

Vorschlagsanfrage zur Haftpflichtversicherung für Zahnärzte


**Zahnarzt/Kieferorthopäde mit Oralchirurgie, ambulant in eigener Praxis (inkl. Implantatbehandlung)**

Interessent \_\_\_\_\_

Anzahl mitzuversichernder angestellter Zahnärzte \_\_\_\_\_

Deckungsumfang & Nachlässe:

**Bitte in den gelben Feldern links "ja" oder "nein" vermerken!!**

gewünscht / trifft zu:		laut Tarif	hier anzusetzen:	
 "ja" oder "nein":	Jahresnetto-Beitrag für den Zahnarzt lt. Tätigkeit			
	Jahresnetto-Beitrag für mitzuversichernde angestellte Zahnärzte			
	<b>darin enthaltene Basisdeckung:</b> * Berufshaftpflicht: 1.5 Mio € Personen- u. Sachschäden 50.000 € Vermögensschäden * Privathaftpflicht "Optimal": 1.5 Mio € Personen- u. Sachschäden 50.000 € Vermögensschäden * Tierhaftpflicht als Hundehalter			
	<b>Abzüge / Nachlass (sofern zutreffend) für:</b>			
	* Neu-Niederlasser / Berufsbeginner (in ersten 2 Jahren)	25%		
	* Praxismgemeinschaft / Gemeinschaftspraxis	10%		
	* angestellter / beamteter Zahnarzt, ambulant, ohne eigene Praxis	50%		
	* Ruheständler (gelegentlich zahnärztlich tätig) (nur im Anschluss an eine Berufshaftpflichtversicherung bei SIGNAL IDUNA)	50%		
	<b>Zuschläge für gewünschte Deckungserhöhungen / -erweiterungen:</b>			
	<b>1. Erhöhung Deckungssummen in der Berufshaftpflicht auf:</b>			
	a) 2.5 Mio € Personen- u. Sachschäden/50.000€ Vermögensschäden oder	15%		
	b) 3 Mio € Personen- und Sachschäden / 50.000€ Vermögensschäden oder	20%		
	b) 5 Mio € Personen- und Sachschäden / 50.000€ Vermögensschäden Zwischensumme	35%		
	<b>2. Privathaftpflicht Tarif "Exklusiv" inkl. Forderungsausfall:</b>			
	a) 2.5 Mio € Personen- u. Sachschäden/50.000€ Vermögensschäden oder	9%		
	b) 3 Mio € Personen- und Sachschäden / 50.000€ Vermögensschäden oder	15%		
	b) 5 Mio € Personen- und Sachschäden / 50.000€ Vermögensschäden Zwischensumme	25%		
	zuzüglich Versicherungssteuer	19%		
	<b>Beitrag / Erstbeitrag - jährlich</b>			
	oder halbjährlich	3% Zuschlag		
	oder vierteljährlich	5% Zuschlag		

## Haftpflicht-Deckungskonzept für Zahnärzte

Interessent \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Adresse der Praxis: \_\_\_\_\_

versicherte Tätigkeit:

**Zahnarzt/Kieferorthopäde mit Oralchirurgie, ambulant in eig. Praxis**  
(einschließlich Implantatbehandlung)

**Deckungssummen zur Berufs- und Privathaftpflicht-Versicherung: siehe Berechnung**

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

**Beitragsfrei mitversichert sind:**

- der ständige Vertreter in der Praxis
- Assistenz Zahnärzte
- Ärzte im Praktikum
- Medizinstudenten im praktischen Jahr

Für mitzuversichernde angestellte Zahnärzte wird ein Zusatzbeitrag erhoben.

**Gemäß den Besonderen Bedingungen und Risikobeschreibungen für Zahnärzte (H 111) sind u.a. mitversichert:**

- Entwendung und Abhandenkommen eingebrachter Sachen
- Sachschäden durch Abwässer aus der ärztlichen Praxis
- Sachschäden an gemieteten Gebäuden / Praxisräumen (Mietsachschäden)
- Wiederherstellung von Zahnersatz
- ästhetische Zahnbehandlung
- Abhandenkommen von Schlüsseln
- Auslandsschäden und Erste-Hilfe-Leistung im Ausland
- inländische Versicherungsfälle, die im Ausland geltend gemacht werden
- erweiterter Strafrechtsschutz
- Privathaftpflichtversicherung Tarif "Optimal" und Hundehalter-Haftpflichtversicherung

**Vertragslaufzeit:**

**1 Jahr**

Änderungen, Irrtum und Rundungsdifferenzen vorbehalten.

Es gelten ausschließlich die zum Zeitpunkt der Vorschlagsstellung gültigen Tarifbedingungen der SIGNAL IDUNA, insbesondere

- \* die "Allgemeinen Versicherungsbedingungen zur Haftpflichtversicherung"
- \* die "Besonderen Versicherungsbedingungen für Zahnärzte"

Diese Unterlagen erhalten Sie zusammen mit Ihrem Versicherungsvorschlag.

Ihr Ansprechpartner:

Henry Heß  
Versicherungsfachmann (BWW)  
Generalagentur der SIGNAL IDUNA  
Zeppelinstr. 16  
88212 Ravensburg

Tel.  
Fax  
Mail  
Web

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

# Anforderung der Vorschlagsunterlagen

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:**

Zahnarzt/Kieferorthopäde mit Oralchirurgie, ambulant in eig. Praxis

**mitversicherte angestellte Zahnärzte:** \_\_\_\_\_

**Ich wünsche den Vorschlag per:**  Post

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

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

**Hinweise und Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum :

\_\_\_\_\_

Unterschrift

\_\_\_\_\_

Stempel