

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 DSW ZORGVERZEKERAR?

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 DSW Zorgverzekeraar?

Ja Nee

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

Ja Nee

Heeft u er bezwaar tegen dat DSW 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 DSW Zorgverzekeraar? Ja Nee

Zo ja, vul dan hieronder de gegevens in.

Datum : _____

Naam medewerker : _____

Omschrijving van de klacht