Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32

10006 Berlin

# Beschwerde

## Angaben zum Beschwerdeführer

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Plz, Ort _____ _____

Telefon (tagsüber) _____ Büro / Privat

Fax _____

E-Mail _____

**Bitte nur ausfüllen**, wenn Sie sich in der Beschwerdeführung durch eine andere Person vertreten lassen wollen (z. B. Anwalt oder Verwandten).

Name, Vorname bzw. Firma _____

Straße _____

Plz, Ort _____ _____

Telefon (tagsüber) _____ Büro / Privat

Fax _____

E-Mail _____

## Angaben zum Versicherungsvertrag

Bitte folgende Angaben ergänzen **oder Versicherungsunterlagen in Kopie** beifügen.

Namen und Anschrift des
Versicherungsnehmers _____
(falls abweichend vom Beschwerdeführer)

_____

Name der Versicherung _____

Versicherungsscheinnummer _____

Schadennummer /
Aktenzeichen (falls vorhanden) _____

Versicherungssparte
(z. B. Lebensversicherung) _____

**Bitte nur ausfüllen**, wenn Sie sich über einen **Vermittler** (Versicherungsvertreter) beschweren wollen.

Name _____

Anschrift _____

_____

Telefon / Fax _____

## Ergänzende Angaben

Haben Sie Ihren Anspruch bereits bei dem Versicherungsunternehmen geltend gemacht? ☐ Ja ☐ Nein
(Falls ja, nennen Sie bitte das Datum (soweit möglich)) _____

Haben Sie eine schriftliche Antwort des Versicherungsunternehmens vorliegen? ☐ Ja ☐ Nein
(Wenn ja, schicken Sie uns bitte das Antwortschreiben)

Haben Sie Ihren Anspruch schon einmal gerichtlich geltend gemacht? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie sich bei der Versicherungsaufsichtsbehörde (zum Beispiel BaFin) beschwert? ☐ Ja ☐ Nein
(Wenn ja, dann schicken Sie uns bitte die Stellungnahme, falls Ihnen diese bereits vorliegt.)

**Was wollen Sie mit Ihrer Beschwerde erreichen ?** (z. B. Zahlung, Fortführung des Vertrages, Kündigung, Deckungszusage).

_____

_____

_____

_____

## Sachverhalt

Bitte schildern Sie den Sachverhalt, der Ihrer Beschwerde zugrunde liegt. Hierzu sollten Sie den relevanten Schriftwechsel und die Gespräche in zeitlicher Abfolge (wenn möglich mit Datum) auflisten.
Nach Möglichkeit fügen Sie wesentliche Schreiben in Kopie bei.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

gegebenenfalls bitte Rückseite verwenden

## Einverständniserklärung

Ich wünsche, dass der Ombudsmann meine Beschwerde bearbeitet.
Ich bin damit einverstanden, dass

- Sie meine persönlichen Daten für die Zwecke des Schlichtungsverfahrens speichern und verwenden (u. a. auch dem betroffenen Versicherungsunternehmen mitteilen können).
- Sie meine Beschwerde als anonymisierten Beispielsfall veröffentlichen können.

Datum_____ Unterschrift _____