



# Formulario de queja del Seguro Médico

Si no está satisfecho con la actuación o el funcionamiento de la Oficina del Seguro Médico Zorg en Jeugd Caribisch Nederland (ZJCN), usted puede presentar una queja con este formulario.

No puede utilizarlo para presentar un escrito de objeción o de recurso.

La ZJCN tramitará su queja lo antes posible. Nuestra intención es responderle dentro del plazo legal, máximo de 6 semanas. Si fuera necesario realizar una investigación detallada, la tramitación puede llevar más tiempo y la ZJCN se pondrá en contacto con usted.

Es importante que indique claramente a qué se refiere su queja. Indique, por ejemplo, cuándo escribió una carta determinada o qué sucedido en una fecha concreta. ¿Tiene usted una queja sobre un empleado? Mencione entonces el nombre del empleado.

Si posee documentos que son importantes para su queja (por ejemplo: cartas enviadas por la Oficina del Seguro Médico), envíelos también. Así podremos tramitar su queja con mayor rapidez.

## **iFíjese bien!**

Los documentos que envíe no se devolverán. Por eso, envíe solo copias.

## 1 Tengo una queja. Mis datos son:

Sexo:  hombre  mujer

Nombre: (completo)

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Número de documento de identidad (sedula)

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Localidad

\_\_\_\_\_

Correo electrónico

\_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día

\_\_\_\_\_

En su caso: Me representa/Defiende mis intereses:

Sexo:  hombre  mujer

Nombre: (completo)

\_\_\_\_\_

Apellido

\_\_\_\_\_

Número de documento de identidad (sedula)

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_

Dirección

\_\_\_\_\_

Localidad

\_\_\_\_\_

Correo electrónico

\_\_\_\_\_

Número de teléfono durante el día

\_\_\_\_\_

## 2 Mi queja se refiere a lo siguiente:

Remisión médica

Compensación de dietas/compañía aérea

Reembolsos y pagos

Derechos del seguro médico

Información

Trato de la ZJCN

Otros, a saber:

\_\_\_\_\_

# Formulario de queja del Seguro Médico

## 3 Descripción de la queja:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## 4 Mis expectativas son/mi queja quedará resuelta si:

- Conversación con persona empleada en tramitación de objeciones y quejas
- Acción
- Otros, a saber:

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

## 5 Firma

Declaro que este formulario ha sido rellenado con exactitud, que está completo y que es verdadero.

Lugar

Fecha (mm/dd/aaaa)

---

Número de anexos

---

Firma

---

## A rellenar por la Oficina del Seguro Médico:

Recibido el: (mm/dd/aaaa)

---

Recibido por:

---