

Absender:

Datum:

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

## Schlichtungsantrag

### 1) Angaben zum/zur Antragsteller/in

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

### 2) Angaben zum Versicherungsvertrag

Name des Versicherungsnehmers  
(falls abweichend vom Antragsteller): \_\_\_\_\_  
Name des Versicherungsunternehmens: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### 3) Antragstellung 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 dieses Antrags 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 Ihren Anspruch bereits bei Ihrem Versicherer geltend gemacht?  
 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?  
 Ja     Nein
- Wurde ein Antrag auf Prozesskostenhilfe wegen mangelnder Erfolgsaussichten abgewiesen?  
 Ja     Nein

**6) Schlichtungsziel**

(Was wollen Sie mit Ihrem Schlichtungsantrag erreichen - wie z. B. Zahlung, Kostenzusage oder Vertragsfortführung?)

---



---

**7) Kurze Schilderung des Sachverhalts**

(Bitte schildern Sie uns den konkreten Sachverhalt, der in zeitlicher Abfolge auf den wesentlichen Schriftverkehr und/oder die wichtigsten Gespräche mit dem Versicherer Bezug nimmt. Bitte fügen Sie **notwendige Unterlagen** wie z.B. das letzte Schreiben des Versicherers in Kopie bei.)

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

---

---

---

---

**8) Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur datenschutzrechtlichen Nutzung**

Ich bin damit einverstanden, dass mein privater Krankenversicherer zur Durchführung des Ombudsmann-Verfahrens Gesundheitsdaten, etwa ärztliche oder psychologische Gutachten und Stellungnahmen sowie sonstige nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten und Auskünfte an den Ombudsmann und seine Mitarbeiter übermittelt.

Meine(n) privaten Krankenversicherer sowie die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die an dem meiner Beschwerde zugrundeliegenden Sachverhalt beteiligt sind, befreie ich von der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 7 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 persönlichen Daten dürfen unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen für die Durchführung des Schlichtungsverfahrens verarbeitet werden.**

Ich bin damit einverstanden, dass mein Schlichtungsfall als anonymisierter Beispielsfall veröffentlicht wird.

---

Ort, Datum    Unterschrift der versicherten Person

**9) Unterschrift des Schlichtungsantrags**

---

Ort, Datum    Unterschrift Antragsteller/-in