



Klachteninstituut Verzekeringen
Bordewijklaan 10
Postbus 93560
2509 AN Den Haag
Tel. 070 333 89 99
Fax. 070 333 89 00

Raadpleeg voor het invullen de [checklist](#)

☐ mevrouw ☐ heer

Voorletters :
Naam :
Adres :
Postcode : Plaats
Telefoon : werk prive mobiel

Tegen wie is uw klacht / verzoek om bemiddeling gericht? (aankruisen)

☐ **Gegevens tussenpersoon (indien van toepassing)**

Naam :
Adres :
Postcode : Plaats

☐ **Gegevens verzekeringsmaatschappij (indien van toepassing)**

Naam :
Adres :
Postcode : Plaats

Polisnummer en soort verzekering waar uw klacht betrekking op heeft:

Polisnummer: Schadenummer:

- ☐ Levensverzekering
- ☐ Schadeverzekering
- ☐ Zorgverzekering, bijvoorbeeld ziektekostenverzekering of tandartsverzekering
- ☐ Anders:

Vergeet niet kopieën van relevante stukken, zoals reeds gevoerde correspondentie, polis en toepasselijke voorwaarden, mee te zenden! Gebruik geen nietjes, maar paperclips. Wij verzoeken u deze stukken enkelzijdig gekopieerd op A-4 formaat op te sturen.

- ☐ ik wil graag informatie
- ☐ ik wil graag een klacht / verzoek om bemiddeling indienen

Met betrekking tot de volgende verzekeringskwestie:

Wat wil u bereiken? Wanneer is het probleem in uw ogen opgelost?

Voor de zekerheid	Dit formulier is ingediend door:	
☐ ja, ik heb de checklist geraadpleegd ☐ ja, ik heb alle kopieën bijgevoegd van: ☐ polis(sen) ☐ polisvoorwaarden (bij autoverzekeringen ook een kopie van de kaart) ☐ gevoerde correspondentie	☐ klager / verzoeker zelf ☐ assurantie tussenpersoon ☐ ander	
	datum:	handtekening:
	evt. stempel / sticker tussenpersoon: 	