

Meldung Rechtsschutzfall - Patientenrechtsschutz

Versicherungsnehmer

Referenz-Nr. _____ Name Krankenversicherung _____
Name _____ Police-Nr. _____
Vorname _____ Geburtsdatum _____
Strasse _____ Telefon Privat _____
PLZ, Ort _____ Telefon Geschäft _____
PC- oder Bankkonto _____ E-Mail _____

Name und Adresse der versicherten Person, sofern nicht identisch mit dem Versicherungsnehmer

Wie und wann hat sich der Behandlungsfehler ereignet?

Bitte genaue Schilderung, evtl. mit Belegen _____

Wer hat den Behandlungsfehler begangen?

Name _____

Adresse _____

PLZ, Ort _____

Andere Rechtsschutz-Versicherung

Besitzen Sie noch andere Rechtsschutz-Versicherungen?

ja

nein

Falls ja: bei welcher Gesellschaft? _____

Beizug eines Anwaltes

Überlassen Sie uns die Wahl des Anwaltes?

ja

nein

Falls nicht: wen schlagen Sie vor? _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

Beilagen / Belege
