

# Indiening van een bezwaar tegen de beslissing van een zorgkas over de Vlaamse zorgverzekering

## AGENTSCHAP ZORG & GEZONDHEID

Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming - Secretariaat Bezwaarcommissie

Koning Albert II-laan 35 bus 37, 1030 BRUSSEL

T 02 553 46 90 – F 02 553 07 25

[bezwaarzorgverzekering@zorg-en-gezondheid.be](mailto:bezwaarzorgverzekering@zorg-en-gezondheid.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 van de zorgverzekeringstegemoetkoming, bezwaar aantekenen bij het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming.

### Aan wie bezorgt u dit formulier?

U stuurt dit bezwaarformulier aangetekend naar het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming binnen negentig dagen na de ontvangst van de beslissing van de zorgkas. Het Agentschap voor Vlaamse Sociale Bescherming raadt u aan om online bezwaar in te dienen. Zo kan uw dossier sneller verwerkt worden.

Om online bezwaar in te dienen, surft 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 Kruis de zorgkas aan waarbij de zorgbehoevende aangesloten is.

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

## 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 volmacht in.

Deze volmacht moet ondertekend worden door de zorgbehoevende of door zijn wettelijke vertegenwoordiger.

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 .....

voor- en achternaam .....

## Gegevens over de indiening van het bezwaar

### 8 Tegen welke beslissing van de zorgkas dient u bezwaar in?

dag ..... maand ..... jaar .....



sociaal algemeen dagelijks leven

item	reden waarom u niet akkoord gaat met de toegekende score
sociaal verlies	.....
trouw aan therapie en gezondheidsregels	.....
veiligheid in en om het huis	.....
administratie	.....
financiële verrichtingen	.....
hygiënische verzorging kinderen	.....
opvang kinderen	.....

geestelijke gezondheid

item	reden waarom u niet akkoord gaat met de toegekende score
desoriëntatie in tijd	.....
desoriëntatie in ruimte	.....
desoriëntatie in personen	.....
niet-doelgericht gedrag	.....
storend gedrag	.....
initiatiefloos gedrag	.....
neerslachtige stemming	.....
angstige stemming	.....

**10 Wilt u tijdens de behandeling van het bezwaar telefonisch gehoord worden door de Bezwaarcommissie Zorgverzekering?**

*Dit biedt u de mogelijkheid om uw bezwaar mondeling toe te lichten.*

ja. Ga naar vraag 11.

nee. Ga naar vraag 13.

**11 Wie zal het hoorrecht uitoefenen?**

de zorgbehoevende

de vertegenwoordiger van de zorgbehoevende

een andere persoon. **Vermeld de gegevens van die persoon.**

voor- en achternaam

straat en nummer

postnummer en gemeente

**12 Op welk telefoonnummer kan het hoorrecht uitgeoefend worden?**

.....

## 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 zorgverzekeringstegemoetkoming, voegt u bij dit formulier bewijsstukken van behartenswaardigheid. Dit wil zeggen dat u moet aantonen dat het voor u onmogelijk was om de betrokken bijdragen te betalen om een ernstige financiële, medische, psychische of sociale reden. De bewijsstukken moeten betrekking hebben op de jaren waarvoor de bijdrage voor de Vlaamse sociale bescherming 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 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. Door het bezwaar in te dienen verklaar ik me ermee akkoord dat het secretariaat van de Bezwaarcommissie Zorgverzekering de nodige stukken ter vervollediging van het dossier zal opvragen bij de zorgkas. In geval van een bezwaar tegen de BEL-score vraagt het secretariaat ook de betwiste BEL-schaal met de eventuele motivering op.**

datum                      dag .....                      maand .....                      jaar .....

handtekening

voor- en achternaam