

Name des Interessenten	Homepage
Geburtsdatum	Telefon/Telefax
Straße Nr.	E-Mail
PLZ Ort	Vermittler-Nr.

## Ärzte in der Ausbildung

- Medizinstudent im Praktischen Jahr (MPJ), Abschlussjahr  Assistenzarzt (in der Weiterbildung zum Facharzt), Abschlussjahr

## Angestellter Facharzt

Facharztbezeichnung:

Zusatzbezeichnung:

Schwerpunktbezeichnung:

Dienststellung:  Chefarzt/leitender Arzt  Oberarzt  Assistenzarzt

Dienstherr/Arbeitgeber:  Krankenhaus  Reha-/Kurklinik  Behörde  Niedergelassener Arzt

Gewünschter Versicherungsumfang (auch mehrere gleichzeitig möglich):

- freiberufliche Tätigkeit  ambulant  stationär  mit OP  ohne OP  
 dienstliche Tätigkeit  
 nur gelegentliche außerdienstliche Tätigkeit

## Niedergelassene Ärzte

Sofern Sie Inhaber/Teilhaber in einem MVZ sind oder als Praxisklinik/Tagesklinik/ amb. OP-Zentrum/Privatklinik gem. § 30 Gewerbeordnung firmieren, ist ein separater Fragebogen erforderlich. Die Absicherung der Einrichtung kann in diesem Fall nur als Gesamtheit erfolgen.

Datum der

Erstniederlassung:

Facharztbezeichnung:

Zusatzbezeichnung:

Schwerpunktbezeichnung:

Besteht eine Praxisgemeinschaft?  nein  ja, Name Praxenpartner:

Besteht eine Gemeinschaftspraxis?  nein  ja, Name Praxenpartner:

Besteht eine Partnerschaftsgesellschaft?  nein  ja, Name Praxenpartner:

Besteht eine BHV für Ihren Praxenpartner?  nein  ja, Vers.-Schein-Nr.:

Wenn ja, wo?

Gibt es angestellte Ärzte?  nein  ja, Anzahl:

Wenn ja, bitte diesen Fragebogen auch für den angestellten Arzt ausfüllen.

Umfang der Behandlung:  ambulant ohne OP  ambulant mit OP  stationär und ambulant Anzahl Belegbetten:

Werden kosmetische bzw. nicht medizinisch indizierte Behandlungen durchgeführt?  nein  ja (Separater Fragebogen erforderlich.)

Nur für Radiologen/ Nuklearmediziner:  Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm (MSP)  
 als Befunder  als programmverantwortlicher Arzt (auch Stellvertreter)

Nur für Nephrologen: Anzahl Dialysegeräte:

Sonstiges:

## Sonstige ärztliche Risiken

- Praxisvertretungen** Fachgebiet: \_\_\_\_\_ Anzahl Monate p.a.: \_\_\_\_\_  
 nur ambulante konservative Tätigkeit  ambulant-operative Tätigkeit  ambulante und stationäre Tätigkeit
- Freiberufliche Tätigkeit als Notarzt**  als Nebentätigkeit  als Haupttätigkeit  als Leitender Notarzt (LNA)
- Konsiliararztstätigkeit** Häufigkeit:  
 Es besteht ein Kooperationsvertrag mit einem Krankenhaus mit regelmäßigen Einsätzen. (Bitte legen Sie eine Kopie des Vertrages bei.)  
 Es erfolgen spontane Anforderungen durch das Krankenhaus. (Bitte legen Sie eine Kopie des Vertrages bei.)  
Krankenhaus, für welches die Konsilien stattfinden?  
In welchem Fachbereich / Spezialgebiet finden die Konsilien statt?  
Wird ein in dem Krankenhaus fehlender Spezialist vollständig durch Sie ersetzt?  nein  ja  
Mit wem schließt der Patient den Behandlungsvertrag?  Konsiliararzt  Krankenhaus
- Gelegentliche ärztliche Tätigkeit als Ruheständler**  
 ohne Praxisvertretungen  einschließlich Praxisvertretungen  
Dauer der Praxisvertretungen:  bis zu 3 Monate p.a.  bis zu 6 Monate p.a.  mehr als 6 Monate p.a.
- Sonstiges**

## Auslandsschäden

Werden ärztliche Tätigkeiten im Ausland ausgeführt?  nein  ja, Land: \_\_\_\_\_

Umfang: \_\_\_\_\_ Tage pro Jahr: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Deckungssumme je Versicherungsfall

- 3.000.000 € pauschal für Personen- und Sachschäden, 200.000 € für Vermögensschäden  
 5.000.000 € pauschal für Personen- und Sachschäden, 200.000 € für Vermögensschäden

## Vorversicherung / Vorschäden

Name des Vorversicherers und Versicherungs-Nr.: \_\_\_\_\_

Ablauf des Vorvertrages:

Es bestand bisher keine Vorversicherung.

Sind Sie in den letzten 5 Jahren schadensersatzpflichtig gemacht worden?  nein  ja

Meldejahr	Zahlung €	Schadenhergang

Wurde eine Neuordnung des Vertrages vom Vorversicherer gefordert?  nein  ja

Wurde der Vertrag vom Vorversicherer gekündigt?  nein  ja

## Wichtiger Hinweis:

Dieser Fragebogen dient der Ermittlung tätigkeitsbezogener Daten zur Erstellung eines Angebotes und wird Grundlage des Vertrages. Unwahre oder unvollständige Angaben können den Versicherer zum Rücktritt vom Vertrag berechtigen, unter Umständen sogar zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung, die den Versicherungsschutz rückwirkend (von Anfang an) entfallen lässt. Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass der Versicherer zum Zwecke der Antragsprüfung eine Anfrage beim Vorversicherer bezüglich des Vorschadenverlaufs und der allgemeinen Risikodaten (Versicherungssummen, Versicherungsorte) vornehmen darf. Der Versicherer wird dabei alle rechtlichen Vorschriften hinsichtlich seines Auskunftersuchens beachten.

Ort, Datum	Unterschrift