

REGLEMENT
van
De Ombudsman Zorgverzekeringen

Het Bestuur van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen heeft op 22 februari 2018 besloten tot vaststelling van het navolgende reglement:

Reglement

Artikel 1 Begripsomschrijvingen

In dit reglement wordt verstaan onder:

1. 'bestuur' : het bestuur van de Stichting,
2. 'bureau' : de personele organisatie, verbonden aan de Stichting,
3. 'consument' : de natuurlijke persoon die niet handelt in de uitoefening van een beroep of bedrijf en die als verzekerde of verzekeringnemer belanghebbende is, dan wel ten tijde van de klacht of het geschil was, bij een zorgverzekering of ziektekostenverzekering. De consument kan, doch is hiertoe niet verplicht, in elk stadium van de procedure advies inwinnen en/of zich desgewenst laten bijstaan en/of vertegenwoordigen door een gemachtigde. In het laatste geval worden – voor de toepassing van de bepalingen van dit reglement - de handelingen en standpunten van de gemachtigde toegerekend aan de consument, als waren deze door de consument zelf verricht onderscheidenlijk ingenomen,
4. 'directie' : de directie van de Stichting,
5. 'geschil' : elke klacht, voor zover deze, na interne klachtbehandeling door de ziektekostenverzekeraar en de eventueel daaropvolgende tussenkomst door de Ombudsman, niet tot tevredenheid van de consument is opgelost.
6. 'Geschillencommissie' : de Geschillencommissie als bedoeld in artikel 2, tweede lid, onder B, en artikel 8 e.v. van de statuten van de Stichting,
7. 'klacht' : elk blijk van onvrede inzake een zorgverzekering of ziektekostenverzekering, tussen een consument en een ziektekostenverzekeraar, dan wel inzake de verwerking door de ziektekostenverzekeraar van persoonsgegevens zoals bedoeld in de nationale of Unierechtelijke regelgeving inzake de verwerking van persoonsgegevens en/of de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars,

8. 'Ombudsman' : de in artikel 2, tweede lid, onder A, en artikel 11 e.v. van de statuten van de Stichting bedoelde Ombudsman Zorgverzekeringen,

9. 'schriftelijk' : op papier of langs elektronische weg,

10. 'Stichting' : de te Zeist gevestigde Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen,

11. 'ziektekostenverzekeraar' : een ziektekostenverzekeraar als bedoeld in artikel 1, onder f, van de Wet marktordening gezondheidszorg. De ziektekostenverzekeraar kan, doch is hiertoe niet verplicht, in elk stadium van de procedure advies inwinnen en/of zich desgewenst laten bijstaan en/of vertegenwoordigen door een gemachtigde. In het laatste geval worden – voor de toepassing van de bepalingen van dit reglement - de handelingen en standpunten van de gemachtigde toegerekend aan de ziektekostenverzekeraar, als waren deze door de ziektekostenverzekeraar zelf verricht onderscheidenlijk ingenomen,

12. 'zorgverzekering' : de verzekering als bedoeld in artikel 1, onder d, van de Zorgverzekeringswet,

13. 'ziektekostenverzekering' : iedere verzekering tegen ziektekosten, anders dan een zorgverzekering, met uitzondering van een verzekering inzake de overige medische varia en de verzekering waarbij de ziektekosten slechts een deel van de dekking vormen, zoals een reisverzekering.

Artikel 2 Onpartijdigheid en onafhankelijkheid

1. De Ombudsman oefent zijn functie onpartijdig en naar eigen inzicht uit. Hij zal geen instructies van wie dan ook, daaronder begrepen bestuur en directie van de Stichting, aangaande de behandeling en de inhoudelijke beoordeling van klachten aanvaarden.
De Ombudsman heeft geen rechtstreeks persoonlijk of zakelijk belang bij de afwikkeling van een klacht.
2. De Ombudsman informeert de Stichting over zijn functies en nevenfuncties alsmede over zijn belangen en relaties die de onafhankelijkheid in gevaar zouden kunnen brengen.

Artikel 3 Taken en bevoegdheden

1. De Ombudsman heeft tot taak te bemiddelen tussen consumenten en ziektekostenverzekeraars, bij klachten die betrekking hebben op de totstandkoming, dan wel de uitvoering van een zorgverzekering of ziektekostenverzekering, mits op die verzekering het Nederlands recht (eventueel door partijkeuze achteraf) van toepassing is, alsmede het behandelen van klachten inzake de verwerking door de ziektekostenverzekeraar

- van persoonsgegevens zoals bedoeld in de nationale of Unierechtelijke regelgeving inzake de verwerking van persoonsgegevens en/of de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, tenzij bij of krachtens wet of overeenkomst een andere klachten- of geschillenregeling is aangewezen, dan wel dit reglement zich hiertegen verzet.
2. Door de Ombudsman worden uitsluitend klachten van consumenten behandeld, waarbij de andere partij een ziektekostenverzekeraar is, die hetzij lid is van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland dan wel geen lid is van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland en heeft verklaard zich aan dit reglement te onderwerpen.
 3. De Ombudsman behandelt geen klachten ter zake waarvan reeds een geding aanhangig is bij of een uitspraak is gedaan door een rechterlijke instantie of scheidsgerecht dan wel een bindend adviseur, daaronder begrepen de Geschillencommissie.
 4. De Ombudsman behandelt geen klachten die zijn ingediend door belangenvertegenwoordigende personen of organisaties voor een groep of groepen consumenten.
 5. De Ombudsman behandelt geen kwesties tussen zorgaanbieders en ziektekostenverzekeraars, dan wel kwesties tussen ziektekostenverzekeraars onderling, ook niet indien deze in de vorm van een klacht of anderszins worden ingediend door een consument.
 6. De Ombudsman behandelt geen klachten waarbij naar zijn oordeel sprake is van een gering belang of die naar zijn oordeel als vexatoir moeten worden beschouwd.
 7. De Ombudsman laat zich bij de beoordeling van een klacht leiden door hetgeen is bepaald bij of krachtens de wet, de verzekeringsvoorwaarden, de relevante jurisprudentie, alsmede de toepasselijke gedragscodes en/of ereregelen, en hetgeen in de verzekeringsbranche gebruikelijk is.
 8. De Ombudsman ziet er op toe dat de consument, in geval de ingediende klacht (mede) betrekking heeft op een publiekrechtelijke regeling op het terrein van ziektekosten, waar mogelijk wordt geïnformeerd over de in de wet opgenomen beroepsregelingen en -termijnen.
 9. Indien een redelijk belang aanwezig is, behandelt de Ombudsman tevens verzoeken om inlichtingen voor zover betrekking hebbend op zijn werkterrein.

Artikel 4 Bureau

De Ombudsman maakt gebruik van de diensten van het bureau. Aan dit bureau kan een medisch adviseur verbonden zijn, die door de Ombudsman in voorkomend geval kan worden geraadpleegd. De juridisch-inhoudelijke aansturing van het bureau geschiedt door een persoon die de kwaliteit van meester in de rechten dan wel Master of Law bezit.

Artikel 5 Adressering

1. Kennisgevingen uit hoofde van dit reglement, gericht aan de consument, worden gedaan aan het adres van de consument of – indien van toepassing – het adres van zijn gemachtigde zoals vermeld bij het voorleggen van de klacht, tenzij de consument of zijn gemachtigde nadien een adreswijziging heeft doorgegeven onderscheidenlijk de consument te kennen heeft gegeven dat de betrokken gemachtigde niet langer voor hem optreedt. Onder adres wordt in dit verband verstaan het postadres en/of het e-mailadres indien er voor is - of lopende de procedure wordt - gekozen digitaal met de Ombudsman te communiceren. In voorkomend geval wordt de wijziging geëffectueerd met ingang van de datum van ontvangst van de betreffende mededeling door de consument aan de Ombudsman.
2. Kennisgevingen uit hoofde van dit reglement, gericht aan de ziektekostenverzekeraar, worden gedaan aan het bij de Stichting bekende adres van de ziektekostenverzekeraar of – indien van toepassing – het adres van zijn gemachtigde, tenzij de ziektekostenverzekeraar of zijn gemachtigde nadien een adreswijziging heeft doorgegeven onderscheidenlijk de ziektekostenverzekeraar te kennen heeft gegeven dat de betrokken gemachtigde niet langer voor hem optreedt. Onder adres wordt in dit verband verstaan het postadres en/of het e-mailadres indien er voor is - of lopende de procedure wordt - gekozen digitaal met de Ombudsman te communiceren. In voorkomend geval wordt de wijziging geëffectueerd met ingang van de datum van ontvangst van de betreffende mededeling door de ziektekostenverzekeraar aan de Ombudsman.

Artikel 6 De indiening van een klacht

1. Klachten dienen, voordat zij in behandeling kunnen worden genomen door de Ombudsman, door de consument ter kennis te worden gebracht van de ziektekostenverzekeraar. De ziektekostenverzekeraar moet hierop schriftelijk hebben gereageerd, althans een redelijke mogelijkheid hebben gehad dat te doen.
2. De indiening van een klacht door de consument bij de Ombudsman moet geschieden binnen één jaar na het handelen of nalaten dat tot de klacht aanleiding heeft gegeven, dan wel binnen één jaar nadat de consument redelijkerwijs op de hoogte had kunnen zijn van een zodanig handelen of nalaten. Het verzoek aan de ziektekostenverzekeraar het ingenomen standpunt te heroverwegen heeft geen opschortende werking ten aanzien van voornoemde termijnen. Is een zodanig verzoek gedaan en blijft een inhoudelijke reactie hierop van de ziektekostenverzekeraar uit, dan kan na ommekomst van een termijn van vier weken de klacht aan de Ombudsman worden voorgelegd, waarbij voornoemde termijnen onverkort van toepassing zijn. Voor de bepaling van de tijdigheid is de datum van ontvangst van de klacht door de Ombudsman bepalend.
3. De klacht, alsmede de door de consument verlangde oplossing, wordt door de

consument aan de Ombudsman schriftelijk en in de Nederlandse dan wel de Engelse taal gesteld voorgelegd. De procedure bij de Ombudsman wordt gevoerd in de Nederlandse taal.

Voor zover door de consument in een andere vreemde taal dan Engels gestelde stukken worden overgelegd, kan de Ombudsman een vertaling in de Nederlandse taal door een beëdigd vertaler verlangen. De kosten hiervan komen voor rekening van de consument.

4. De consument dient in zijn klacht duidelijk te maken wat de ziektekostenverzekeraar volgens hem verkeerd heeft gedaan en wat de ziektekostenverzekeraar volgens hem moet doen om de klacht op te lossen. De consument dient ervoor zorg te dragen dat de klacht, alsmede de door hem verlangde oplossing, onderbouwd, duidelijk en niet voor meerderlei uitleg vatbaar is.
5. De consument dient, tegelijk met de indiening van zijn klacht, alle voor de beoordeling daarvan van belang zijnde berichten en afschriften van relevante stukken, waaronder in ieder geval de met de ziektekostenverzekeraar gevoerde correspondentie en – voor zover van toepassing - diens standpuntbepaling na heroverweging, over te leggen.

Artikel 7 De procedure

1. De Ombudsman bevestigt de ontvangst van de ingediende klacht en informeert de consument over de vervolprocedure. Zo nodig kan de Ombudsman de consument om toezending van nadere stukken, het verstrekken van inlichtingen en/of een of meer vertalingen verzoeken, alvorens de klacht verder in behandeling te nemen. Na ontvangst van de ontbrekende gegevens, wordt de consument hiervan een schriftelijke bevestiging gezonden.
In geval de consument, na daartoe te zijn gemaand, nalatig blijft tijdig gevolg te geven aan een verzoek als hiervoor bedoeld, kan de Ombudsman oordelen dat verdere behandeling van de klacht niet effectief is en besluiten de bemiddeling te beëindigen. De consument wordt hierover schriftelijk ingelicht, onder vermelding van de reden. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.
2. Indien - al dan niet na ontvangst van de gevraagde nadere stukken, inlichtingen en/of een of meer vertalingen – blijkt dat geen bemiddeling mogelijk is, omdat de klacht zich niet voor bemiddeling leent dan wel de klacht niet-ontvankelijk of ongegrond is, of omdat de Ombudsman niet bevoegd is de klacht te behandelen, wordt de consument hierover binnen drie weken na ontvangst van de klacht, danwel na ontvangst van de gevraagde nadere stukken, inlichtingen en/of vertalingen, schriftelijk en onder vermelding van de reden ingelicht. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.
3. Als bemiddeling mogelijk is, wordt de betrokken ziektekostenverzekeraar door de Ombudsman op de hoogte gebracht van de ingediende klacht en wordt de ziektekostenverzekeraar verzocht binnen dertig dagen, welke termijn zo nodig door de Ombudsman kan worden verlengd, schriftelijk op de klacht van de

- consument inhoudelijk te reageren.
4. De ontvangst van de reactie van de betrokken ziektekostenverzekeraar wordt aan deze schriftelijk bevestigd. Aansluitend kan de Ombudsman concluderen dat verdere bemiddeling niet zinvol is dan wel de consument in de gelegenheid stellen, binnen een door de Ombudsman te bepalen termijn die zo nodig door de Ombudsman kan worden verlengd, nader schriftelijk op de reactie van de ziektekostenverzekeraar te reageren. Na ontvangst van de nadere reactie van de consument, kan de Ombudsman besluiten de ziektekostenverzekeraar opnieuw te benaderen dan wel concluderen dat verdere bemiddeling niet zinvol is.
 5. Indien de Ombudsman – al dan niet nadat door de ziektekostenverzekeraar gedeeltelijk aan de klacht is tegemoetgekomen - op enig moment concludeert dat verdere bemiddeling niet zinvol is, worden de consument en de ziektekostenverzekeraar hierover schriftelijk ingelicht, onder vermelding van de overwegingen die tot deze conclusie hebben geleid. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.
 6. Indien de ziektekostenverzekeraar niet adequaat en voortvarend zijn medewerking verleent aan de bemiddeling, en deze medewerking uitblijft nadat hij door de Ombudsman tevergeefs daartoe is aangemaand, kan de Ombudsman concluderen dat de kwestie onbemiddelbaar is. In dat geval worden de consument en de ziektekostenverzekeraar hierover schriftelijk ingelicht, onder vermelding van de reden die tot deze conclusie heeft geleid. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.
 7. De consument kan in elk stadium van de procedure besluiten de klacht, zonder opgaaf van redenen, in te trekken. De intrekking wordt schriftelijk door de Ombudsman aan de consument en – voor zover aan de orde – de ziektekostenverzekeraar bevestigd. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.
 8. De ziektekostenverzekeraar kan in elk stadium van de procedure besluiten de klacht geheel of gedeeltelijk te honoreren al dan niet bij wege van minnelijke regeling. In dat geval wordt de consument door de Ombudsman ingelicht over de rechtsgevolgen hiervan, de mogelijkheid alsnog een beroep te doen op de bevoegde rechter of de Geschillencommissie, en het feit dat de uitkomst van een eventuele procedure bij de bevoegde rechter of de Geschillencommissie anders kan zijn dan de voorgestelde minnelijke regeling. De Ombudsman stelt een termijn waarbinnen de consument de voorgestelde minnelijke regeling kan overdenken en zich hierover kan uitlaten. Stemt de consument in met de voorgestelde minnelijke regeling, dan gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier. Stemt de consument niet of niet volledig in met de voorgestelde minnelijke regeling, dan wordt de bemiddeling voortgezet naar de stand van dat moment.
 9. De Ombudsman kan een partij uitnodigen in persoon te verschijnen ten kantore van de Stichting. Tevens kan de Ombudsman besluiten een bemiddelingsbijeenkomst te organiseren, waarvoor partijen worden uitgenodigd in persoon te

verschijnen ten kantore van de Stichting dan wel op een door de Ombudsman, al dan niet in overleg met partijen, te bepalen plaats.

10. De Ombudsman hoort geen getuigen of door partijen aangebrachte deskundigen.
11. De Ombudsman kan een of meer deskundigen verzoeken een advies aan hem uit te brengen. Het advies alsmede eventuele onderliggende documenten, worden – voor zover deze naar de mening van de Ombudsman bepalend zijn voor zijn oordeelsvorming - aan partijen ter beschikking gesteld, waarbij zij in de gelegenheid worden gesteld zich hierover binnen een bepaalde termijn uit te laten.
12. Aan de behandeling van een klacht door de Ombudsman zijn geen kosten verbonden. Voor zover door partijen kosten zijn gemaakt in verband met de indiening of behandeling van een klacht komen deze voor rekening van de partij die de kosten heeft gemaakt

Artikel 8 De bevinding van de Ombudsman

1. De bevindingen van de Ombudsman worden de consument en – voor zover aan de orde – de ziektekostenverzekeraar schriftelijk medegedeeld en wel zo spoedig mogelijk na ontvangst en beoordeling van de klacht dan wel binnen 90 dagen nadat tussen partijen ten overstaan van de Ombudsman de laatst ontvangen stukken zijn gewisseld dan wel nadat de Ombudsman met partijen in persoon heeft overlegd, dan wel, in voorkomend geval, nadat de Ombudsman advies van (een) deskundige(n) heeft ingewonnen en partijen zich hierover al dan niet hebben mogen uitlaten. Deze termijnen kunnen door de Ombudsman worden verlengd, in welk geval de betrokken partij of partijen hiervan schriftelijk in kennis wordt gesteld. De bevindingen van de Ombudsman kunnen inhouden:
 - a) het oordeel dat de klacht niet-ontvankelijk is;
 - b) het oordeel dat de Ombudsman niet bevoegd is de klacht te behandelen;
 - c) het oordeel dat de klacht kennelijk ongegrond is;
 - d) het oordeel dat het met de klacht gemoeide belang naar het oordeel van de Ombudsman te gering is dan wel dat de klacht vexatoir is;
 - e) de constatering dat verdere behandeling van de klacht niet effectief is bij gebrek aan medewerking van de consument;
 - f) de constatering dat de klacht bij gebrek aan medewerking van de ziektekostenverzekeraar onbemiddelbaar is;
 - g) de constatering dat – al dan niet nadat door de ziektekostenverzekeraar gedeeltelijk aan de klacht is tegemoetgekomen – (verdere) bemiddeling niet zinvol is;
 - h) de constatering dat door de ziektekostenverzekeraar naar de mening van de consument in voldoende mate aan de klacht is tegemoetgekomen, waardoor deze is opgelost;
 - i) de constatering dat de klacht door de consument is ingetrokken.

De consument en – voor zover aan de orde – de ziektekostenverzekeraar worden schriftelijk van de bevindingen van de Ombudsman op de hoogte gebracht. Vervolgens gaat de Ombudsman over tot sluiting van het dossier.

2. Voor zover aan de orde, wijst de Ombudsman de consument op de mogelijkheid de kwestie voor bindende advisering voor te leggen aan de Geschillencommissie of aan de bevoegde rechter. Een zodanige verwijzing blijft in ieder geval achterwege indien volledig aan de klacht is tegemoetgekomen dan wel het verzoek door de consument is ingetrokken.

Artikel 9 Doorzending

1. De Ombudsman kan een door hem ontvangen klacht ter behandeling c.q. heroverweging doorzenden aan de betrokken ziektekostenverzekeraar indien sprake is van een klacht op het terrein van een zorgverzekering of ziektekostenverzekering, dan wel de verwerking door de ziektekostenverzekeraar van persoonsgegevens zoals bedoeld in de nationale of Unierechtelijke regelgeving inzake de verwerking van persoonsgegevens en/of de Gedragscode Verwerking Persoonsgegevens Zorgverzekeraars, en de ziektekostenverzekeraar nog geen (redelijke) mogelijkheid heeft gehad inhoudelijk op de klacht van de consument te reageren.
2. De Ombudsman kan voorts een door hem ontvangen klacht ter behandeling doorzenden aan de naar zijn oordeel bevoegde instantie.
3. Van een doorzenden als bedoeld in de voorgaande leden, en de reden daarvan, wordt de consument schriftelijk door de Ombudsman in kennis gesteld.

Artikel 10 Wraking en verschoning

1. De consument kan binnen veertien dagen nadat hij overeenkomstig artikel 7, eerste lid, is geïnformeerd over de vervolprocedure, te kennen geven de Ombudsman te willen wraken.
2. Evenzo kan de ziektekostenverzekeraar binnen veertien dagen nadat hem overeenkomstig artikel 7, derde lid, is gevraagd inhoudelijk op de klacht van de consument te reageren, te kennen geven de Ombudsman te willen wraken.
3. Wraking kan uitsluitend geschieden op grond van feiten of omstandigheden waardoor de onpartijdigheid van de Ombudsman schade zou kunnen leiden.
4. Het verzoek om wraking dient onder opgave van redenen en met vermelding van de administratieve kenmerken van de zaak, ter kennis te worden gebracht aan de Ombudsman, een en ander op straffe van niet-ontvankelijkheid van het wrakingsverzoek.
5. De Ombudsman kan naar aanleiding van het wrakingverzoek besluiten zich terug te trekken.
6. Op het wrakingsverzoek wordt beslist door de Geschillencommissie.
7. Indien het verzoek tot wraking wordt toegewezen door de Geschillencommissie, dan wel de Ombudsman zich uit eigen beweging heeft teruggetrokken, wordt de

- behandeling van de klacht overgenomen door de waarnemend Ombudsman.
8. Tegen de beslissing over wraking staat geen rechtsmiddel open.
 9. De Ombudsman kan zich verschonen indien hij van oordeel is dat te zijnen aanzien feiten of omstandigheden bestaan waardoor zijn onpartijdigheid of onafhankelijk oordeel bij de behandeling van een klacht aan twijfel onderhevig zouden kunnen zijn. Het zevende lid is in dat geval van overeenkomstige toepassing.

Artikel 11 Mandaat bureau

De Ombudsman kan werkzaamheden, verband houdend met de behandeling van klachten, onder zijn verantwoordelijkheid laten uitvoeren door het bureau. Hiertoe behoort onder andere de afhandeling van klachten die kennelijk niet-ontvankelijk zijn.

Artikel 12 Geheimhouding

1. De Ombudsman is gehouden geheimhouding in acht te nemen omtrent de identiteit van de betrokken partijen, behoudens voor zover deze hem uitdrukkelijk van de geheimhoudingsplicht hebben ontslagen of uit de uitoefening van zijn functie de noodzaak tot bekendmaking van de identiteit voortvloeit.
2. De geheimhoudingsplicht is van overeenkomstige toepassing op de medewerkers van het bureau, alsmede op door de Ombudsman ingeschakelde deskundigen.
3. Deskundigen dienen vooraf een verklaring te ondertekenen waarin zij te kennen geven de geheimhoudingsplicht te aanvaarden.
4. De Stichting kan nadere regels stellen ten aanzien van de inrichting van de persoonsregistratie en de wijze waarop met de daarin aanwezige informatie wordt omgegaan, zulks met inachtneming van het bepaalde in de nationale of Unierechtelijke regelgeving inzake de verwerking van persoonsgegevens.

Artikel 13 Uitsluiting van aansprakelijkheid

De Stichting, het bestuur, de directeur, de secretaris, de medewerkers van het bureau en de Ombudsman zijn noch contractueel noch buitencontractueel aansprakelijk voor eventuele schade door eigen of andermans handelen of nalaten of door gebruik van hulpzaken in of rond de behandeling van een klacht, een en ander tenzij en voor zover dwingend Nederlands recht aan exoneratie in de weg zou staan.

Artikel 14 Nawerking

Indien de klacht betrekking heeft op het handelen of nalaten van een ziektekostenverzekeraar die ten tijde van het ontstaan van de klacht lid was van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland, doch dit lidmaatschap sindsdien is geëindigd, wordt de klacht behandeld op de wijze als in dit reglement bepaald. Het laatste geldt eveneens voor het geval dat de klacht is ontstaan op een tijdstip waarop de ziektekostenverzekeraar, geen lid zijnde van de vereniging Zorgverzekeraars Nederland,



SKGZ



OMBUDSMAN EN GESCHILLENCOMMISSIE ZORGVERZEKERINGEN

had verklaard zich aan dit reglement te onderwerpen, doch deze verklaring nadien heeft ingetrokken.

Artikel 15 Verslag van werkzaamheden en ervaringen

De Ombudsman doet éénmaal per kalenderjaar verslag van zijn werkzaamheden en ervaringen aan het bestuur.

Artikel 16 Aanvulling en afwijking van het reglement

In die gevallen waarin het reglement niet voorziet beslist de Ombudsman. De Ombudsman kan voorts in een individuele zaak besluiten één of meer bepalingen van het reglement buiten toepassing te laten, indien en voor zover hij dit gelet op de omstandigheden van het geval geraden acht.

Artikel 17 Datum inwerkingtreding reglement

Dit reglement treedt in werking op 1 augustus 2018 en is van toepassing op alle na deze datum voorgelegde klachten.
