijn. U kunt bijvoorbeeld een vriend, kennis of familielid vragen om namens u op te treden. Heeft u een vertegenwoordiger, dan sturen wij in het vervolg alle brieven e.a. aan hem/haar.

Voorwaarden

Wij kunnen alleen klachten behandelen over de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen door uw zorgverzekeraar. Wij kunnen bijvoorbeeld geen klachten behandelen over een reisverzekering of over uw arts.

Wij kunnen uw klacht alleen behandelen als u eerst een klacht heeft ingediend bij uw zorgverzekeraar. Wilt u weten hoe u een probleem met uw zorgverzekeraar bespreekt? Kijk op onze website www.skgz.nl.

Wij kunnen uw klacht niet behandelen als hetzelfde probleem in behandeling is (geweest) bij een rechter.

Heeft u uw probleem gemeld bij een consumentenorganisatie of patiëntenvereniging? Daarbij kunt u denken aan bijvoorbeeld de NPCF, de Consumentenbond of Stichting De Ombudsman? Dan kunt u wel bij ons terecht.

Voorbeeld: U heeft een premieachterstand opgelopen. Uw zorgverzekeraar heeft de rechter om een uitspraak gevraagd. Dan kunt u dezelfde premieachterstand niet meer aan ons voorleggen. U kunt bij ons wel een klacht indienen over de premieachterstand waarover uw zorgverzekeraar de rechter nog niet om een uitspraak heeft gevraagd.

Klachtenformulier

Toelichting:

Vul dit formulier volledig en in de Nederlandse taal in. Het formulier moet worden ingevuld door degene die het probleem met zijn/haar zorgverzekeraar heeft.

1 Ik heb een klacht. Mijn gegevens zijn:

Geslacht: man vrouw

Voorletter(s): _____

Achternaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Plaats: _____

Geboortedatum: _____

E-mailadres: _____

Telefoonnummer overdag : _____

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

Geslacht: man vrouw

Voorletter(s): _____

Achternaam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Plaats: _____

Werkzaam bij: _____

E-mailadres: _____

Telefoonnummer overdag: _____

2 Mijn klacht is gericht tegen (gegevens zorgverzekeraar):

Naam: _____

Adres: _____

Postcode: _____

Plaats: _____

Polis- of relatienummer: _____

3 Mijn klacht is

3.1. De beslissing van de zorgverzekeraar waarmee ik het niet eens ben, heb ik ontvangen op:

- -

3.2. Ik ben het met deze beslissing niet eens, omdat (wat is uw klacht?):

3.3. Mijn voorstel om de klacht op te lossen is:

3.4. Waarom vindt u dat uw zorgverzekeraar op uw voorstel moet ingaan?

3.5. Zijn er nog (persoonlijke) omstandigheden die van belang zijn om te weten voor het zoeken naar een oplossing voor uw klacht?

4 Vragen

4.1. Heeft u al schriftelijk geklaagd bij uw zorgverzekeraar?

ja nee

Zo ja, wanneer heeft u de klacht ingediend? - -

4.2. Heeft u op uw klacht schriftelijk antwoord gekregen van uw zorgverzekeraar?

ja nee

Zo ja, wanneer heeft u antwoord gekregen? - -

Als u telefonisch antwoord hebt gekregen vraag dan uw zorgverzekeraar om zijn antwoord alsnog op papier te zetten. Dat voorkomt later mogelijk discussie over wat er precies gezegd is.

4.3. Is uw klacht al eerder behandeld door de Ombudsman Zorgverzekeringen, de Geschillencommissie Zorgverzekeringen of de SKGZ?

ja nee

Zo ja, wat was toen uw dossiernummer?

4.4. Is uw klacht al bij een andere instantie in behandeling (geweest)?

ja nee

Zo ja, bij welke instantie?

4.5. Gaat uw klacht over een betalingsachterstand, incasso of terugvordering?

ja nee

Zo ja, heeft u een betalingsregeling getroffen of heeft u met een schuldhulpverlener een schriftelijke afspraak gemaakt om uw schulden niet verder te laten toenemen (de zogenoemde "stabilisatieovereenkomst")?

ja nee

Indien een betalingsregeling is getroffen, houdt u zich aan deze regeling?

ja nee

5 Toevoeging

Is er iets wat u belangrijk vindt om te melden, maar wat u hiervoor niet kwijt kon?

6 Ondertekening

Ik verklaar dat dit formulier nauwkeurig, volledig en naar waarheid is ingevuld. Ik ben ermee bekend dat de reglementen van de Ombudsman Zorgverzekeringen en de Geschillencommissie Zorgverzekeringen van toepassing zijn op de behandeling van mijn klacht. Voorts verklaar ik ermee bekend te zijn dat de Geschillencommissie Zorgverzekeringen een uitspraak doet in de vorm van een bindend advies.

Ik verleen toestemming aan de SKGZ om nadere persoonlijke, financiële en/of medische gegevens op te vragen bij zorgverzekeraar of zorgaanbieder en kennis te nemen van de inhoud. Tevens verleen ik toestemming aan de SKGZ om deze gegevens indien nodig ter beschikking te stellen aan de zorgverzekeraar, de medisch adviseur en/of het College voor zorgverzekeringen.

Plaats: _____

Datum: - -

Handtekening:

Bijlagen

Om uw klacht te kunnen beoordelen is het van belang dat u zoveel mogelijk documenten meestuurdt die voor uw kant van het verhaal van belang zijn. Voeg altijd kopieën bij van:

- polisblad(en) met premiebijlage; hierop staat wie is verzekerd en welke verzekering is afgesloten.
- de beslissing van de zorgverzekeraar waarmee u het niet eens bent;
- uw verzoek aan de zorgverzekeraar om nog eens naar het probleem te kijken (het zogenoemde "verzoek om heroverweging")
- de beslissing van de zorgverzekeraar op uw verzoek om nog eens naar het probleem te kijken.
- alle andere informatie die voor een goede beoordeling van belang is (bijvoorbeeld bank-/ giroafschriften, nota, recept, machtiging, verklaring van de behandelaar, correspondentie met deurwaarder/incassobureau, e.d.).

Verzenden

Stuur dit formulier met de bijlagen in een voldoende gefrankeerde enveloppe naar:

SKGZ

Postbus 291

3700 AG ZEIST