

Absender:

Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin

Beschwerde

1) Angaben zum/zur Beschwerdeführer/in

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße, Haus-Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon-Nr.: _____
Fax-Nr.: _____

2) Angaben zum Versicherungsvertrag

Name des Versicherungsnehmers
(falls abweichend vom Beschwerdeführer): _____
Name des Versicherungsunternehmens: _____
Versicherungsnummer: _____

3) Beschwerde durch einen Vertreter

(Nur auszufüllen, wenn Sie als Vertreter (Familienangehöriger, Rechtsanwalt, Versicherungsvermittler, etc.) einer anderen Person mit der Durchführung des Ombudsmannverfahrens betraut sind. Bitte denken Sie daran, dass wir zur Bearbeitung dieser Beschwerde eine unterschriebene Original-Vollmacht der versicherten Person benötigen.)

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon-Nr.: _____
Fax-Nr.: _____

4) Angaben zum Versicherungsvermittler

(Diese Angaben sind erforderlich, wenn Sie sich über die Beratung eines Versicherungsvermittlers (Versicherungsvertreter, Versicherungsmakler) beschweren möchten.)

Name: _____ Vorname: _____
Firma: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon-Nr.: _____
Fax-Nr.: _____

5) Ergänzende Angaben

- Haben Sie sich bereits erfolglos bei Ihrem Versicherer schriftlich beschwert?
 Ja Nein
- Haben Sie bezüglich des Beschwerdegegenstandes bereits Beschwerde bei einer anderen Beschwerdestelle eingelegt?
 Ja Nein

Falls ja, bei welcher Stelle und wann?

- Läuft oder lief in gleicher Sache ein Gerichtsverfahren?

7) Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht

Im Rahmen des Ombudsmann- Verfahrens kann es notwendig werden, Gesundheitsdaten, etwa ärztliche oder psychologische Gutachten und Stellungnahmen, einzusehen. Ich bin damit einverstanden, dass mein privater Krankenversicherer zur Durchführung des Ombudsmann- Verfahrens Gesundheitsdaten an den Ombudsmann und seine Mitarbeiter übermittelt. Daher befreie ich meine(n) privaten Krankenversicherer sowie die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die an dem meiner Beschwerde zugrundeliegenden Sachverhalt beteiligt sind, von der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 6 StGB, soweit es für das Verfahren vor dem Ombudsmann erforderlich ist. (Diese Erklärung gebe ich auch für meine mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitversicherten Personen ab, die am Verfahren vor dem PKV-Ombudsmann beteiligt sind und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit einer vertraulichen Einsichtnahme durch den Ombudsmann und seine Mitarbeiter einverstanden. Meine Daten dürfen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen gespeichert und verarbeitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten Person

8) Unterschrift der Beschwerde

Ort, Datum

Unterschrift des Beschwerdeführers