

Indiening van een bezwaar tegen de beslissing van een zorgkas

ZG/NZ/ZF/140404



Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
Vlaams Zorgfonds – Secretariaat Bezwaarcommissie
Koning Albert II-laan 35 bus 37, 1030 BRUSSEL
Tel. 02 553 46 90 – Fax 02 553 07 25
E-mail: bezwaarzorgverzekering@vlaanderen.be

In te vullen door de
behandelende
afdeling

ontvangstdatum



Waarvoor dient dit formulier?

Met dit formulier kunnen personen die niet akkoord gaan met de beslissing van hun zorgkas over hun aanvraag tot tenlastenemingen, bezwaar aantekenen bij het Vlaams Zorgfonds.

Aan wie bezorgt u dit formulier?

U stuurt dit bezwaarformulier aangetekend naar het Vlaams Zorgfonds binnen zestig dagen na de ontvangst van de negatieve beslissing van de zorgkas.

Het Vlaams Zorgfonds raadt u aan om online bezwaar in te dienen. Zo kan uw dossier sneller verwerkt worden.

Om online bezwaar in te dienen, surf u naar <http://www.zorg-en-gezondheid.be/bezwaarzorgkas>.

U krijgt dan een ontvangstbevestiging op het e-mailadres dat u opgeeft. Het online ingediende bezwaar is alleen geldig als u de ontvangstbevestiging hebt gekregen.

Gegevens van de zorgbehoevende

1 Vul de gegevens van de zorgbehoevende in.

Het rijksregisternummer vindt u op de achterkant van de identiteitskaart van de zorgbehoevende. Het e-mailadres is facultatief.

voor- en achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

telefoonnummer

e-mailadres

geboortedatum dag maand jaar

rijksregisternummer

2 Bij welke zorgkas is de zorgbehoevende aangesloten?

- CM-Zorgkas Vlaanderen
- Neutrale Zorgkas Vlaanderen
- Zorgkas van de Socialistische Mutualiteiten
- Zorgkas van de Liberale Ziekenfondsen
- Zorgkas van de Onafhankelijke Ziekenfondsen
- Vlaamse Zorgkas
- Zorgkas DKV Belgium

Gegevens van de vertegenwoordiger van de zorgbehoevende

3 U hoeft deze rubriek alleen in te vullen als de zorgbehoevende het formulier niet zelf ondertekent.

4 Vul de gegevens van de vertegenwoordiger in.

Het e-mailadres is facultatief.

voor- en achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

telefoonnummer

e-mailadres

5 Wat is de relatie van de vertegenwoordiger tot de zorgbehoevende?

echtgenoot

echtgenote

broer

zus

ouder

grootouder

kind

kleinkind

wettelijke vertegenwoordiger

Onder wettelijke vertegenwoordiger wordt de voogd of de voorlopige bewindvoerder verstaan. U voegt een kopie van de beschikking over de wettelijke vertegenwoordiging bij dit formulier.

andere persoon:

Volmacht

6 U hoeft deze rubriek alleen in te vullen als u bij vraag 5 het hokje andere persoon hebt aangekruist.

7 Vul de onderstaande verklaring in.

Ik geef volmacht aan de niet-wettelijke vertegenwoordiger om in naam van de zorgbehoevende alle formaliteiten te vervullen die nodig zijn opdat hij zijn recht op tenlastenemingen in het kader van de zorgverzekering zou kunnen laten gelden.

datum dag maand jaar

handtekening van de
zorgbehoevende of zijn
wettelijke vertegenwoordiger

voor- en achternaam

Bij te voegen bewijsstukken

Verplichte bewijsstukken

- 13 Verzamel alle bewijsstukken die u voor de beantwoording van vraag 5 bij dit formulier moet voegen.
- 14 Als u bezwaar indient tegen een opschorting met verlies van rechten van de tenlastenemingen, voegt u bij dit formulier bewijsstukken van financiële behartenswaardigheid. Die bewijsstukken moeten betrekking hebben op de jaren waarvoor de bijdrage voor de Vlaamse zorgverzekering niet werd betaald.

Optionele bewijsstukken

- 15 Als u bezwaar indient tegen een beslissing op het vlak van mantel- en thuiszorg, kunt u de volgende documenten bij dit formulier voegen:
- eventuele medische verslagen
 - eventuele verslagen van maatschappelijk werkers of andere zorgverleners.

Lijst van bewijsstukken

- 16 **Kruis alle bewijsstukken aan die u bij dit formulier voegt.**
Als u de bewijsstukken per post nastuurt, vermeld dan duidelijk de voornaam, achternaam en het rijksregisternummer van de zorgbehoevende, en vermeld ook dat het een bezwaar betreft tegen de beslissing van een zorgkas.
- een kopie van de beschikking over de wettelijke vertegenwoordiging
- bewijsstukken van financiële behartenswaardigheid
- eventuele medische verslagen
- eventuele verslagen van maatschappelijk werkers of andere zorgverleners

Ondertekening

- 17 **Vul de onderstaande verklaring in.**
Als u het bezwaar via e-mail indient, hoeft u dit formulier niet te ondertekenen.

Ik bevestig dat alle gegevens in dit formulier naar waarheid zijn ingevuld.

datum dag maand jaar

handtekening

voor- en achternaam