

Absender:

Ombudsmann
Private Kranken- und Pflegeversicherung
Kronenstraße 13

10117 Berlin

Beschwerde

1) Angaben zum/zur Beschwerdeführer/in

Name: _____ Vorname: _____
geb. am: _____
Straße: _____
PLZ: _____
Ort: _____
Telefon*): _____
Telefax*): _____

*) freiwillig

2) Angaben zum Versicherungsvertrag

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

3) Ergänzende Angaben

- Haben Sie sich bereits erfolglos bei Ihrem Versicherer schriftlich beschwert?
 Ja Nein

- Haben Sie bereits Beschwerde bei einer anderen Beschwerdestelle eingelegt?
 Ja Nein
Falls Ja, bei welcher? _____

- Läuft oder lief in gleicher Sache ein Gerichtsverfahren?
 Ja Nein

- Wurde ein Antrag auf Prozesskostenhilfe (PKH) wegen mangelnder Erfolgsaussichten abgewiesen?
 Ja Nein

4) Kurze Schilderung des Sachverhalts – unter Angabe des Beschwerdebegehrens
(Evtl. gesondertes Blatt verwenden und notwendige Unterlagen in Kopie beifügen.)

Im Rahmen des Ombudsmann-Verfahrens kann es erforderlich werden, meine Gesundheitsdaten einzusehen. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit einer vertraulichen Einsichtnahme durch den Ombudsmann bereit. Gleichzeitig befreie ich die in Betracht kommenden Angehörigen von Heilberufen oder Krankenanstalten sowie meinen Versicherer von der Schweigepflicht (§ 203 Abs. 1 Nr. 1 und 6 StGB) auch bezüglich der durch mich gesetzlich vertretenen und mitversicherten Personen, die am Ombudsmann-Verfahren beteiligt sind und die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Ort, Datum

Unterschrift