

Versicherungsnehmer:

Beratung durch:

OPTICON Beratungs- und Finanzdienstleistungs GmbH

Hauptstr. 24 • 67273 Weisenheim am Berg

Tel.: 06353/5080200

Fax: 06353/5080201

info@opticon-bfg.de

http://www.opticon-bfg.de/

Persönlicher Ansprechpartner:

1. Allgemein	
Facharztbezeichnung Zusatzbezeichnung	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 2. Angestellter Facharzt	<input type="checkbox"/> Chefarzt / leitender Arzt <input type="checkbox"/> Oberarzt <input type="checkbox"/> Facharzt <input type="checkbox"/> Assistenzarzt <input type="checkbox"/> Therapeuten <input type="checkbox"/> sonstige
2.1. Dienstherr / Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha- / Kurklinik <input type="checkbox"/> Behörde <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt
2.2. Gewünschter Versicherungsumfang (mehrere gleichzeitig möglich)	<input type="checkbox"/> dienstliche Tätigkeit <input type="checkbox"/> freiberufliche ambulante konservative Tätigkeit <input type="checkbox"/> freiberufliche ambulante operative Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> freiberufliche ambulante und stationäre Nebentätigkeit <input type="checkbox"/> gelegentliche außerdienstliche ambulante Tätigkeit <input type="checkbox"/> Ärztliches Restrisiko - Basisdeckung (Erste-Hilfe-Leistungen, Behandlungen im Verwandten- und Bekanntenkreis, Notfallbehandlung)
<input type="checkbox"/> 3. Niedergelassener Arzt	<input type="checkbox"/> in eigener Praxis <input type="checkbox"/> nicht in eigener Praxis <input type="text"/>
3.1. Datum der Erstiniederlassung	<input type="text"/>
3.2. Tätigkeit in	<input type="checkbox"/> Praxisklinik <input type="checkbox"/> Tagesklinik / Medizinisches Versorgungszentrum
3.3. Besteht Praxengemeinschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Partner: <input type="text"/>
3.4. Besteht eine Partnergesellschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Partner: <input type="text"/>

Risikoerfassung Haftpflicht für Mediziner / Therapeuten / Seite 2/5

<p>3.5. Gibt es angestellte Ärzte</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte Anzahl und Fachrichtungen angeben</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.6. Welche ambulanten Behandlungen werden vorgenommen Hinweis: Für nicht medizinisch indizierte Behandlungen sind in der Regel die Versichererspezifischen Fragebögen zusätzlich nötig!</p>	<p><input type="checkbox"/> Operationen <input type="checkbox"/> endoskopische Eingriffe <input type="checkbox"/> Laserchirurgische Behandlungen <input type="checkbox"/> Intraartikuläre Injektionen oder Gelenkpunktionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> kosmetische Behandlungen und Eingriffe <input type="checkbox"/> Brustkorrekturen <input type="checkbox"/> Liposuktionsbehandlungen (Fettabsaugungen) <input type="checkbox"/> Bauchdeckenplastik <input type="checkbox"/> Gesäß- und Reithosenplastik <input type="checkbox"/> Operative Komplett-Face-Liftings <input type="checkbox"/> Intimoperationen <input type="checkbox"/> Entnahme von Gewebeproben durch Spritzen <p>Wie werden die og. Behandlungen und Operationen dokumentiert?</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <p><input type="checkbox"/> Weitere ambulante Behandlungen:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>3.7. Werden stationäre Behandlungen vorgenommen</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Belegbetten (Anzahl: <input style="width: 40px;" type="text"/>) <input type="checkbox"/> Outsourcing eines gesamten Krankenhausbereichs (bitte Kooperationsvertrag einreichen)</p>
<p>3.8. Weitere ärztliche Risiken die unter Umständen einer gesonderten Mitversicherung bedürfen</p>	<p><input type="checkbox"/> Praxisvertretungen (ca. <input style="width: 40px;" type="text"/> Monate p.a.)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ambulant konservativ <input type="checkbox"/> ambulant operativ <input type="checkbox"/> ambulant und stationär <p><input type="checkbox"/> Tätigkeit als Notarzt <input type="checkbox"/> Ärztlicher Gutachter</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ohne Operationsempfehlung <input type="checkbox"/> mit Operationsempfehlung <p><input type="checkbox"/> Gelegentliche ärztliche Tätigkeit als Ruheständler</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ohne Praxisvertretung <input type="checkbox"/> mit Praxisvertretung <p><input type="checkbox"/> Tätigkeiten außerhalb des versicherten Berufsbildes <input type="checkbox"/> Beh. durch in der Heilkunde nicht anerk. Apparate <input type="checkbox"/> Taucharzt <input type="checkbox"/> Sportarzt (ausgenommen Amateursport) <input type="checkbox"/> Programmverantw. Arzt bei Screening-Programmen <input type="checkbox"/> Weitere derartige Risiken:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

Risikoerfassung Haftpflicht für Mediziner / Therapeuten / Seite 3/5

3.9. Welche der og. Tätigkeiten werden freiberuflich bzw. gelegentlich außerdienstlich vorgenommen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> freiberuflich: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <input type="checkbox"/> gelegentlich außerdienstlich <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
Nur für bestimmte Fachrichtungen	<input type="checkbox"/> entfällt
3.10. Nur für Zahnärzte/Zahnmediziner: Führen Sie Implantationen durch? Wird Kieferorthopädie durchgeführt? Unterhalten Sie ein zahntechnisches Labor? Nehmen Sie Lachgasnarkosen vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.11. Nur für Gynäkologen: Werden folgende Positionen ausgeführt	<input type="checkbox"/> aktive Geburtshilfe <input type="checkbox"/> künstliche Insemination <input type="checkbox"/> Unterhalt eines zytologischen Labors für fremde Zwecke (Anzahl der tätigen Personen: <input style="width: 40px;" type="text"/>)
3.12. Nur für rehabilitative und physikalische Medizin: Gibt es angestellte Heilnebenberufler? Gibt es freiberuflich tätige Heilnebenberufler	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
3.13. Nur für Nephrologen: Anzahl der Dialysegeräte	<input style="width: 40px;" type="text"/> Dialysegeräte
4. Angaben zum Vericherungsschutz	
4.1. Kundenkreis: Betreuen Sie Prominente, Profisportler, Bundesliga- und / oder Nationalmannschaften?	<input type="checkbox"/> keine Besonderheiten <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte nähere Informationen <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
4.2. Tätigkeiten im Ausland	<input type="checkbox"/> entfällt <input type="checkbox"/> in Europa (<input style="width: 40px;" type="text"/> Tage pro Jahr) <input type="checkbox"/> weltweit (<input style="width: 40px;" type="text"/> Tage pro Jahr)
4.3. Gewünschte Deckungssummen	<input type="checkbox"/> 3 Mio. € <input type="checkbox"/> 5 Mio. € <input type="checkbox"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> Mio. €
4.4. Mitversicherung von privaten / sonstigen Risiken	<input type="checkbox"/> werden gesondert anderweitig versichert <input type="checkbox"/> sollen wie bisher übernommen werden <input type="checkbox"/> sollen wie folgt versichert werden <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

<p>4.5. Soll eine Cyberversicherung eingeschlossen werden?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wenn ja, bitte nähere Informationen</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
<p>4.6. Sonstige Hinweise, gewünschte Deckungserweiterungen, Selbstbeteiligungen usw.</p>	<div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
<p>4.7. Gewünschte Zielprämie bei Neuversicherung</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%;"></div> €
<p>4.8. Gewünschte Zahlweise und Zahlungsart</p>	<p><input type="checkbox"/> per Rechnung <input type="checkbox"/> per Lastschrift <input type="checkbox"/> 1/1- <input type="checkbox"/> 1/2- <input type="checkbox"/> 1/4- <input type="checkbox"/> 1/12- jährlich</p>
<p>5. Vorversicherung und Vorschäden</p>	
<p>5.1. Besteht oder bestand eine Vorversicherung?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja, Gesellschaft <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> Vers.Nr <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> Ablauf <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 15px;"></div> <input type="checkbox"/> Kündigung erfolgt durch <input type="checkbox"/> Versicherungsnehmer <input type="checkbox"/> Versicherer</p>
<p>5.2. Vorschäden in den letzten 5 Jahren Bitte detaillierte Angaben über Schadenart, Schadentag und Schadenhöhe. Wenn möglich, Schadenrenta des Versicherers jünger 4 Wochen beifügen</p>	<p><input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> nachfolgende Haftpflicht- und Sachschäden</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p><input type="checkbox"/> nachfolgende Personenschäden</p> <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div>
<p>6. Einverständniserklärung zur Datenweitergabe und Belehrung</p>	<p>Bei den Fragen handelt es sich um Fragen über gefahrerhebliche Umstände. Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen den Versicherer, im Falle der vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.</p> <p>Wird die Anzeigepflicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt, hat der Versicherer das Recht, den Vertrag innerhalb eines Monats ab Kenntnis von der Anzeigepflichtverletzung unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.</p> <p>Sie gestatten, dass die erfassten Daten nebst etwaigen Anlagen mittels unverschlüsselter E-Mail - auch über Dienstleister - an Versicherungsunternehmen zur Prüfung und Angebotserstellung weitergeleitet werden.</p>

_____ Datum, Unterschrift des Versicherungsmaklers	_____ Datum, Unterschrift des Kunden
Interne Notizen	
Mitarbeiter: <input style="width: 250px; height: 15px;" type="text"/> Datum : <input style="width: 250px; height: 15px;" type="text"/> Uhrzeit: von <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/> bis <input style="width: 100px; height: 15px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> telefonische Erfassung <input type="checkbox"/> schriftliche Kundenangaben <input type="checkbox"/> persönliche Besprechung <input type="checkbox"/> im Maklerbüro <input type="checkbox"/> beim Kunden <input type="checkbox"/> <input style="width: 150px; height: 15px;" type="text"/>
Rev004 vom 26.01.2018	