

KLACHTENFORMULIER - DERDEN

Kader voorbehouden aan het ziekenfonds :

Datum ontvangst : __/__/____	Beheerder :
Datum afsluiting : __/__/____	Nr : ____-____-____-____-__

Betrokken derde :

Benaming : _____
RIZIV-nr : _____
Rekeningnr : BE _____ - BIC : _____
Adres : _____ _____
<u>Verplicht</u>
Telefoonnr : _____ / _____
@ : _____ @ _____ . ____



Onderwerp van de klacht :

- Beslissing van de adviserend geneesheer
- Vermindering factuur
- Terugbetalingstermijnen
- Fout bij tarifieren
- Verlies documenten
- Call Center moeilijk bereikbaar
- Andere

Gelieve steeds zo veel mogelijk details op te geven (datum en samenvatting van de feiten) :

Handtekening

Datum : __/__/____