



VERSICHERUNGS- OMBUDSMANN

Schlichtungsantrag

zurücksenden an:

**A.C.A., B.P. 448 - L-2014 Luxembourg /
contact@mediation-assurances.lu**

VERSICHERUNGSOMBUDSMANN SCHLICHTUNGSANTRAG

I. ANGABEN ZUM BESCHWERDEFÜHRER

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf.....

Anschrift Straße und Hausnr.

Postleitzahl

Ort

E-mail

Telefon

II. ANGABEN ZUM VERSICHERUNGSUNTERNEHMEN

Firmenname.....

Anschrift

.....

.....

Namen und Anreden der Personen beim Versicherungsunternehmen

die vom Beschwerdeführer kontaktiert wurden

III. ART UND BESCHREIBUNG DER STREITSACHE

Versicherungssparte:

(z. B. Auto, Feuer, Rechtsschutz usw.)

.....

Sachverhalt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

* Dem Antrag sind beizufügen: der betreffende Versicherungsvertrag, die allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen sowie alle Unterlagen, die der Beschwerdeführer zur Begründung seines Antrags heranziehen will.

IV. BEREITS UNTERNOMMENE SCHRITTE

Bitte geben Sie alle Schritte an, die bereits gegen das betreffende Unternehmen im Rahmen der Streitsache unternommen wurden und die Gegenstand des Schlichtungsantrags sind:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. ARGUMENTATION

(zur Begründung des Schlichtungsantrags)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ich, der/die Unterzeichnender,
entbinde hiermit ausdrücklich und förmlich meinen Versicherer von seiner
Geheimhaltungspflicht für die Zwecke dieses Schlichtungsverfahrens.

Datum:

Unterschrift:

Im Rahmen der Bearbeitung Ihres Schlichtungsantrags werden Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den geltenden Bestimmungen verarbeitet (insbesondere registriert und gespeichert).

Für die Notwendigkeiten des Schlichtungsverfahrens werden Ihre Daten der Gegenpartei mitgeteilt und können gegebenenfalls auch an Dritte weitergegeben werden die an Ihrem Streitfall beteiligt sind, bzw. an Experten, die die Schlichtungsinstanz im Rahmen des Schlichtungsverfahrens mit einem Gutachten beauftragt.

In Bezug auf Ihre Rechte bezüglich Ihrer persönlichen Daten und eines eventuellen Beschwerdeverfahrens lesen Sie bitte die auf der ACA Website (www.aca.lu) veröffentlichte Informationsnotiz zum Schutz personenbezogener Daten.

Ich hier Unterzeichnende(r) erlaube ausdrücklich dem Médiateur en Assurances (Schlichtungsinstanz) meine personenbezogenen Daten im Kontext des vorliegenden Schlichtungsverfahrens zu bearbeiten.

Datum:

Unterschrift: