

Versicherungsombudsman e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

Bitte füllen Sie den Schlichtungsantrag sorgfältig und vollständig aus und senden Sie ihn unterschrieben zurück. Damit beschleunigen Sie die Bearbeitung Ihrer Beschwerde. Verwenden Sie obige Adresse oder die Faxnummer 0800 3699000.

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 * _____

* 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

* Angaben freiwillig

