

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Bitte füllen Sie den Schlichtungsantrag sorgfältig und vollständig aus und senden Sie ihn unterschrieben und eingescannt oder fotografiert an beschwerde@versicherungsombudsmann.de. Alternativ können Sie die obige Adresse oder die Faxnummer 0800 3699000 verwenden.

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, bzw. Firma _____ Vorname _____

Straße _____

Plz, Ort _____

Telefon (tagsüber) ** _____ Büro / Privat

Fax ** _____

E-Mail ** _____

*Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden das generische Maskulinum verwendet; gemeint sind selbstverständlich Personen jedweden Geschlechts

** Angaben freiwillig

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 _____

Schadenummer /

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?
(Falls ja, nennen Sie bitte das Datum (soweit möglich))

 Ja Nein

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

 Ja Nein

Haben Sie Ihren Anspruch schon einmal
gerichtlich geltend gemacht?

 Ja Nein

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

 Ja Nein

Was soll mit der Beschwerde erreicht werden, ggf. mit Begründung?

Sachverhalt

Bitte schildern Sie den Sachverhalt, der Ihrer Beschwerde zugrunde liegt.

ggf. bitte Rückseite verwenden

Einverständniserklärung

Ich wünsche, dass der Versicherungsombudsmann e. V. meine Beschwerde bearbeitet.

Ich bin damit einverstanden, dass

- Sie meine persönlichen Daten für die Zwecke des Schlichtungsverfahrens speichern und dem Beschwerdegegner mitteilen,
- der Verfahrensgegner beschwerderelevante Daten an den Versicherungsombudsmann e. V. übermitteln darf,
- meine Beschwerde als anonymisierter Beispielsfall veröffentlicht werden kann.

Datum _____

Unterschrift _____