

# KLACHTENFORMULIER

## 1. GEGEVENS VERZEKERINGNEMER

Verzekerdennummer : \_\_\_\_\_

Voorletters en naam : \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer : \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer overdag : \_\_\_\_\_

## 2. GEGEVENS CONTACTPERSOON (INDIEN VAN TOEPASSING)

Voorletters en naam : \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer : \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer overdag : \_\_\_\_\_

## 3. BETREFT HET EEN KLACHT TEGEN STAD HOLLAND ZORGVERZEKERAAAR?

Ja Nee

Zo ja, vul dan hieronder de gegevens in.

Naam medewerker : \_\_\_\_\_

Afdeling : \_\_\_\_\_

Toestelnummer : \_\_\_\_\_

Betreft het een klacht over zorg die betrekking heeft op uw aanvullende verzekering?

Ja Nee

## 4. BETREFT HET EEN KLACHT TEGEN EEN ZORGVERLENER/INSTELLING?

Ja Nee

Zo ja, vul dan hieronder de gegevens in.

Naam : \_\_\_\_\_

Soort (bijv. huisarts) : \_\_\_\_\_

Straat en huisnummer : \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

Heeft u zich bij de zorgverlener/instelling gelegitimeerd als verzekerde bij Stad Holland Zorgverzekeraar?

Ja Nee

Heeft u uw klacht bij de zorgverlener/instelling kenbaar gemaakt?

Ja Nee

Heeft u er bezwaar tegen dat Stad Holland Zorgverzekeraar contact opneemt met de zorgverlener/instelling?

Ja Nee

**5. OVERIGE VRAGEN**

Bent u bereid een mondelinge/schriftelijke toelichting te geven wanneer blijkt dat de verstrekte gegevens niet toereikend zijn? Ja      Nee

Is deze klacht al eerder besproken met een medewerker van Stad Holland Zorgverzekeraar? Ja      Nee

Zo ja, vul dan hieronder de gegevens in.

Datum : \_\_\_\_\_

Naam medewerker : \_\_\_\_\_

Omschrijving van de klacht