

Klachtenformulier

Naam tussenpersoon : _____
Plaats : _____

1 Gegevens verzekeringnemer

Polisnummer : _____
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 Zorgverzekeraar? 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 : _____

Uw klacht kunt u op de achterzijde van dit formulier omschrijven.

