

Absender:

Datum:

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

Schlichtungsantrag

Az.

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

8) Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Datenverarbeitung

Meine(n) privaten Krankenversicherer sowie die Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten, die an dem meinem Antrag zugrundeliegenden Sachverhalt beteiligt sind, befreie ich von der Schweigepflicht nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 7 Strafgesetzbuch (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.)

Ich bin damit einverstanden, dass mein privater Krankenversicherer zur Durchführung des Ombudsmannverfahrens Gesundheitsdaten, ärztliche Berichte oder Gutachten sowie sonstige nach § 203 StGB geschützte Daten und Auskünfte an den Ombudsmann und seine Mitarbeiter übermittelt.

Ich willige ein, dass meine persönlichen Daten, insbesondere Name, Kontakt- und Vertragsdaten sowie Gesundheitsdaten, unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zum Zweck der Durchführung des Schlichtungsverfahrens erhoben, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit einer vertraulichen Einsichtnahme durch den Ombudsmann und seine Mitarbeiter einverstanden.

Hinweis: Die Einwilligung zur datenschutzrechtlichen Verarbeitung erfolgt freiwillig. Sie können sie jederzeit formlos und ohne Angabe von Gründen widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherungsnehmer

9) Unterschrift des Schlichtungsantrags

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/-in