

## Vorschlagsanfrage zur Haftpflichtversicherung für Ärzte

**Arzt - nur ambulante & ambulant-operative Tätigkeit** (keine stationäre Tätigkeit)

**Name des Interessenten** \_\_\_\_\_

**tätig als**  Arzt in freier Praxis  angestellter Arzt  sonstige: \_\_\_\_\_

**wenn in freier Praxis tätig:** Anzahl mitzuversichernder angestellter Ärzte: \_\_\_\_\_

Datum der Niederlassung: \_\_\_\_\_

**tätig in der Fachrichtung :** \_\_\_\_\_

**Deckungswünsche / Nachlässe:**

Zutreff. bitte ankreuzen:

	laut Tarif	<b>JA</b>	<b>NEIN</b>
Arzt lt. Tätigkeit			
Anzahl mitzuversichernder angestellter Ärzte			
<b>versicherte Basisdeckung:</b>			
* Berufshaftpflicht: 2.0 Mio € Personenschäden 1.0 Mio € Sachschäden 100.000 € Vermögensschäden			
* Privathaftpflicht: 2 Mio € Personenschäden 1 Mio € Sachschäden 100.000 € Vermögensschäden			
* Tierhaftpflicht als Hundehalter			
<b>Abzüge / Nachlass (sofern zutreffend) für:</b>			
* Neu-Niederlasser / Berufsbeginner (bis 1 Jahr nach Niederl./Beginn)	35%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Zuschläge für gewünschte Deckungserhöhungen / -erweiterungen:</b>			
1. Erhöhung der Deckungssummen in der Berufshaftpflicht auf 3.0 Mio € für Personenschäden	15%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tarif-Verbesserung in der Privathaftpflicht: Aufstockung von Tarif "Optimal" auf Tarif "Exklusiv"	37,50 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Einschluss des Strafrechtsschutzes für freipraktizierende Ärzte	120,45 €	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wird eine 3-jährige Vertragslaufzeit gewünscht? > Dauernachlass	10%	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

# Haftpflicht-Deckungskonzept für Ärzte

## Die Deckungssummen betragen

- 2.000.000 EUR für Personenschäden
- 1.000.000 EUR für Sachschäden
- 100.000 EUR für Vermögensschäden

Die Gesamtleistung für alle Versicherungsfälle eines Versicherungsjahres beträgt das Dreifache dieser Deckungssummen.

## Die Summen können gegen 15% Zuschlag erhöht werden auf

- 3.000.000 EUR für Personenschäden
- 1.000.000 EUR für Sachschäden
- 100.000 EUR für Vermögensschäden

Beitragsfrei mitversichert: Privathaftpflicht Tarif "Optimal" und Hundehalter-Haftpflichtversicherung

## (Mit-) versicherte Personen:

die gesetzliche Haftpflicht:

- o des Versicherungsnehmers als Arzt
- o ebenso als Vertreter eines vorübergehend verhinderten Arztes
- o ebenso in einer nebenberuflichen betriebsärztlichen Tätigkeit
- o aller Praxisangehörigen in Ausübung dienstlicher Verrichtungen

Für mitzuversichernde angestellte Ärzte wird ein Zusatzbeitrag erhoben.

## Gemäß den "Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen für Ärzte (H 22-12) sind u.a. mitversichert:

- o Strahlenwagnisse
- o Abhandenkommen von Besucherhabe
- o Sachschäden durch Abwässer aus der ärztlichen Praxis
- o Sachschäden an gemieteten ärztlichen Praxisräumen (Mietsachschäden)
- o Auslandsschäden und Erste-Hilfe-Leistung im Ausland
- o Internet-Haftpflicht: Schäden aus Austausch, Übermittlung und Bereitstellung elektronischer Daten (per Internet, eMail oder Datenträger)
- o Privathaftpflichtversicherung Tarif "Optimal"
- o Hundehalter-Haftpflichtversicherung

## Nachlässe und Zuschläge:

- o Erstniederlasser
- o Privathaftpflicht Tarif "Exklusiv" inklusive Forderungsausfalldeckung zur Privathaftpflicht  
Versicherungsschutz besteht für den Fall, dass ein Dritter seinen Zahlungsverpflichtungen dem Versicherten gegenüber aus einem Haftpflichtschaden nicht nachkommt, weil die Durchsetzung des Anspruches gegen ihn gescheitert ist.

Dies ist ein Auszug aus den Versicherungsbedingungen, die Sie in vollständiger Form vor Antragstellung erhalten.

## Ihr Ansprechpartner:

Henry Heß  
Versicherungsfachmann (BWW)  
Generalagentur der SIGNAL IDUNA

Tel. (07 51) 35 96 993  
Fax (0 32 12) 125 77 33  
Mail info@agenturhess.de

# Anforderung der Angebotsunterlagen

zurück per Fax an (0 32 12) 125 77 33

**Interessent**

\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum**

\_\_\_\_\_

**Anschrift:**

\_\_\_\_\_

**Adresse der Praxis:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum der Praxiseröffnung:**

\_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:**

\_\_\_\_\_

**Telefon:**

\_\_\_\_\_

**Fax:**

\_\_\_\_\_

**eMail:**

\_\_\_\_\_

**versicherte Tätigkeit:**

Arzt - nur ambulante & ambulant-operative Tätigkeit (keine stationäre Tätigkeit)

**mitversicherte angestellte Ärzte:**

\_\_\_\_\_

**Ich wünsche den Vorschlag per:**

Post

eMail an: \_\_\_\_\_

Fax an: \_\_\_\_\_

**Hinweise und Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

:

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Stempel