



Escrito de objeción del Seguro Médico

Con este formulario, puede usted presentar un escrito de objeción contra una resolución de la Zorg en Jeugd Caribisch Nederland (ZJCN). No puede utilizarlo para presentar una queja.

Si se presenta un escrito de objeción después de haber transcurrido el plazo de 6 semanas, la ZKV lo declarará improcedente y no tramitará la objeción.

La ZJCN tramitará su objeción lo antes posible. Nuestra intención es tramitar un escrito de objeción dentro del plazo legal máximo de 6 semanas.

Es importante que indique claramente a qué se refiere su objeción. Indique, por ejemplo, cuándo escribió una carta determinada o qué sucedido en una fecha concreta.

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

iFijese bien!

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

1 Tengo una objeción. Mis datos son:

Sexo: hombre mujer

Nombre: (completo)

|

Apellido (*apellido propio en caso de mujer casada*)

|

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

|

